



Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу

ЮНЭЙДС

ЮНИСЕФ • ПРООН • ЮНФПА • ЮНДКП
МОТ • ЮНЕСКО • ВОЗ • Всемирный банк

НАЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ ПО СПИДУ

РУКОВОДСТВО ПО МОНИТОРИНГУ И ОЦЕНКЕ



ЮНЭЙДС/03.41R

(перевод на русский язык, сентябрь 2003 г.)

Оригинал : на английском языке, июнь 2000 г.:

National AIDS Programmes: A guide to monitoring and evaluation

Перевод – ЮНЭЙДС

© Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) 2003.

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 4187, 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.

Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ|СПИДу (ЮНЭЙДС)

UNAIDS - 20 avenue Appia - 1211 Geneva 27 - Switzerland

Tel. (+41) 22 791 36 66 - Fax (+41) 22 791 41 87

E-mail: unaids@unaids.org - Internet: <http://www.unaids.org>

НАЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ ПО СПИДУ

РУКОВОДСТВО ПО МОНИТОРИНГУ И ОЦЕНКЕ

Выражение признательности

Написание данного руководства стало возможным благодаря коллективному опыту многих специалистов, работающих в области мониторинга и оценки национальных программ по профилактике и уходу в связи с ВИЧ/СПИДом.

Координацию работы осуществляли ЮНЭЙДС, ВОЗ и Оценочный проект МОАИР при совместном финансировании Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) и Агентства международного развития США (отдела административной поддержки Африканского бюро и Глобального бюро по ВИЧ/СПИДу). В процессе работы авторы неоднократно обращались за консультациями к специалистам по мониторингу и оценке из разных стран, а также к техническим специалистам из международных организаций. Консультации проводились в таких местах, как Чепел Хилл, США (август 1998 г.), Найроби, Кения (ноябрь 1998 г.), Таллуар, Франция (май 1999 г.), Женева, Швейцария (июль 1999 г.) и Берлин, Германия (апрель 2000 г.). Спонсорами заключительного совещания выступили Министерство здравоохранения Германии и Институт Роберта Коха, Берлин, Германия.

Специалисты из Бразилии, Буркина-Фасо, Эфиопии, Мексики, Ямайки, России, Румынии, Таиланда, Сенегала, Уганды, Кении, Танзании и Замбии представили обзор своего национального опыта по мониторингу и оценке программ по борьбе со СПИДом, подготовив исследования практических примеров для анализа в ходе важного консультационного совещания в Найроби. Техническую помощь для проведения этой консультации оказали различные организации, в том числе «Фэмили хелс интернешнл»/ИМПАКТ, Проект «Фьючерс групп»/«Полиси», «Попьюлейшн каунсил»/«Хорайзонс», «Макро интернешнл»/ИДЗ+, Оценочный проект Университета Северной Каролины/МОАИР, ЮНЭЙДС, центры контроля и профилактики заболеваний США и ВОЗ. Программа развития ООН, Фонд ООН в области народонаселения, ЮНИСЕФ и Всемирный банк внесли полезный вклад в общую работу, как и двусторонние и многосторонние учреждения по вопросам развития из Австралии, Германии, США и Европейской комиссии.

По итогам встречи в Найроби был подготовлен первый рабочий вариант этого руководства. Предложенные показатели были детально рассмотрены в ходе консультации в Таллуар, во время которой специалисты по конкретным областям оценки встретились со многими из тех, кто был задействован в предыдущих консультациях. Был подготовлен отредактированный вариант пособия. На следующей консультации, проведенной в Женеве, основное внимание было сосредоточено на анализе и разработке показателей по такой сложной теме, как уход и поддержка. Многие методики сбора данных, включенные в набор методов измерения, прилагаемый к данному руководству, были апробированы на местах. Апробация методик проводилась в период с августа по декабрь 1999 года в Буркина-Фасо, Коста-Рике, Нигерии, Южной Африке, Танзании, Таиланде и Уганде. Результаты этой и других проверок обсуждались на заключительном совещании, проведенном в Берлине в апреле 2000 года, с участием исследователей и технических специалистов из целого ряда национальных и международных организаций, а также сотрудников национальных программ по борьбе со СПИДом из Бразилии, Камбоджи, Ганы, Индии, Малави, Мексики, Сенегала, Южной Африки и Танзании. После этого совещания рабочий вариант данного пособия был отредактирован и окончательно оформлен.

Данное руководство является итогом совместной деятельности большого числа специалистов, учреждений, организаций и стран. Элизабет Пизани выполнила основную часть записей после совещаний. Большой вклад в работу внесли Тис Бурма, Бернхард Швартлендер, Эмми Канингем, Тим Браун, Дебора Рюгг, Лизанна Браун и многие другие специалисты, работавшие над отдельными разделами руководства или методами измерения.

Содержание

1. ВВЕДЕНИЕ К РУКОВОДСТВУ	1
1.1. Компоненты методики оценки.....	1
1.2 Важность осуществления мониторинга и оценки программ борьбы с СПИДом.....	4
1.3 Использование показателей на разных уровнях	5
1.4 Разные функции надзора, мониторинга и оценки	8
2. СИСТЕМА МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ.....	11
2.1 Подразделение мониторинга и оценки.....	13
2.2 Четкое определение целей программы.....	14
2.3 Показатели	14
2.4 План сбора и анализа данных.....	19
2.5 План использования данных	21
3. ПОКАЗАТЕЛИ	25
3.1 Стратегия и политическая приверженность	29
3.2 Наличие презервативов и их качество	34
3.3 Стигма и дискриминация	42
3.4 Знание о передаче ВИЧ-инфекции.....	49
3.5 Услуги добровольного консультирования и тестирования	60
3.6 Передача вируса от матери ребенку.....	71
3.7 Способность договориться о безопасном сексе и виде сексуальных отношений	79
3.8 Сексуальное поведение	81
3.9. Сексуальное поведение среди молодежи.....	95
3.10 Потребление инъекционных наркотиков	105
3.11 Безопасность крови	111
3.12 Уход за больными и профилактика ИПП	118
3.13. Уход и поддержка ВИЧ-инфицированных и их семей	126
3.14 Последствия эпидемии: ВИЧ, ИПП, смертность и сиротство	138

Список сокращений

АРВ	антиретровирусная (терапия)
ВПС	Всемирная программа по борьбе со СПИДом
ДЖК	Дородовые женские консультации
ДКТ	добровольное консультирование и тестирование
ОПН	обзоры поведенческого надзора
ИДЗ	исследования в области демографии и здравоохранения
ИПП	инфекции, передающиеся половым путем
ИПС	Индекс эффективности программ по СПИДу
МиО	мониторинг и оценка
МСМ	мужчины, имеющие секс с мужчинами
НПО	неправительственные организации
ОПН	Обзоры поведенческого надзора : руководящие принципы для повторных поведенческих обследований в группах населения, подверженных риску ВИЧ
ОПУ	оценка уровня предоставляемых услуг
ПИН	потребители инъекционных наркотиков
ПМР	передача ВИЧ от матери ребенку
ПП	Показатель профилактики
ПСИ	организация «Попьюлейшен сервисиз интернешенл»
РПР	тест-система РПР
СИДАЛАК	Региональная программа по профилактике ВИЧ/СПИДа в странах Латинской Америки и Карибского бассейна
ФХИ	Организация «Фэмили хелс интернешенл»
ЦРЛ	цепная реакция лигазы
ЦРП	цепная реакция полимеразы

1. Введение к руководству

В первые годы развития эпидемии ВИЧ/СПИДа менеджеры программ не имели достаточной информации о мероприятиях, которые могли бы способствовать снижению уровня распространения вируса, и не знали, каким образом можно измерить успех проводимых ими мероприятий кроме простого отслеживания случаев ВИЧ и СПИДа. Более того, бытовало мнение, что такие деликатные поведенческие аспекты, как сексуальные отношения и потребление наркотиков, которые, как известно, способствуют распространению вируса, вообще невозможно достоверно измерить. Необходимо было срочно противодействовать эпидемии любыми возможными способами. Многие менеджеры программ не относили измерение успеха мероприятий по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа к списку приоритетных задач.

В течение последнего десятилетия эти представления изменились. Уже гораздо больше известно о путях распространения ВИЧ среди населения и о том, что необходимо изменить, чтобы замедлить распространение инфекции. Существует немало доказательств того, что люди стали более откровенно отвечать на вопросы о своей сексуальной жизни, и растет число свидетельств того, что их ответы дают достаточно достоверное представление об изменении тенденций в поведении за определенный период времени.

По мере повышения уровня знаний о ВИЧ-инфекции возрастает и интерес к мониторингу и оценке успеха программ, разработанных с целью снижения темпов распространения инфекции и ее воздействия на жизнь семей и общин. В получении этих данных заинтересованы правительства стран, налогоплательщики, директора программ и международные доноры, которые

оказывают поддержку работе этих программ. Кроме того, необходимость совершенствования мониторинга и оценки способствовала разработке новых методов сбора данных и специальных показателей.

Многие страны и организации внесли свой вклад в развитие современного понимания того, как лучше проводить мониторинг и оценку

программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом. В данном руководстве, которое является результатом многочисленных консультаций с сотрудниками программ в разных странах, представителями донорских организаций и специалистами по оценке со всего мира, сделана попытка обобщения их опыта. Цель этого руководства – обобщить примеры передового опыта в области мониторинга и оценки (МиО) национальных программ по ВИЧ/СПИДу конца 90-х годов и порекомендовать варианты для будущих систем МиО. Путем объединения уже существующих методов сбора данных и создания структуры, в рамках которой можно будет разработать более совершенные методы, данное пособие и прилагаемый к нему набор методов оценки помогут упростить работу в этой области, которая все больше усложняется.

В данном введении рассматривается основное содержание методики измерения и дается обзор различных функций надзора, мониторинга и оценки. В следующем разделе руководства описаны основные характеристики надежных систем МиО. И, наконец, предлагаются показатели по ключевым областям программ по профилактике ВИЧ-инфекции, уходу за больными СПИДом и контролю над распространением ИПП. Следует отметить, что это не очередная попытка «изобрести велосипед». Предлагая показатели, авторы данного руководства принимали во внимание существующие стандарты и практический опыт. Новые показатели предлагаются только для тех областей, для которых ранее вообще не существовало показателей, или там, где опыт стран показывает, что существующие показатели бесполезны или отстали от масштабов эпидемии ВИЧ/СПИДа.

1.1 Компоненты методики оценки

В этом пособии описаны разнообразные методы сбора данных и основные рекомендации, необходимые для составления предложенных показателей. Они базируются на существующих материалах из разных источников и охватывают разнообразные сферы деятельности программ борьбы со СПИДом: уровень знаний, отношение, сексуальное поведение; условия осуществления программ, затраты и результаты

деятельности; предоставление услуг; состояние здоровья. Они включают разнообразные методы сбора данных, например, опросы населения и оценки, полученные медицинскими учреждениями. Некоторые методы применяются уже много лет и подвергались широкомасштабным проверкам, другие – относительно новые, а некоторые еще находятся в стадии проверки. Если вместе с приобретением опыта какие-либо специфические методы совершенствуются, то предшествующие версии могут быть просто заменены новыми. В целях обеспечения доступа пользователей к последней версии методов сбора данных все изменения и обновления будут размещены в Интернете на вебсайте ЮНЭЙДС, который сначала функционировал в рамках Оценочного проекта МОАИР

(MEASURE Evaluation Project)
(www.cpc.unc.edu/measure www.unaids.org).

Перечень 1 содержит описание методов сбора данных, группируя их в соответствии с теми аспектами программ, которые измеряются с помощью этих методов. **Перечень 5** содержит перекрестные ссылки по отдельным показателям, с разбивкой по методам сбора данных по областям деятельности программ.

Выбор показателей и, таким образом, методов сбора информации будет зависеть от ряда данных, включая этап развития эпидемии, наличие ресурсов и возможность сбора информации. Эти вопросы обсуждаются более подробно во втором разделе данного справочника.

Перечень 1: Методы мониторинга и оценки (*Методы, выделенные курсивом, еще находятся в стадии развития*)

Мониторинг выполнения и контекста программ	Опросы населения	Оценка, проведенная медицинскими учреждениями	
Показатель масштабов программ по СПИДу (проект “Фьючерс”/”ПОЛИСИ”)	Опросы населения в целом (ЮНЭЙДС)	Оценка услуг по лечению ИПП (ВОЗ/ЮНЭЙДС)	Надзор за ВИЧ: стратегические рекомендации (ВОЗ/ЮНЭЙДС)
Оценочный проект МОАИР/ВОЗ/ПСИ “Наличие презервативов в розничной торговле и протокол качества”	Модуль по СПИДу ИДЗ (МОАИР ИДЗ+)	Оценка служб ДКТ (ЮНЭЙДС)	Надзор за ВИЧ среди групп повышенного риска (ВОЗ/ЮНЭЙДС)
Мониторинг затрат и бюджетных ассигнований (ЮНЭЙДС, “Фьючерс Групп”)	Поведенческий надзор за целевыми группами молодежи (ФХИ/ИМПАКТ)*	<i>Оценка служб ППМР (ЮНИСЕФ, ВОЗ, ЮНЭЙДС, “Хорайзон”</i>	Надзор за ИПП (РПР, другие лабораторные данные, отчеты о заболеваниях (ВОЗ)
Оценка дискриминационной практики и законодательства (ЮНЭЙДС)	Поведенческий надзор за женщинами секс-бизнеса (ФХИ/ИМПАКТ)*	<i>Протокол оценки ухода и поддержки людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (ВОЗ/ЮНЭЙДС)</i>	
Методы и показатели оценки деятельности СМИ (Оценочный проект МОАИР)	Общий поведенческий надзор за взрослым населением (ФХИ/ИМПАКТ)*	<i>Проект протокола о безопасности крови (Оценочный проект МОАИР)</i>	
	Поведенческий надзор за МСМ (ФХИ/ИМПАКТ)*	<i>Оценка уровня предоставления услуг (ОПУ) (МОАИР)</i>	
	Поведенческий надзор за ПИН (ФХИ/ИМПАКТ)*		

* Одна из составляющих “Обзоров поведенческого надзора” (ОПН): Рекомендации по проведению повторных поведенческих исследований в группах риска относительно инфицирования ВИЧ.

Мониторинг контекста и масштабов деятельности программ

Основное внимание при мониторинге контекста программы сосредотачивается на сборе данных о затратах и достигнутых результатах, которые могут быть использованы с целью осуществления мониторинга изменений эффективности и условий деятельности программы за определенный период времени. Это включает оценку распространения презервативов и их качества на основе методов, разработанных ВОЗ/ВПС и организацией «Попьюлейшн сервисиз Интернэшнл» (ПСИ), а также показателей распространения лекарственных препаратов для лечения ИПП. Недавно разработанный Индекс эффективности программ борьбы со СПИДом (ИПС), координацию которого осуществляет проект «ПОЛИСИ/ Фьючерс групп», имеет целью зафиксировать некоторые контекстуальные и программные аспекты мероприятий по противодействию эпидемии на национальном уровне. Данные ЮНЭЙДС о странах содержат ряд показателей, которые могут помочь при описании социально-экономических и демографических предпосылок эпидемии.

Мониторинг уровня знаний, отношения и сексуального поведения

Методы мониторинга уровня знаний, отношения и сексуального поведения содержат руководящие принципы проведения исследований семей среди населения в целом и среди конкретных групп населения, включая информацию о методах выборки и составления анкет.

Такие опросы позволяют собрать значительные объемы информации, необходимой для составления показателей уровня знаний, отношения и сексуального поведения, а также другую информацию, которая может быть использована в показателях уровня стигматизации. Опросы также дают информацию о доступности и использовании услуг, таких как консультирование и тестирование, уход за тяжелобольными на дому, а также услуги по поддержке сирот. Также существуют руководящие принципы сбора качественных данных.

Методы сбора поведенческих данных среди населения в целом в значительной мере основаны на рекомендациях раздела по опросу населения, содержащихся в «Показателях профилактики» ВОЗ/ВПС и других материалах ВОЗ/ЮНЭЙДС, а также на новом модуле по

СПИДу исследований в области демографии и здравоохранения (ИДЗ) («Макро интернешнл». Исследования отдельных подгрупп населения, разработанные организацией “Фэмили хелс интернешнл” (ФХИ), базируются на значительном опыте ФХИ в проведении обзоров поведенческого надзора (ОПН). Недавние исследования, осуществленные при помощи «Оценочного проекта» МОАИР, также способствовали развитию этих методов.

Мониторинг и оценка наличия и качества медицинских и других услуг

Информацию в этой сфере можно собрать путем проведения постоянных и систематических исследований в медицинских и других учреждениях, которые предоставляют услуги, связанные с ВИЧ-инфекцией, таких, как центры добровольного консультирования и тестирования. Методы включают в себя протоколы сбора информации, которая касается ухода за больными ИПП, консультирования и тестирования, профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и безопасности переливания крови. Раздел ухода за больными ИПП в значительной мере базируется на протоколах, разработанных ВОЗ/ВПС. При этом предлагаются дополнительные и/или альтернативные методологии, усовершенствованные и проверенные в нескольких странах, часто в сотрудничестве с ФХИ.

В других областях, охваченных исследованиями, которые проводятся силами учреждений, существует крайне мало материалов, которые можно было бы использовать, поэтому были разработаны новые руководящие принципы.

Мониторинг ВИЧ-инфекции, СПИДа и ИПП

Руководящие принципы мониторинга за наличием собственно ВИЧ-инфекции, вместе с сифилисом и другими ИПП, были разработаны ЮНЭЙДС и ВОЗ. Они базируются на системе дозорного эпиднадзора второго поколения, разработанной двумя вышеназванными учреждениями в партнерстве с другими организациями. В руководящих принципах изложены рекомендации относительно отбора дозорных групп и участков дозорного эпиднадзора, а также дается информация об использовании данных из многочисленных источников с целью наиболее эффективного мониторинга за распространением вируса на определенных стадиях развития эпидемии.

Другие инструменты сбора данных в этой области включают руководящие принципы надзора за ИПП (тест-системы РПР, другие лабораторные данные, отчетность о синдромах или заболеваемости), сбор образцов для проведения тестирований на ВИЧ/ИПП в семьях или исследование отдельных групп и сбор данных о заболеваемости или смертности в связи со СПИДом. Также существуют руководящие принципы сбора образцов крови, мочи, слюны или других субстанций для проведения тестирования на ВИЧ или ИПП.

1.2 Важность осуществления мониторинга и оценки программ борьбы со СПИДом

Мониторинг и оценка (МиО) программ, разработанных с целью улучшения здоровья и содействия развитию, существуют уже давно. В сущности, с помощью систем МиО отслеживаются конкретные мероприятия, и выясняется, приводит ли деятельность программ к желаемым изменениям. Системы МиО позволяют руководителям программ рассчитать способы распределения ресурсов таким образом, чтобы достичь наилучших общих результатов.

Это известно всем, кто работал в сферах планирования семьи, детского питания, начального образования или в других сферах, которые касаются здравоохранения или развития. И действительно, в основу создания данного руководства легла деятельность Комитета по содействию развитию ОЭСР и других организаций, направленная на развитие методов оценки и распределения ресурсов в других сферах развития. Итак, нужно ли отдельное руководство для проведения мониторинга и оценки программ борьбы с ВИЧ-инфекцией и СПИДом? Да. Эпидемия ВИЧ-инфекции отличается от многих других проблем здравоохранения и развития, поскольку она является относительно новым явлением, и никто не знает точно, как она будет развиваться. Постоянно предлагаются новые виды вмешательств, и каждый из них должен получить подтверждение собственной эффективности для включения в мероприятия по противодействию эпидемии на национальном или международном уровне. Исследования деятельности могут показать эффективность тех или иных вмешательств – например, что половое воспитание в отобранных средних школах может снизить

рискованное поведение. Для создания действенной национальной системы МиО необходимо проводить гораздо более глубокие исследования, чтобы отслеживать более общие успехи деятельности. В данном случае в целях отображения изменений в рискованном поведении после внедрения полового воспитания в национальную учебную программу необходимо будет проводить многократные поведенческие исследования среди национальной выборки учеников средней школы.

Эпидемия сама по себе продолжает изменяться. В течение многих лет внимание всех было сосредоточено на профилактике. Поскольку эпидемия ВИЧ-инфекции переходит в стадию эпидемии СПИДа, которая охватывает одну страну за другой, первостепенное значение приобретает уход за больными и социальная поддержка больных СПИДом и членов их семей. Такие программы зачастую трудны для осуществления и потенциально дорогостоящи – поэтому мониторинг за процессом их осуществления и оценка их воздействия будут иметь большое значение для обеспечения того, чтобы предоставлялись, по возможности, наиболее эффективные услуги.

Во многих странах проблема ВИЧ-инфекции приобрела политическую окраску. Влиятельные религиозные и политические силы вместе с населением в целом могут выступать против вмешательств, вследствие чего высшие должностные лица, ответственные за принятие решений, неохотно занимаются данной проблемой, отдавая предпочтение вопросам материнской смертности, детского питания или другим, более “политически нейтральным” программам. Именно в этом контексте МиО может оказаться наиболее полезным. Только тщательное измерение и регистрация успехов существующих инициатив смогут убедить политиков, которые неохотно берутся за эту проблему, расширить мероприятия программ.

При проведении мониторинга и оценки, с учетом влияния множества различных факторов, а также существования межкультурных вариаций, всегда полезно начинать с определений, которые включают не только надзор, мониторинг и оценку, но и такие термины, как “программа”, “вмешательство” и “проект”. В контексте данного документа термин “программа” означает совокупность мероприятий по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции на национальном или районном уровне. В рамках национальной программы, как

правило, существует ряд программных областей, таких как программа по безопасности крови, программа контроля за ИПП или программа профилактики ВИЧ-инфекции среди молодежи. Термин “вмешательство” или “стратегия вмешательства” относится к конкретным видам деятельности, разработанным для достижения целей в одной из программных областей. Так, например, подготовка большого количества преподавателей по проблемам ВИЧ-инфекции будет являться одним из вмешательств программы профилактики ВИЧ-инфекции среди молодежи. Термин “проект” иногда употребляется вместо термина «вмешательство», поскольку на практике вмешательства часто ограничиваются рамками конкретных проектов, которые финансируются из единого источника, по крайней мере, на их начальной или «пилотной» стадии. Гораздо чаще “проекты” представляют собой совокупность различных вмешательств, которые направлены на определенные группы населения по географическому или иному принципу.

1.3 Использование показателей на разных уровнях

В данном пособии определен ряд показателей и методов их измерения для использования на национальном уровне. Эти показатели разработаны с целью измерения широкого спектра вопросов, относящихся к эпидемии ВИЧ-инфекции, и мероприятий по противодействию этой эпидемии, осуществляемых в стране. Отдельные показатели помогают сосредоточить внимание на ключевых компонентах профилактики и ухода, которые осуществляются в стране в рамках ответной деятельности, и результатах их воздействия. Они позволяют отследить изменения в конкретных областях профилактики и ухода за определенный период времени. Они дают также возможность сравнивать общее состояние и эффективность выполнения национальных мероприятий по противодействию эпидемии в разных странах.

Однако, поскольку данный набор охватывает множество тем, а для сбора показателей на национальном уровне могут потребоваться значительные ресурсы, количество показателей в любой конкретной области должно оставаться ограниченным. Это означает, что

представленный здесь набор показателей не в состоянии всесторонне охватить все потребности мониторинга и оценки национальной программы в данной стране, а также не сможет удовлетворить более детальные потребности мониторинга и оценки отдельных проектов, направленных на профилактику и смягчение последствий ВИЧ-инфекции. В данном разделе мы кратко рассмотрим роль этих показателей в мониторинге и оценке на трех уровнях: международном, национальном и проектном.

Международный уровень

На международном уровне сбор этих показателей в разных странах поможет международным учреждениям и донорам:

- обнаружить тенденции эпидемии и мероприятий по противодействию эпидемии в международном масштабе;
- определить региональные тенденции или модели развития эпидемии и мероприятий по противодействию;
- выявить постоянные мировые и региональные проблемы при проведении мероприятий по противодействию эпидемии;
- пропагандировать увеличение объемов выделения средств на борьбу с пандемией;
- направлять финансовые и технические ресурсы с целью оказания наиболее результативного воздействия на глобальную пандемию.

Поэтому очень важно, чтобы эти показатели определялись и измерялись одинаково, с тем чтобы они были понятными при рассмотрении на мировом уровне, а также по странам и регионам. Пособие содержит детальные рекомендации относительно того, как измерять каждый показатель. Хотя для создания полной картины по любому из показателей необходима контекстуальная информация, но все же их можно использовать непосредственно для приблизительного сравнения ситуации в разных странах.

Национальный уровень

На национальном уровне представленные здесь показатели могут быть использованы для большинства тех же самых целей: выявления тенденций, определения проблемных областей, пропаганды увеличения денежных средств и их распределения. Однако на национальном уровне они неизбежно будут также способствовать

оценке эффективности общих мероприятий по противодействию в данной стране, представляющих собой сумму всех видов деятельности, которые осуществляются в стране в рамках борьбы с эпидемией ВИЧ/СПИДа. Например, может ожидать, что разнообразная и активная профилактическая деятельность среди молодежи приведет к более широкому использованию презервативов или достижению более высокого уровня воздержания от сексуальной активности. По представленным здесь показателям сексуального поведения молодежи можно отследить, происходит это или нет.

При решении вопроса о том, какие показатели необходимы на национальном уровне, важно, чтобы в странах осознавали, что они не обязаны ограничиваться этими показателями, как и не обязаны собирать их все. Выбор показателей должен определяться задачами, целями и мероприятиями, на которых основывается национальная деятельность в ответ на эпидемию ВИЧ, а также местными особенностями эпидемиологической ситуации, характеристиками ВИЧ-инфекции и рискованного поведения, при этом следует учитывать, что сбор и анализ данных по каждому показателю требует времени и денег. Не имеет смысла собирать данные по видам рискованного поведения или группам, которые не имеют отношения к местной эпидемии. В данном пособии показатели поделены на основные и дополнительные, и это деление может изменяться в зависимости от стадии эпидемии, как показано ниже. Основные показатели касаются важных факторов, которые влияют на эпидемию или отслеживают ее развитие, и рекомендуются для сбора во всех странах на определенной стадии эпидемии. Дополнительные показатели рекомендуются только тем странам, где они имеют отношение к местной эпидемии или к местной деятельности по противодействию эпидемии. Использование каждого дополнительного показателя и предложения по его использованию подробно рассматриваются в данной книге ниже, в описании показателей.

Если приведенные здесь показатели соответствуют потребностям страны, национальным программам по борьбе со СПИДом предлагается использовать их для обеспечения стандартизации информации между странами и за определенный период времени. Однако при необходимости страны могут добавить или исключить отдельные показатели, чтобы убедиться, что собранные

данные связаны с улучшением национальной деятельности по противодействию эпидемии. Например, в стране с низкой распространенностью инфекции, где добровольному консультированию и тестированию беременных женщин не придается большого значения в национальной программе, не имеет особой ценности сбор большинства показателей, которые перечислены здесь под заголовком «Передача вируса от матери ребенку». Если из-за нехватки ресурсов невозможно собрать все показатели, то их можно опустить или собрать данные по одному–двум показателям. С другой стороны, в стране, где свирепствует генерализованная эпидемия, могут потребоваться дополнительные наборы показателей для измерения уровня мероприятий по противодействию эпидемии на местном уровне, например, количество провинций, в которых созданы активно действующие комитеты по борьбе с СПИДом, возглавляемые губернаторами этих провинций. В стране, где эпидемия сконцентрирована среди MSM и потребителей инъекционных наркотиков, этот набор показателей может быть расширен, с тем чтобы включать такие конкретные, релевантные для данной страны показатели, как процент потребителей наркотиков, проходящих курс метадоновой терапии и получающих консультации по вопросам ВИЧ-инфекции, или процент баров для гомосексуалистов, в которых распространяются презервативы.

Районный уровень

В условиях децентрализации и реформы сектора здравоохранения районы играют все более важную роль в программах здравоохранения, включая программы по борьбе со СПИДом. Хотя функции районов в области мониторинга и оценки в большинстве стран не определены, вполне вероятно, что районы будут выполнять две основные функции. Первая касается районного уровня мониторинга программ по СПИДу, а вторая связана с предоставлением данных, актуальных для мониторинга и оценки на национальном уровне. Многие из показателей, перечисленных в данном пособии, подходят для целей мониторинга на районном уровне. Однако ресурсы на районном уровне намного более ограничены. На проведение большого исследования может потребоваться сумма, которая превысит половину годового районного бюджета на борьбу со СПИДом. Более того, в районах, в целом, нет кадровых ресурсов, чтобы проводить опросы групп населения. В

некоторых районах могут существовать возможности для проведения регулярных поведенческих исследований в конкретных группах, таких как школьная молодежь, при ограниченной внешней помощи. Однако, в общем, мониторинг на уровне района должен сосредоточиваться на программных затратах и результатах и позволять оценивать, идет ли осуществление мероприятий в соответствии с районным планом. Оценка небольших медицинских учреждений, проводимая как часть стандартного надзора, может использоваться для получения информации о качестве лечения ИПП или об использовании служб добровольного консультирования и тестирования, или об уходе за больными СПИДом в медицинских учреждениях. Кроме того, районы могут использовать существующую стандартную медицинскую информационную систему, чтобы получить данные о заболеваемости ИПП. От 3 до 5 процентов районных финансовых ресурсов, предназначенных для борьбы со СПИДом, должны использоваться для проведения мониторинга и оценки.

Вклад районов в осуществление мониторинга и оценки на национальном уровне также заключается в составлении отчетности о затратах и результатах мероприятий в соответствии с национальными руководящими принципами. Надлежащая отчетность районов может быть очень полезной для мониторинга и оценки на национальном уровне. Например, если в стране имеются фактические данные о распространении презервативов по районам, а не только общие данные по стране, мониторинг тенденций использования презервативов может стать более определенным и точным. Изложенные ниже соображения о проведении оценки на уровне проектов во многих случаях применимы и на уровне районов.

Уровень проекта

Часто наблюдается сильное желание использовать показатели, представленные в данном пособии, для оценки конкретных проектов по профилактике и уходу, и многие убеждены, что это можно легко сделать. Однако, хотя некоторые из этих показателей могут сохранять свою актуальность на уровне осуществления мониторинга и оценки отдельного проекта, они не обязательно будут покрывать весь спектр потребностей мониторинга и оценки проекта. Квалифицированные мониторинг и оценка проекта требуют объединения показателей

затрат, процесса, результатов, последствий и воздействия, которые напрямую связаны с мероприятиями в рамках проекта, его целями и задачами. Их обратная связь с проектом будет способствовать более успешному осуществлению деятельности и максимальному увеличению воздействия проекта.

Многие из показателей, описанные в данной книге, предназначены для использования в работе с населением в целом либо в конкретных учреждениях, предоставляющих услуги больным ВИЧ/СПИДом. Следовательно, сбор данных и составление отчетов по методике, описанной в данном документе, могут не отвечать требованиям проведения оценки отдельного проекта. И даже если они отвечают этим требованиям, установление прямой связи любых изменений в показателях с деятельностью проекта будет невозможным до тех пор, пока сбор информации одновременно не будет включать в себя измерения степени воздействия данного проекта или анализ других результатов, которые являются уникальными для целевой аудитории этого проекта.

Это является ограничением общих показателей, например, таких, которые описаны в данном пособии, при их применении для оценки на национальном уровне. Даже если они используются для оценки изменения поведения, это изменение в большинстве случаев не может быть привязано к одному конкретному проекту, поскольку наряду с мероприятиями оцениваемого проекта рассматриваемые группы населения подвергались также влиянию средств массовой информации и других источников информации о ВИЧ/СПИДе, друзей или родственников, которые живут с ВИЧ/СПИДом, и других национальных и местных мероприятий по профилактике и уходу.

Таким образом, если необходимо определить или продемонстрировать эффективность отдельного проекта, в его план должны быть включены собственные базовые и дополнительные оценки, которые определяют не только конкретные результаты проекта (например, рост использования презервативов среди отдельных групп населения или увеличение социальной помощи для тех, кто живет с ВИЧ-инфекцией в общине), но также и уровень воздействия проекта и его мероприятий.

Несмотря на то, что основными инициаторами стандартизации показателей являются международные организации, проводящие

сравнения между странами, невозможно переоценить ценность стандартизованных показателей для работы внутри страны. При планировании мероприятий по оценке в рамках проекта следует учитывать национальные стандарты показателей в данной сфере. Проекты могут иметь собственные информационные потребности, которые соответствуют точному плану проведения оценки. Однако для них часто могут выбираться показатели со стандартными базовыми периодами, знаменателями и т.п., что позволит с легкостью ввести собранные данные в национальную систему МиО.

Если используется метод измерения, сопоставимый с одним из предложенных здесь, или если для сбора данных по описанной в данном документе методике достаточно незначительных изменений в мероприятиях по оценке проекта, которые не повредят оценке проекта, то такие относящиеся к проекту показатели должны собираться и передаваться в национальную программу.

Использование сравнимых единиц измерения может дать национальной программе ценные эталоны измерения одного и того же показателя среди разных групп населения, которые позволяют триангулировать результаты и выявлять региональные и местные несоответствия и отличия и реагировать на них. Это может помочь направлять ресурсы в регионы или группы населения с более серьезными потребностями, определить сферы повышения или снижения интенсивности мероприятий на национальном уровне и улучшить общую эффективность национальной ответной деятельности.

1.4 Различные функции надзора, мониторинга и оценки

Хотя надзор, мониторинг и оценка выполняют разные функции, они частично перекрываются. В данном разделе сделана попытка объяснить, как используются данные термины в этом пособии.

Надзор, мониторинг и оценка играют свою роль в предоставлении информации для оказания помощи в определении связи между программными мероприятиями ресурсами и целями, на достижение которых направлены программы. Конечной целью национальных программ по борьбе со СПИДом является снижение распространения ВИЧ-инфекции,

улучшение ухода за инфицированными и минимизация социальных и экономических последствий для пострадавших семей и общин. Для того, чтобы программа достигла своих целей, **затраты**, например, в виде денежных средств и времени штатных работников должны принести **результаты**, например, в виде формирования запасов и системы снабжения лекарствами и другой необходимой продукцией, создания новых или улучшения существующих услуг, подготовленного персонала, информационных материалов и т.п. Если эти итоги работы хорошо спланированы и достигают тех групп населения, для которых предназначены, то вполне вероятно, что программа будет иметь положительные краткосрочные **результаты** или итоги, например, возрастание уровня использования презервативов среди случайных партнеров, снижение использования потребителями инъекционных наркотиков общих игл и шприцев или более поздний возраст начала полового жизни среди молодежи. Эти положительные краткосрочные следствия должны привести к изменениям в долгосрочном **воздействии** программ, то есть, к уменьшению числа новых случаев заболеваний ИПП или ВИЧ-инфекцией, или к снижению смертности, связанной с ВИЧ-инфекцией.

Мониторинг

Мониторингом называется регулярное отслеживание приоритетной информации о программе и ее ожидаемых результатах. Это, как правило, предполагает мониторинг затрат и результатов через системы учета и стандартной отчетности, а также результатов наблюдений, осуществляемых медицинскими учреждениями, и опросов их клиентов. Данные обычно собираются на районном уровне, после чего передаются на национальный уровень для обобщения. Такой мониторинг называется мониторингом программ, процесса или результатов.

Связанная интерпретация данных из разных источников является ключевым компонентом надлежащей системы мониторинга. Довольно часто один показатель сам по себе не является достаточно убедительным – это в особенности касается показателей, которые отображают лично сообщенные данные по таким деликатным вопросам, как внебрачный секс. Пропагандистская убедительность показателя, указывающего на рост уровня использования презервативов (по ответам респондентов) значительно усиливается, если он представлен

вместе с данными, которые свидетельствуют о более широком распространении презервативов и снижении количества больных в клиниках по лечению ИПП.

При отслеживании состояния ВИЧ-инфекции, видов поведения, которые способствуют ее распространению, и сильных сторон разных сфер противодействия эпидемии, показатели мониторинга функционируют как «основные показатели состояния» эпидемии ВИЧ-инфекции на районном, региональном или национальном уровне. Они помогают руководителям программы определить, какие сферы требуют больших усилий, и указывают на то, решение каких вопросов поможет улучшить мероприятия по противодействию эпидемии, однако способы решения этих вопросов можно будет найти только с помощью более совершенных методов исследований, чем те, которые используются при обычном надзоре и мониторинге.

Мониторинг включает также отслеживание краткосрочных следствий программы и долгосрочного воздействия. Такие данные часто поступают из системы надзора. **Надзором** называется регулярное отслеживание болезни (надзор за болезнью) или, несколько реже, рискованного поведения (поведенческий надзор) с использованием аналогичной системы сбора данных за определенный период времени. Надзорные мероприятия помогают описать эпидемию и ход ее распространения, а также могут помочь в прогнозировании будущих тенденций и нацеливании необходимых программ профилактики. В ситуации с ВИЧ-инфекцией система надзора, как правило, служит для отслеживания последствий ВИЧ-инфекции и (иногда) распространенности ИПП, а также последствий рискованного сексуального поведения. Как правило, надзор осуществляется как на районном, так и на национальном уровнях.

Оценка

Оценкой называется совокупность видов деятельности, разработанных для определения ценности или достоинств отдельной программы, вмешательства или проекта. Это означает, что конкретные результаты или итоги можно связать напрямую с конкретным вмешательством. Существует три последовательных уровня или стадии оценки. Первая стадия – **оценка процесса** – включает оценку содержания программы, масштабов ее охвата вместе с качеством и полнотой

воплощения. Если при оценке процесса обнаруживается, что программа вообще не осуществляется или не достигает намеченной аудитории, то нет смысла переходить к следующей стадии оценки. Если факты подтверждают, что программа не осуществляется, то не следует ожидать и каких-либо результатов. Однако, если при оценке процесса обнаруживается, что программа осуществляется в соответствии с планом, тогда следует продолжать оценку краткосрочных результатов – эта стадия называется **оценкой результатов**. (При оценке мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции, результатами считаются уровень знаний, отношение и представление о ВИЧ-инфекции, так же, как и модели поведения относительно ВИЧ-инфекции. Но, как обсуждается на стр.++ (Параметры отбора показателей), рост уровня знаний о ВИЧ-инфекции может привести к снижению уровня инфицирования только через изменения в сексуальном поведении или способах потребления наркотиков. Таким образом, в данном пособии вовсе не предполагается, что простой мониторинг изменений в уровне знаний, отношении и представлениях может стать доказательством эффективности отдельной программы. Конечно же, результаты деятельности программы по повышению уровня знаний важны, но они не могут привести к непосредственным изменениям ситуации, если сначала не найдут отражения в таких показателях результативности программы, как повышение уровня использования презервативов или снижение сексуальной активности.

В чем же отличие между мониторингом результатов и оценкой результатов? Существенным здесь является то, что *мониторинг* результатов предназначен для отслеживания изменений в результатах после осуществления программы или проекта, но с его помощью нельзя соотнести эти изменения с конкретным вмешательством. В то же время, при *оценке* результатов система оценки специально разработана таким образом, чтобы соотнести изменения с вмешательствами. Без наличия надлежащим образом разработанной системы оценки, один мониторинг показателей результатов программы не может установить причинно-следственную связь эффективности отдельной программы. Система оценки должна быть разработана, как минимум, таким образом, чтобы можно было правдоподобно связать наблюдаемые результаты с хорошо спланированной программой, а также продемонстрировать, что изменения возникли

не в результате посторонних факторов, не имеющих отношения к программе.

Если при оценке программ профилактики ВИЧ-инфекции не наблюдается положительных изменений в результатах, таких, как рискованное сексуальное поведение или способы приема наркотиков, то практически нет смысла рассматривать такие показатели воздействия программы, как распространенность ВИЧ-инфекции или ИПП. Даже если изменения в распространенности и отмечаются, они не могут быть с достаточной степенью достоверности отнесены к деятельности программы, если им не будут предшествовать изменения в рискованном поведении. Без изменений в рискованном поведении наблюдаемые изменения в распространенности ВИЧ-инфекции вполне могут быть связаны с другими факторами, такими, как рост смертности или изменения в использовании услуг. Однако, если показатели результатов указывают на изменение поведения, то можно проводить **оценку воздействия**. Реальные оценки воздействия, способные соотнести долгосрочные изменения в ВИЧ-инфекции с деятельностью конкретных программ, проводятся крайне редко. Чаще всего мониторинг показателей воздействия, таких как распространенность ВИЧ-инфекции или смертность среди взрослого населения, вместе с показателями процесса и результата деятельности программ, считаются достаточными для того, чтобы указывать на общее воздействие национальных мероприятий по противодействию эпидемии. Взятые вместе, показатели мониторинга могут дать руководству программ и лицам, принимающим решения, представление о том, приводит ли к каким-либо изменениям совокупность всех мероприятий по противодействию ВИЧ-инфекции в районе, регионе или стране. Например, когда в Уганде начал снижаться уровень распространенности инфекции среди молодых беременных женщин, которые посещают женские консультации, широкий спектр показателей мониторинга относительно уровня распространения презервативов, наличия презервативов, сексуальной активности среди молодежи, распространенности отношений со многими партнерами, а также уровня использования презервативов использовался для того, чтобы оценить возможную связь снижения распространенности ВИЧ-инфекции среди женщин, посещающих ДЖК, с изменениями в поведении.

2. Система мониторинга и оценки

До середины 90-х годов большинство мероприятий по мониторингу и оценке осуществлялись бессистемно. Часто случается, что система надзора за ВИЧ-инфекцией создана, но надлежащим образом не функционирует; кое-где иногда проводятся поведенческие исследования, хотя не обязательно с применением одинаковых методологий определения выборки или показателей. Лишь немногие страны могут отслеживать изменения в поведении, но и им никогда не удастся увязать такие изменения с проводимыми вмешательствами. Научные исследования могли бы дать дополнительную информацию по некоторым вопросам, но их результаты часто не используются ни в программах, ни для принятия решений. Иногда проводились всесторонние оценки финансируемых донорами проектов по какой-либо важной области программной деятельности, но результаты никогда не сообщались другим структурам, действующим в данной области. Тест-системы РПР для тестирования крови на сифилис иногда используются в местных дородовых женских консультациях (ДЖК) в диагностических целях, но результаты тестирования никогда не передавались на районный или центральный уровень для использования в мониторинге. Иными словами, полезность большинства измерений, связанных с ВИЧ-инфекцией, может быть утрачена, поскольку в стране отсутствует согласованная система МиО.

Согласованная система имеет несколько преимуществ. Она способствует более эффективному использованию данных и ресурсов, обеспечивая, например, возможность сравнивать показатели и методологии формирования выборок за определенные периоды времени и сокращая дублирование работы. В условиях нехватки ресурсов это важное качество. Данные, полученные с помощью всесторонней системы МиО, должны служить потребностям многих участников работы, включая руководство программы, исследователей или доноров, которым уже не приходится проводить повторные базовые исследования или оценки, поскольку они могут просто использовать существующие данные. Хорошая координация работы должна привести к лучшему использованию ресурсов.

С точки зрения национальной программы, согласованная система МиО помогает

обеспечить, чтобы мероприятия МиО, которые финансируются донорами, наилучшим образом соответствовали национальным потребностям, а не просто отвечали требованиям к отчетности для учреждений или иностранных законодательных органов. Другим преимуществом координации мониторинга и оценки является то, что она способствует коммуникации между разными группами, вовлеченными в национальные мероприятия по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции. Общее планирование, исполнение, анализ или распространение собранных данных могут снизить число наложений в программной деятельности и повысить сотрудничество между разными группами, многие из которых вместе могут работать эффективнее, чем по отдельности.

Полное использование данных и показателей для планирования программных мероприятий и оценки является определяющим в любой системе МиО. Не следует собирать данные, которые не могут быть или не будут использованы. Страны имеют разные потребности в МиО, которые частично определяются состоянием эпидемии ВИЧ-инфекции в стране, частично - мероприятиями, которые осуществляются программами по борьбе со СПИДом, а частично - имеющимися ресурсами. Однако успешно действующие системы МиО имеют много общих компонентов. Список некоторых из этих компонентов представлен в Перечне 2.

Перечень 2: Контрольная таблица характеристик эффективной системы МиО.

ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ МиО	<ul style="list-style-type: none">• Создано подразделение МиО в министерстве здравоохранения• Бюджет МиО составляет около 10% национального бюджета на борьбу с ВИЧ/СПИД/ИПП.• Значительная доля национальных ассигнований в национальном бюджете МиО• Официальная связь (МиО) с научно-исследовательскими институтами• Официальная связь (МиО) с ведущими НПО и донорами• Наличие эпидемиологического опыта у сотрудников подразделения МиО или его филиалов• Наличие опыта работы в области поведенческих исследований/социальных наук в подразделении МиО или его филиалах• Наличие опыта работы в области обработки данных и статистики в подразделении МиО или его филиалах• Опыт распространения данных подразделением МиО или его филиалами
ЧЕТКИЕ ЦЕЛИ	<ul style="list-style-type: none">• Хорошо сформулированные цели и задачи национальной программы• Регулярная проверка/оценка состояния выполнения планов национальной программы• Руководящие принципы и руководство районами и регионами или провинциями относительно осуществления МиО• Руководящие принципы относительно привязки МиО к другим секторам• Координация национальных и донорских потребностей относительно МиО
ПОКАЗАТЕЛИ	<ul style="list-style-type: none">• Набор приоритетных показателей и дополнительные показатели на разных уровнях МиО• Показатели, сравнимые во времени• Ряд ключевых показателей, сравнимых с показателями других стран
СБОР И АНАЛИЗ ДАННЫХ	<ul style="list-style-type: none">• Общий национальный план сбора данных и проведения анализа• План сбора данных и анализа показателей на разных уровнях МиО• Система дозорного эпиднадзора второго поколения, где поведенческие данные связываются с данными надзора за ВИЧ/ИПП
РАСПРОСТРАНЕНИЕ ДАННЫХ	<ul style="list-style-type: none">• Общий национальный план распространения данных• Широкое распространение информационного годового отчета подразделения МиО• Ежегодные встречи с политиками и лицами, ответственными за планирование, с целью распространения и обсуждения данных МиО и результатов исследований• Центр обмена информацией для подготовки и распространения полученных данных• Централизованная база данных или библиотека, в которой будут собраны все данные о ВИЧ/СПИД/ ИПП, включая данные текущих исследований• Координация национальных и донорских потребностей относительно распространения МиО

2.1 Подразделение мониторинга и оценки

За осуществление мониторинга и оценки программ по борьбе с ВИЧ/СПИД/ИПП на национальном уровне обычно отвечает министерство здравоохранения. Зачастую в рамках национальной программы по борьбе со СПИДом создается специальное подразделение мониторинга и оценки ВИЧ-инфекции. Если министерство здравоохранения имеет эффективную информационную систему о состоянии здравоохранения, мониторинг ВИЧ-инфекции и мероприятий по противодействию эпидемии может осуществляться вместе с мониторингом других болезней центральным эпидемиологическим подразделением, таким, как Центр контроля над заболеваниями в Таиланде. Там, где руководство работой программ по борьбе со СПИДом осуществляется межведомственным комитетом, координацию деятельности МиО может осуществлять другая организация, не входящая в состав министерства здравоохранения, хотя в таком случае проведение МиО может усложниться. Важность координационной роли национальной программы по борьбе со СПИДом или ее филиалов трудно переоценить. Даже учитывая то, что многие страны не имеют достаточных финансовых средств для отслеживания проектов, а затраты финансируются донорскими и исследовательскими организациями, очень важно составить четкую картину затрат на содержание системы МиО. Для обеспечения устойчивости эта система должна стать частью эффективной и согласованной национальной системы МиО, а национальные программы должны выступать за лучшее использование внешних и внутренних ресурсов национальной программы.

Ясно, что **финансирование** программ по борьбе с ВИЧ/СПИД/ИПП в разных странах отличается широким разнообразием. Если затраты на программу минимальные, то сумма, которая выделяется на систему мониторинга и оценки ВИЧ-инфекции, также будет минимальной. К сожалению, обратная зависимость не всегда имеет место. В некоторых странах, имеющих относительно достаточные ресурсы для приобретения лекарств и проведения лечения, мониторинг эпидемии либо не проводится, либо средства на него выделяются неэффективно. Доноры, которые хотят видеть, правильно ли расходуются их деньги, часто требуют более

высокого уровня мониторинга и оценки. В связи с этим они выделяют непропорционально большие суммы на проведение мероприятий МиО. Это вызывает обеспокоенность в странах-реципиентах, поскольку прекращение донорского финансирования на практике ведет к сворачиванию многих видов деятельности в области МиО. Поскольку действенная система МиО очень важна для обеспечения надлежащего использования ресурсов, рекомендуется, чтобы около 10% бюджета на борьбу с ВИЧ/СПИДом использовалось на мероприятия мониторинга и оценки, не включая обычный надзор за ВИЧ-инфекцией и рискованным поведением. Ни одно из мероприятий МиО не должно полностью зависеть от донорской помощи.

Человеческий потенциал является главным фактором, ограничивающим МиО во многих странах. Хотя подразделения или комитеты по МиО существуют во многих национальных программах, они обычно крайне недоукомплектованы, а их работа зачастую сводится к управлению системами серологического надзора. Для усиления систем МиО крайне необходимо повысить их кадровый потенциал. Если это невозможно сделать в рамках национальной программы, то могут быть созданы сети для обеспечения доступа к специалистам со стороны. Как минимум, подразделения МиО должны установить контакты с эпидемиологами, специалистами по статистике, социальным наукам и обработке данных. Поскольку имеющиеся данные зачастую плохо оформляются и передаются, в группу также должен входить специалист по вопросам коммуникации или лоббированию.

Центральное подразделение МиО должно поддерживать официальные связи с университетами и НПО через **группу технической поддержки** МиО. В эту группу следует активно вовлекать ученых и доноров, а также партнеров из правительства, НПО и других национальных учреждений. Эта группа поддержки дополняет технический потенциал центрального подразделения МиО. Привлечение академических учреждений, НПО и других организаций обеспечивает то, что данные, полученные этими организациями, интегрируются в центральную систему МиО. Более того, надежность информации, полученной подразделением МиО, будет гораздо выше, если она поддерживается технической группой.

Там, где программы здравоохранения организованы вертикально, важно, чтобы в состав рабочих групп по вопросам МиО

входили специалисты по мониторингу и оценке из других секторов, имеющих общие интересы с программой по борьбе с ВИЧ-инфекцией. Так, например, специалисты и программы, которые занимаются вопросами репродуктивного здоровья, включая программы по уходу за больными ИПП и борьбе с туберкулезом, являются очевидными источниками информации, которая должна быть интегрирована в МиО программ по борьбе с ВИЧ/СПИД/ИПП.

2.2 Четкое определение целей программы

Невозможно осуществлять мониторинг – не говоря уже об оценке – процесса достижения целей, пока не будут четко определены цели национальной программы. Если в рамках национальной программы не осуществляются мероприятия по снижению вертикальной передачи, то нет смысла в проведении мониторинга мероприятий, направленных на ограничение передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку. Лучше использовать время и деньги для отслеживания того, изменяются ли уровень знаний, отношение и сексуальное поведение среди школьников после внедрения в начальной школе учебной программы о сексуальном здоровье. Таким образом, при разработке плана МиО важно понять, какие существуют мероприятия и системы, и каким образом проводится их мониторинг и оценка.

Программные цели обычно четко определены в национальном стратегическом плане или другом стратегическом документе. Как правило, такой документ включает общую цель (например, «снизить передачу ВИЧ-инфекции и минимизировать ее отрицательные последствия для инфицированных и пострадавших людей»), а потом более конкретные цели для конкретных областей профилактики и ухода. Например, они могут включать снижение уровня передачи инфекции половым путем среди подростков, увеличение объемов предоставления и использования качественных услуг по уходу за больными ИПП или предоставление социальной поддержки, включая медицинские услуги и обучение для сирот. Системы МиО должны быть разработаны с учетом заявленных национальных целей. В идеале, национальные планы должны включать показатели, которые поддаются количественным измерениям, хотя на практике этого зачастую не происходит.

В начале эпидемии ключевыми национальными инструментами планирования были среднесрочные планы, которые поддерживались ВОЗ/ВПС. Эти планы, как правило, охватывали пятилетний период. Проверка среднесрочных планов была очень полезным мероприятием МиО во многих странах. Мероприятия планирования все чаще охватывают более широкий круг действующих лиц и более тщательно учитывают существующую ситуацию и мероприятия по противодействию. Этот процесс, который поддерживается ЮНЭЙДС и ее партнерами, описан в «Руководящих принципах ЮНЭЙДС по стратегическому планированию мероприятий по борьбе с ВИЧ-инфекцией и СПИДом» и включает всесторонний анализ ситуации и мероприятий по противодействию эпидемии. Такая деятельность, которая часто способствует увеличению имеющихся ресурсов для сбора и анализа данных, позволяет собрать бесценную информацию, которая дополняет стандартную систему МиО. Она дает также неплохие возможности для распространения информации и усиления партнерств, необходимых для эффективной системы МиО.

2.3 Показатели

Программные цели определяют области, в которых можно ожидать прогресса, который, соответственно, можно будет измерять. Но каким же образом можно измерить «прогресс» в этих областях? Именно здесь и следует выбрать необходимые показатели. Такие показатели уже существуют или могут быть разработаны для многих областей программной деятельности. (Детальнее методы выбора и разработки показателей будут рассмотрены в третьей части этого пособия.)

Какие показатели необходимо отобрать? Ряд руководящих принципов может помочь выбрать наиболее подходящий набор показателей для МиО программ по борьбе со СПИДом. Во-первых, для отбора показателей и интерпретации результатов необходимо использовать концептуальную структуру МиО. Во-вторых, следует рассмотреть особые качества показателей, такие как связь с целями программы, возможность измерять изменения с помощью этих показателей, стоимость и осуществимость сбора данных и их анализа, а также возможность сравнения с показателями за прошедший период времени и сравнения показателей по разным странам и группам населения.

Параметры отбора показателей

Основной структурой, которая чаще всего используется при отборе показателей МиО, является структура «затраты-результаты-итоги-воздействие», описание которой приводится в Перечне 3. Показатели могут измерять то, что вкладывается в программу (денежные средства, количество презервативов, лекарства для лечения оппортунистических инфекций, тест-системы, обучение и т.п. – так называемые «показателями затрат»), и то, что получают с ее помощью (количество подготовленных медсестер, хранилищ безопасной крови, подростков, прошедших обучение о методах безопасного секса, помощь сиротам в оплате школьного обучения, продажа презервативов и т.п. – то есть, «показатели результатов»). Итогами деятельности программы являются более высокий уровень знаний, изменение отношения, более безопасное сексуальное поведение и т.п., и, в конце концов, такие итоги оказывают воздействие на передачу ВИЧ-инфекции или ИПП.

На затраты и результаты программ и объем краткосрочных итогов (таких как изменения в поведении или улучшение практики лечения ИПП) влияют условия, в которых действует программа. Эти условия включают социально-экономические факторы и факторы системы здравоохранения, а также уровень политической приверженности. Например, внедрение синдромного подхода к лечению ИПП путем обучения медицинских работников и улучшения обеспечения лекарствами при хорошо развитой системе здравоохранения и наличии высокооплачиваемых сотрудников будет более успешным, чем при слаборазвитой

системе здравоохранения, имеющей низкий уровень охвата. Распространение презервативов будет более эффективным, если политическая и религиозная обстановка являются благоприятными для пропаганды использования презервативов.

Краткосрочные итоги программ профилактики ВИЧ-инфекции могут быть определены намного точнее при применении той же логики, которая используется в системах уточненных детерминантов, широко применяемых при изучении факторов рождаемости и детской смертности. В этих системах итоги деятельности (или уточненные детерминанты) должны обладать двумя характеристиками: способностью изменяться вследствие поведенческих изменений (и вмешательств), и, в случае таких изменений, оказывать непосредственное воздействие на передачу ВИЧ-инфекции. Знание о путях передачи ВИЧ-инфекции является не показателем итогов программы, а показателем результата, поскольку не оказывает непосредственного воздействия на передачу ВИЧ-инфекции. Только в том случае, когда повышение уровня знаний ведет к принятию более безопасной сексуальной практики, можно достичь снижения уровня передачи ВИЧ-инфекции.

По данным эпидемиологии инфекционных болезней, на распространение ВИЧ-инфекции влияют несколько факторов, которые могут быть определены как итоги программы:

Перечень 3: Параметры для мониторинга и оценки программ по борьбе со СПИДом.



- *Риск передачи через контакт*: на это влияет уровень использования презервативов, наличие других ИПП, возраст и пол неинфицированных, виды сексуальной практики, стадия развития инфекции у серопозитивных лиц и практика потребления наркотиков инъекционным путем;
- *Риск сексуального контакта с ВИЧ-инфицированным лицом или контакта с его кровью*: на это влияет общая распространенность ВИЧ-инфекции среди населения, количество сексуальных контактов на одного человека и характеристика таких контактов, включая возраст и уровень рискованного поведения, а также практика обмена шприцев и приготовления наркотиков; риск получения зараженной крови при переливании: определяется скринингом крови и практикой переливания;
- *Продолжительность инфекции*: определяется лечением и уходом, доступным для инфицированных лиц.

Социальная, культурная и экономическая среда влияют как на поведение, так и на осуществление программы. Однако они не имеют существенного влияния на связь между поведением и инфекцией. Если рискованное поведение изменяется, неизбежно должны последовать изменения уровня распространения инфекции, независимо от ситуации в стране.

Такая детализация итогов программы больше касается компонента профилактики в национальных программах борьбы с СПИДом. Очевидно, что многие национальные программы занимаются не только профилактикой ВИЧ-инфекции: они также обеспечивают уход ВИЧ-инфицированным, и пытаются снизить последствия эпидемии для семей и общин. Эти программы также влияют на уточненные детерминанты инфекции. Обеспечение лучшего ухода за ВИЧ-инфицированными означает, что они смогут прожить более долгую и здоровую жизнь. Таким образом, успех компонента ухода программы по борьбе со СПИДом будет отражаться в снижении уровней заболеваемости и смертности – это и будет показателем уровня «воздействия» этого компонента. Но это также означает, что инфицированные люди продолжают оставаться в группе инфекционных партнеров, что повышает возможность распространения эпидемии. Многие аспекты

ухода и поддержки предназначены для повышения качества жизни людей, живущих с ВИЧ-инфекцией, и не оказывают непосредственного влияния на состояние эпидемии. Однако специалисты признают, что между программами по уходу и профилактике существует серьезная связь, на которую только сейчас начинают обращать внимание руководители программ. Многие аспекты программ по уходу и поддержке оказывают также влияние на показатели на уровне ситуации, а успех программ по уходу и поддержке зависит от ситуации, в которой они осуществляются. Например, многие программы направлены на снижение стигмы, которая сопровождает ВИЧ-инфекцию. Программы рассматривают проблему стигмы главным образом потому, что стигма может привести к активной дискриминации ВИЧ-инфицированных людей. Но решение проблемы стигмы имеет более широкое значение для профилактических мероприятий. Там, где существует высокий уровень стигматизации, люди будут избегать пользоваться презервативами просто потому, что они не хотят, чтобы кто-нибудь думал, что они обеспокоены своим ВИЧ-статусом. Снижение уровня стигмы, которая сопровождает ВИЧ-инфекцию, создает более благоприятные условия, в которых затраты и результаты программ могут повлиять на поведение. В данном случае снижение уровня стигмы может способствовать более широкому использованию презервативов, которое будет непосредственно влиять на вероятность передачи инфекции половым путем и, следовательно, на заболеваемость ВИЧ-инфекцией. Другой пример: профилактические программы начинают предоставлять услуги с целью снижения передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку. Поскольку для спасения жизни матери можно сделать не так уж много, снижение заболеваемости среди детей, родившихся у ВИЧ-положительных матерей, неизбежно ведет к возрастанию сиротства. Мониторинг успехов в этой части национальных профилактических мероприятий будет иллюстрировать необходимость планирования большего количества услуг по уходу и поддержке для сирот.

Поскольку связь между уходом и профилактикой становится более четкой, рамки мониторинга программ по борьбе с ВИЧ-инфекцией, безусловно, расширятся и будут включать компоненты ухода и поддержки в национальных программах по борьбе со СПИДом. Однако структуры профилактики уже

создали хорошую базу для рассмотрения измерения показателей, касающихся ВИЧ-инфекции.

Отбор показателей

Показатели для МиО программ по борьбе со СПИДом должны быть актуальными для программ, несложными для сбора, легко поддаваться толкованию и позволять отслеживать изменения во времени. Выбор показателей будет зависеть от задач программы. Многие из обычно используемых показателей возникли в результате деятельности таких международных исследовательских программ, как Исследование демографии и показателей здравоохранения (ИДЗ), или протоколов, принятых такими международными организациями, как ООН. Хотя эти показатели позволяют проводить сравнения между странами, некоторые из них могут иметь ограниченное применение на местах.

В качестве первого шага, программы должны осуществлять мониторинг своих затрат и результатов. Если они не меняются, никакие изменения в итогах нельзя относить на счет осуществления мероприятий программы. Для сбора показателей затрат и результатов программы зачастую не требуется значительных усилий и средств; если регистрируются изменения, то это указывает на необходимость в мониторинге и оценке на уровне итогов или воздействия.

Показатели должны отбираться таким образом, чтобы можно было измерить изменения в сферах осуществления программных мероприятий. Поскольку большинство национальных программ по борьбе со СПИДом планируют свою ответную деятельность в соответствии с состоянием эпидемии в стране, то это означает, что соответствующие показатели также будут различаться в зависимости от состояния эпидемии. Это намного детальнее рассматривается в разделе этого пособия, посвященном выбору показателей.

Потребности сбора данных

В идеале, показатели должны быть соизмеримы с уже существующими данными. Однако очень часто требуется проведение специальных мероприятий по сбору данных, чтобы разработать надежные показатели. Как правило, стоимость и сложность сбора данных возрастают при переходе от затрат к

результатам и от итогов к воздействию. Необходимо обеспечить возможность централизованного сбора данных для показателей затрат и результатов программы из стандартных систем отчетности в сфере здравоохранения, тогда как данные для многих показателей итогов и воздействия должны собираться путем проведения исследований (или надзора) в учреждениях системы здравоохранения или опросов групп населения. Необходимо помнить о стоимости и возрастающей пользе более регулярного или более широкого сбора данных. Может быть, следует повысить размер выборки для дозорного эпиднадзора, чтобы данные можно было детализировать по возрасту, поскольку эта информация очень важна. Однако компромисс может состоять в том, чтобы уменьшить количество пунктов дозорного эпиднадзора или снизить частоту проведения надзора.

Для чего используются показатели?

Отслеживание изменений в показателях во времени поможет руководству программ и лицам, принимающим решения, определить, насколько успешно национальная программа отвечает своим целям. Показатели служат именно для этого – они указывают на масштабы или направление изменений во времени. Однако они не дадут руководству информацию о том, почему изменения произошли или не произошли, то есть, они не всегда полезны для диагностических целей. Системы мониторинга на национальном уровне, как правило, позволяют лишь отследить изменения в поведении или в распространении инфекции в масштабах страны. Если распространенность ВИЧ-инфекции снижается вслед за сообщениями о снижении уровня рискованного поведения, а изменения в поведении происходят после вмешательства, разработанного для содействия этим изменениям, можно сделать вывод о том, что национальные мероприятия по противодействию эпидемии способствуют снижению уровня ВИЧ-инфекции. Однако установить непосредственную связь воздействия мероприятий с конкретным вмешательством удается редко.

Большинство показателей разрабатывались вовсе не для того, чтобы объяснить, почему ситуация изменилась или не изменилась – они составлены для того, чтобы измерять степень изменения. Ответ на вопрос «почему» могут дать только небольшие качественные исследования, хотя понимание того, «почему» и «как» происходит изменение, является важным

первым шагом для принятия решения о том, что делать с проблемой. Хотя небольшие пояснительные исследования не обязательно являются частью постоянной национальной системы отслеживания ВИЧ-инфекции и видов поведения, которые способствуют ее распространению, они являются важным звеном между системой МиО и формулированием стратегии. Следует подчеркнуть, что небольшие пояснительные исследования не дают стандартных показателей, которые могут быть использованы для сравнения стран: по определению, их задача - объяснить вопросы, специфические для данной ситуации.

Оперативное исследование также должно внести свой вклад. Когда маломасштабные исследования подтверждают, что вмешательство может дать желаемый результат при идеальных условиях исследования (на профессиональном языке специалистов по оценке, «как только продемонстрирована эффективность вмешательства»), тогда оперативное исследование рассматривает вмешательство поэтапно, чтобы продемонстрировать его эффективность в реальных условиях. Осуществляется тщательный мониторинг затрат и результатов в контексте программы, а не в идеальных условиях для исследования, после чего оцениваются итоги деятельности.

Составные показатели

Во многих областях здравоохранения и развития существует тенденция разработки индексов, составных или суммарных показателей, которые охватывают несколько аспектов предоставления услуг или итогов. Эти суммарные показатели полезны тем, что они ограничивают количество статистических данных, которые необходимо представлять высшему политическому руководству, или людям, не являющимся специалистами в данной сфере, которым просто необходимо иметь общее представление о том, что дела идут лучше или хуже.

Недостатком суммарных показателей является то, что изменения труднее поддаются толкованию. Более высокое значение показателя может означать улучшение по всем компонентам, которые измеряются данным показателем, с другой стороны, это может быть результатом массового улучшения в одной области при фактическом ухудшении в другой. Руководители программ, которым необходимо знать состояние дел по всем компонентам, больше заинтересованы в детализированных

данных, позволяющих видеть прогресс в любой из областей предоставления услуг по отдельности. Хорошим примером является «Профилактический показатель 6» ВООЗ/ВПС, который отражает правильное ведение пациентов с ИПП с использованием синдромного подхода. Правильное ведение больных определяется как качественное ведение истории болезни, физическое обследование и соответствующее лечение.

Практика ведения истории болезни и обследований могут достичь высокого уровня, но если лечение не улучшается из-за отсутствия лекарств, тогда даже самая лучшая в мире учебная программа не будет иметь большого влияния на сложный показатель. Положительным моментом здесь является то, что одни и те же наборы данных могут отвечать обоим совокупностям потребностей – вопрос только в объединении или детализации данных. При разработке инструментов для сбора данных и при анализе важно помнить о потенциальных возможностях их использования. Преждевременное объединение в процессе сбора данных или анализа может означать, что в дальнейшем будет невозможно рассчитать детализированные показатели, чтобы обеспечить потребности руководителей программ или проектов.

2.4 План сбора и анализа данных

После принятия решения о том, что именно необходимо измерять, следует разработать четкий план. Этот план должен предусматривать все необходимые показатели и учитывать все основные мероприятия по сбору информации в стране с целью наиболее эффективного использования ресурсов при сборе данных. Например, можно запланировать проведение масштабного общенационального исследования семей, чтобы выяснить состояние репродуктивного и сексуального здоровья. Такие исследования дорогостоящи и, как правило, проводятся нечасто; они позволяют собрать самые разные данные, которые могут быть важными для мониторинга прогресса национальной программы. Например, их можно расширить и включить вопросы об использовании услуг женских консультаций, и эту информацию можно будет использовать при анализе данных о распространенности ВИЧ-инфекции. Можно также рассмотреть вопрос о сиротах в домохозяйствах, - эта информация может быть использована для анализа данных о помощи сиротам. Самой известной международной программой исследования семьи является Исследование демографии и показателей здравоохранения (ИДЗ). Во многих развивающихся странах исследования ИДЗ проводятся приблизительно раз в пять лет. Кроме того, постоянные переписи населения, которые обычно проводятся каждые десять лет, могут включать вопросы, который могут помочь провести мониторинг некоторых областей программной деятельности, главным образом, ее демографического и семейного воздействия.

Включение СПИД-модуля в ИДЗ может быть достаточным для получения данных по определенным ключевым показателям на национальном и субнациональном уровне. Таким образом, при разработке плана сбора данных необходимо, по возможности, учитывать время проведения последнего и следующего ИДЗ

При сборе данных нужно не забывать включать данные, которые уже собраны учреждениями, которые непосредственно не занимаются борьбой с ВИЧ-инфекцией, но могут помочь в мониторинге тенденций и видов поведения в связи с ВИЧ-инфекцией. Данные, полученные программами по борьбе с туберкулезом, могут

быть полезными для иллюстрации тенденций развития ВИЧ-инфекции, в частности, среди мужского населения, по которому данные дозорного эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией недостаточны. Программы по репродуктивному здоровью могут уже иметь данные об использовании услуг или сексуальном поведении, что избавляет от необходимости сбора определенных данных при проведении исследований населения в целом или в учреждениях системы здравоохранения. В плане сбора данных следует указывать системы, с помощью которых данные из других источников будут собираться, передаваться и анализироваться системой мониторинга и оценки ВИЧ-инфекции.

План сбора данных должен определить систему формирования выборки и частоту сбора данных. В нем будет предусмотрено, кто за что отвечает, сколько это будет стоить и кто будет платить. Поскольку немногие страны обладают достаточными финансовыми и кадровыми ресурсами для сбора всей информации, необходимой для осуществления мониторинга их программ, процесс детализации ответственности и бюджета часто приводит к пересмотру приоритетов.

Национальная система МиО должна действовать как центр обмена информацией как для получения, так и для распространения данных. Формальный механизм проверки мероприятий по сбору данных может обеспечить, чтобы все собранные данные как можно лучше отвечали потребностям национального МиО. В общем, любая дополнительная бюрократическая процедура потенциально грозит ненужными задержками. Функцию «центра обмена информацией» не следует рассматривать в качестве одобрения процесса. Речь скорее должна идти о механизме регистрации и быстрой проверки для обеспечения того, чтобы в национальной программе знали обо всех мероприятиях по сбору данных, способных содействовать удовлетворению национальных потребностей. Это позволяет также программе проверить, соответствуют ли предлагаемые показатели национальным стандартам, выбранным программой, и обеспечивают ли возможность сравнения между разными группами населения и периодами времени. Это в особенности полезно в странах, где ответственность за сбор данных передана на провинциальный или районный уровень.

Наличие централизованной базы данных или библиотеки всех данных о ВИЧ/СПИД/ИПП очень важны для обеспечения эффективности мероприятий МиО. Следует вести учет и отслеживать все проведенные мероприятия, чтобы избежать ненужного дублирования исследований. Биологические и поведенческие данные, полученные системой эпиднадзора второго поколения, базовые исследования, академические исследования и отчеты об оценке проектов должны храниться централизованно и быть общедоступными. (Отслеживание и доступ к отчетам о проведении оценки является наиболее проблемным, поскольку многие правительственные структуры, НПО и донорские учреждения, задействованные в мероприятиях программ, неохотно делятся оценочными отчетами, в особенности, если проект, о котором идет речь, не достиг значительных результатов). В базе данных должен содержаться список текущих и уже завершенных мероприятий по сбору данных, чтобы избежать дублирования исследований до опубликования их результатов. Также чрезвычайно полезно вести учет протоколов исследований и вопросников, чтобы их можно было повторить для обеспечения последовательности исследований разных групп населения и периодов времени.

К сожалению, – отчасти потому, что на сегодняшний день мероприятия по МиО вмешательств в области ВИЧ/СПИД/ИПП настолько разрозненны, – все донорские организации имеют собственные институциональные требования. Большинству руководителей программ слишком хорошо известен бесконечный поток многочисленных отчетных форм, схем регистрационных журналов и оценок промежуточного или конечного цикла. Все они могут требовать представления показателей, имеющих только минимальные отличия, но для их получения каждый раз приходится проводить новые мероприятия по сбору данных. Даже если доноры финансируют сбор данных, затраты времени и труда национальных специалистов для достижения соответствия всем этим требованиям могут быть очень велики. И все же там, где ресурсы ограничены, национальным программам тяжело отказаться от осуществления процедур, установленных многими разными организациями, которые поддерживают национальные мероприятия по противодействию эпидемии. Национальная система МиО должна учитывать потребности

стран и требования доноров, чтобы можно было минимизировать дублирование мероприятий и ненужное расходование ресурсов. Доноры все больше осознают необходимость адаптации их собственных требований к отчетности таким образом, чтобы они соответствовали хорошо разработанной и скоординированной системе национального мониторинга и оценки. Показатели, которые предлагаются в данном пособии, были одобрены значительным количеством международных организаций, поддерживающих программы по борьбе с ВИЧ-инфекцией.

Во многих странах сегодня проходит децентрализация систем здравоохранения, в ходе которой ответственность за принятие решений, планирование и распределение ресурсов передается на провинциальный или даже районный уровень. Отчасти стимулом к этому служит убеждение, что решения, принятые на местном уровне, будут в большей мере отвечать потребностям групп, на которые они направлены, чем решения, принятые в далекой столице. В наилучшем случае мониторинг распространенности ВИЧ-инфекции и оценка мероприятий по противодействию эпидемии на местном уровне действительно предоставляет информацию, которая актуальна для местных условий. В децентрализованной системе существует намного большая вероятность использования этой информации, чем общей информации, собранной на национальном уровне. Там, где системы МиО функционируют на местном уровне, потребность в центральной координации системы МиО все же существует. Показатели должны быть максимально совместимыми при гарантированном обеспечении обмена информацией между разными провинциями или районами. Кроме того, основные показатели должны собираться на национальном уровне с целью их пропаганды в центральном правительстве, а также для содействия информационным потребностям международных доноров, которые поддерживают национальные мероприятия по противодействию эпидемии. Таким образом, план национальной системы МиО должен включать руководящие указания районам относительно показателей, сбора, анализа и распространения информации.

Меносекторальные мероприятия по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции

В нескольких странах осуществляются попытки расширения мероприятий по противодействию

эпидемии ВИЧ/СПИДа, которые осуществляются сектором здравоохранения, до уровня «многосекторального подхода». Планирование, а в некоторых странах и реализация программ профилактики ВИЧ-инфекции и ухода за больными СПИДом расширяются и сегодня включают социальный и экономический секторы. На сегодняшний день о межведомственном подходе больше говорится, чем делается. Однако, если достаточная доля программ по борьбе с ВИЧ-инфекцией действительно перейдет от министерства здравоохранения к другим секторам, межведомственный подход предоставит новые возможности для сбора большего количества данных и будет иметь более широкую базу влияния на принятие решений. Например, данные министерства образования могут предоставить информацию о школьном обучении сирот. С другой стороны, привлечение большего количества секторов также усложнит задачи мониторинга и оценки. Чем больше рассеяны мероприятия по противодействию эпидемии, тем важнее иметь надежную систему МиО с центральной координацией, в которую каждый сектор может направлять свою информацию.

Связь показателей между разными уровнями

План сбора и анализа данных должен также обеспечивать связь показателей на разных уровнях измерения. Результаты осуществления программы должны толковаться в соотношении к затратам на программную деятельность. Итоги программы, такие, как сообщения респондентов о более частом использовании презервативов, должны анализироваться в соотношении к изменениям в результатах осуществления программы, таких как количество проданных презервативов. Тенденции распространенности ВИЧ-инфекции должны толковаться в соответствии с изменениями в сексуальном поведении. Последнее является одним из ключевых принципов инициативы «Система дозорного эпиднадзора второго поколения».

Эти международные мероприятия направлены на усиление или активизацию существующих систем надзора за ВИЧ-инфекцией и улучшение связи поведенческих данных с биомедицинским надзором за ВИЧ-инфекцией. В Перечне 4 описаны основные особенности системы дозорного эпиднадзора второго поколения.

2.5 План использования данных

Бессмысленно собирать данные, которые не могут быть или не будут использованы. Разработка четкой системы МиО должна базироваться на полном использовании данных, в особенности, на выборе наиболее уместных показателей по стране. Четкий план использования и распространения должен предусматривать, кто будет конечным пользователем любого из показателей, и каким образом эти данные будут ему представлены. Сюда же может быть включен план развития общей базы данных и возможность общего использования данных компонентами программ, исследователями, учреждениями-донорами и другими. Также в план можно включить систему регулярного распространения информации среди общественности. Как правило, данные, полученные системами МиО, используются тремя основными способами: пропаганда необходимости действий; планирование, пересмотр и улучшение программ; соотнесение изменений в эпидемической ситуации с осуществленными вмешательствами.

Пропаганда необходимости действий

Достоверная информация об уровне ВИЧ-инфекции и рискованных видах поведения, которые способствуют ее распространению, очень важна для формирования желания действовать. В этом смысле информация о социально-экономических последствиях эпидемии также является сильным фактором. При планировании систем МиО должностные лица системы здравоохранения должны подумать об отдельных лицах и группах, которые имеют полномочия действовать, чтобы изменить ход эпидемии. Должностные лица системы здравоохранения должны предоставлять данные, которые смогут убедить эти группы в необходимости действовать, и должны представить данные в таком виде, чтобы они отвечали потребностям их аудитории.

Планирование, пересмотр и улучшение программ

И системы мониторинга, и оценочные исследования генерируют информацию, которая должна использоваться для улучшения существующих программ и планирования более эффективных вмешательств в будущем. Мониторинговую информацию можно сразу же

применять в программной деятельности с целью исправления слабых сторон и улучшения качества исполнения. С помощью этого механизма можно получать информацию о том, правильно ли осуществляется вмешательство, соответствует ли оно бюджету, приводит ли оно к подготовке желаемого количества медицинских сестер или к запланированному росту числа торговых точек, где продаются презервативы. Оценка результатов может использоваться как информация при разработке будущих программ, поможет принять решение о повторении вмешательства в других сферах или об отказе от него, поскольку оно требует много средств и не приводит к изменениям.

Информация о распространенности ВИЧ-инфекции, ИПП и рискованном поведении, полученная системой дозорного эпиднадзора второго поколения, должна вызывать быструю реакцию со стороны разработчиков программ, указывая на новые группы риска и виды поведения, которые больше всего требуют вмешательства.

Соотнесение изменений с вмешательствами и формирование ресурсов

Существует мнение, что ничто так не содействует успеху, как сам успех. Если успехи в профилактике ВИЧ-инфекции или уходе за больными не измеряются и не учитываются, то теряется возможность развивать дальнейший успех. Оценочные исследования, которые подтверждают успешность конкретных вмешательств или национальных мероприятий по противодействию эпидемии, являются средствами, которые способствуют тому, чтобы вопрос ВИЧ-инфекции находился на видном месте в повестке дня. Они способствуют увеличению финансирования мероприятий по профилактике и снижению последствий эпидемии и могут привлечь дополнительные ресурсы для проведения мониторинга и оценки.

Однако успехи никогда не следует преувеличивать. Они скорее свидетельствуют об успешности стратегий, а не о полной победе. Мнение, что война уже выиграна, часто приводит к спаду интереса и сокращению ресурсов. Во многих странах всесторонние проверки программ осуществляются в рамках регулярного цикла планирования. Поскольку страны переходят к более стратегическим, менее нормированным структурам планирования программ по борьбе с ВИЧ-инфекцией, то проверки и анализ ситуации, которые им предшествуют, становятся более

масштабными. Кроме того, в планирование вовлекается более широкий спектр специалистов, представителей всех секторов правительства и других организаций, задействованных в мероприятиях по противодействию эпидемии. Стратегическое планирование дает прекрасную возможность проверить саму структуру МиО, обеспечить актуальность показателей и охват всех приоритетных областей мероприятий по противодействию эпидемии, а также создать механизмы постоянного обмена данными в тех областях, где их еще нет.

Перечень 4: Системы дозорного эпиднадзора второго поколения: Что нового?

Системы второго поколения рассматривают поведение, а также ВИЧ-инфекцию

Традиционные системы надзора отслеживали ВИЧ-инфекцию или другие биологические признаки риска, такие, как ИПП. Поскольку распространение ВИЧ-инфекции среди взрослых связано с определенными видами поведения, такими, как незащищенный секс с инфицированным партнером или инъекции зараженными иглами, то мы знаем, что если эти виды поведения изменятся, изменится и распространение ВИЧ-инфекции. Системы дозорного эпиднадзора второго поколения осуществляют мониторинг рискованного поведения, используя это для предупреждения или объяснения изменений в уровнях инфекции. Таким образом, система дозорного эпиднадзора второго поколения использует данные поведенческого надзора для толкования данных, собранных в ходе осуществления мероприятий серологического надзора.

Системы дозорного эпиднадзора второго поколения создаются в соответствии с типом эпидемии

По мере того, как разнообразие эпидемий ВИЧ-инфекции становится все более заметным, очевидным становится и то, что не существует какой-либо «универсальной» системы надзора для всех случаев. Эффективный надзор за преимущественно гетеросексуальной эпидемией в стране, где каждый шестой взрослый инфицирован, будет радикально отличаться от надзора в стране, где уровень ВИЧ-инфекции быстро возрастает среди потребителей инъекционных наркотиков, но где эпидемия еще не распространилась среди населения в целом. Как правило, системы надзора можно разделить на три общих типа, которые напрямую связаны с типом эпидемии:

- При *генерализованных* эпидемиях, когда более одного процента всего населения ВИЧ-инфицировано, системы надзора сосредотачиваются на мониторинге ВИЧ-инфекции и рискованного поведения населения в целом.
- При *концентрированных* эпидемиях, когда ВИЧ-инфекция поражает свыше пяти процентов любой группы населения с высоким риском инфицирования (таких, как потребители инъекционных наркотиков, работники секс-бизнеса, мужчины, имеющие секс с мужчинами), системы надзора осуществляют мониторинг инфекции в этих группах и обращают особое внимание на поведенческие связи между представителями этих групп и населением в целом. Может, например, рассматриваться вопрос о том, есть ли жены или подруги у мужчин секс-бизнеса, практикуют ли секс-бизнес наркопотребители для получения денег на покупку наркотиков. В этих ситуациях системы надзора осуществляют также мониторинг населения в целом на предмет наличия рискованного сексуального поведения, которое может привести к быстрому распространению вируса, если он попадет в эту группу населения.
- При *умеренных* эпидемиях, когда в любой из групп фиксируется относительно низкий уровень ВИЧ-инфекции, системы надзора сосредотачиваются, в основном, на высокорискованном поведении в поиске изменений в поведении, которые могут привести к вспышке инфекции. Такие изменения недавно были зарегистрированы в нескольких странах Восточной Европы, где рост потребления инъекционных наркотиков сопровождался быстрым распространением ВИЧ-инфекции.

Системы дозорного эпиднадзора второго поколения используют данные таким образом, чтобы максимально повысить их способность объяснить эпидемию

Классическая система надзора в дородовых женских консультациях (ДЖК) может показать, что распространенность ВИЧ-инфекции среди женщин в возрасте 15-49 лет, посещающих ДЖК, быстро возросла с 0 до 12% за восемь лет, после чего выровнялась. На стадии возрастания тенденция к росту означала увеличение числа новых случаев инфекции (рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией), вероятно во всех возрастных группах. Но как только кривая выровнялась, эти цифры уже мало что объясняют. Распространенность может оставаться неизменной по любым причинам: например, из-за того, что умирает столько же женщин, сколько отмечается новых случаев инфекции, или из-за того, что многие инфицированные женщины не беременеют и поэтому не попадают в группу женщин, которые проходят тестирование в пунктах дозорного эпиднадзора.

Некоторые из этих проблем с толкованием данных могут быть уменьшены путем сосредоточения анализа на наиболее молодой группе женщин. Данные по этой группе меньше подвержены погрешностям в связи со смертностью или ограниченной рождаемостью, а инфицирование, скорее всего, отображает последние тенденции в эпидемии. Анализ данных ДЖК вместе с данными из других источников, например, опросов населения в целом или поведенческих исследований, повышают также объяснительную способность систем серологического надзора. Необходимость сосредоточить внимание на молодых женщинах в женских консультациях была признана несколько лет назад, когда ВОЗ/ВПС выделили два специальных показателя профилактических мероприятий для оценки распространенности ВИЧ-инфекции и сифилиса среди женщин в возрасте 15-24 лет.

Системы дозорного эпиднадзора второго поколения используют ресурсы наилучшим образом

Сосредоточивая внимание надзора на тех областях, где он дает больше всего информации, и, приспособив систему к возможностям страны, система дозорного эпиднадзора второго поколения обеспечивает наиболее эффективное использование денежных средств и труда специалистов. Например, тщательно выбираются пункты дозорного эпиднадзора, чтобы обеспечить получение надежной информации из минимального количества таких пунктов, а выборка с целью сбора поведенческих данных учитывает пункты дозорного эпиднадзора, чтобы можно было сделать обоснованные выводы при сравнении поведенческих и серологических данных. Усиленные системы надзора стремятся также обеспечить, чтобы все собранные данные действительно использовались, что, как ни удивительно, не наблюдалось в прошлом. Например, данные ДЖК о сифилисе редко анализировались с целью надзора. Несмотря на близость между ВИЧ-инфекцией и туберкулезом, данные надзора за туберкулезом редко включаются в отчетность о надзоре за ВИЧ-инфекцией. Для получения дополнительной информации обращайтесь на www.unaids.org.

3. Показатели

Для измерения вмешательств, направленных против ВИЧ-инфекции и СПИДа, применялось множество показателей. Единственная серьезная попытка стандартизации показателей была сделана ВОЗ/Глобальной программой по борьбе со СПИДом, которые в 1994 году опубликовали набор методик для оценки программ профилактики ВИЧ-инфекции. В этом наборе определялись 10 профилактических показателей, известных как ПП1 – ПП10, с использованием пяти разных методов сбора данных. Некоторое время многие страны использовали эти ПП, зачастую приспособив их к местным обстоятельствам. Очень редко они измерялись многократно на протяжении определенного периода времени, хотя ПП были разработаны именно как средство отслеживания тенденций во времени.

Одной из причин того, что ПП не использовались широко и достаточно долго, является то, что многие страны считали, что эти показатели не дают данных, отвечающих наиболее актуальным потребностям их программ в оценке и планировании, особенно в условиях развивающейся эпидемии. Более того, исследование всех 10 ПП дорого стоит, и в тех странах, которые не получали для этого внешнего финансирования, приходилось заменять их другими специальными измерениями. Некоторые страны вообще не имеют планов МиО, которые бы включали ПП.

В нескольких странах недавние исследования ИДЗ включали СПИД-модуль. Однако вопросы этих исследований несколько отличались от тех вопросов, которые задавались при опросах населения, разработанных для формулирования ПП, поэтому профилактические показатели не всегда могут быть рассчитаны с помощью данных ИДЗ. Хотя измеряемые факторы остаются, в основном, одними и теми же – например, рискованное сексуальное поведение или доступ к качественному уходу за больными ИПП – предлагается большое количество разнообразных методов сбора данных, знаменателей, базовых периодов и т.п. Это приводит к трудностям при сравнении тенденций во времени в странах и в результате делает почти невозможным проведение сравнений между странами.

Одна из главных целей этого пособия – еще раз подтвердить важность выбора стандартных

показателей и многократного их измерения на

протяжении некоторого времени. По мере того, как страны пересматривают свой опыт мониторинга и оценки, они определяют сильные и слабые стороны существующих методов измерений и намечают новые области, в которых нужны новые показатели. Предлагаемые в этом разделе показатели базируются на этом процессе пересмотра. Протоколы измерения всех показателей в основной части пособия уже готовы, и большинство из них уже прошли полевые испытания.

Данный раздел организован по основным областям программных вмешательств. В каждом разделе кратко рассматривается, какие цели должны быть обеспечены и/или достигнуты программами по профилактике ВИЧ-инфекции/ИПП и уходу за больными СПИДом, иными словами: что нужно измерять? Ключевые вопросы определены таким образом, чтобы основное внимание уделялось ключевым областям программной деятельности. Далее идет обзор задач измерения в данной области и предлагаемые показатели. Каждый показатель описан в контексте программных целей. Подытожены требования к данным и сделана ссылка на вопросник(и) или протокол(ы) методологического набора, которые дают необходимую информацию для определения показателя.

Методологический набор можно получить на вебсайте(www.cpc.unc.edu/MOAIIP; www.unaids.org) или на CD-ROM

Выбор соответствующих показателей будет изменяться в соответствии с целями программы, которые, в свою очередь, будут определяться состоянием эпидемии. В прошлом для всех видов эпидемий предлагался единый набор «ключевых» показателей. Но разнообразие эпидемий возросло. Сегодня считается, что лучше всего предлагать два разных набора «ключевых» показателей – один для умеренных и концентрированных эпидемий, а другой – для генерализованных эпидемий. Страны будут дополнять их соответствующими дополнительными показателями, которые могут быть разработаны с помощью нижеследующего перечня. Существующие ключевые показатели для разных состояний эпидемии во многом перекрывают друг друга. Обзор показателей представлен в Перечне 5.

Перечень 5: Обзор показателей по программным областям, инструментам измерения и приоритетности для разных состояний эпидемии.

(К = Ключевой показатель; Д = Дополнительный показатель)

Показатель программной области	Инструменты измерения	Приоритетность Генерализованная эпидемия	Приоритетность Концентрированная/ умеренная
Стратегия 1 Индекс эффективности программ по борьбе со СПИДом (ИПС) 2 Затраты на профилактику ВИЧ-инфекции	Вопросник и протоколы ИПС Разрабатывается	К	К
Наличие и качество презервативов 1 Презервативы есть в наличии в масштабах страны 2 Презервативы продаются в розничной торговле 3 Качество презервативов	Протокол ВОЗ о презервативах (ПП2) Протокол сбора данных о наличии и качестве презервативов Оценочный проект МОАИР/ВОЗ/ПСИ (для показателей 2 и 3)	К К К	К Д К
Стигма и дискриминация 1 Благожелательное отношение к ВИЧ-положительным людям 2 Недискриминационные работодатели	Исследование (ЮНЭЙДС, ИДЗ, ФХИ) Протокол ЮНЭЙДС о дискриминации	К К	К К
Уровень знаний 1 Знание о профилактике ВИЧ-инфекции 2 Отсутствие неверных представлений о ВИЧ-инфекции 3 Знание о профилактике ВИЧ-инфекции среди мужчин, имеющих секс с мужчинами (МСМ) 4 Знание о профилактике ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) 5 Знание о том, что можно предотвратить передачу вируса от матери ребенку (ПМР)	Исследование (ЮНЭЙДС, ИДЗ, ФХИ) Исследование (ЮНЭЙДС, ИДЗ, ФХИ) ФХИ ОПН среди МСМ* ФХИ ОПН среди ПИН* Исследование (ЮНЭЙДС, ИДЗ, ФХИ)	К К К К	К К К К
Добровольное консультирование и тестирование (ДКТ) 1 Лица, которые обратились с просьбой о тестировании и получили результаты 2 Районы, в которых предоставляются услуги ДКТ 3 Качество консультирования и направлений 4 Центры ДКТ с минимальными условиями 5 Качество лабораторий ДКТ	Исследование (ЮНЭЙДС, ИДЗ, ФХИ) Оценка района – нет специального инструмента Протокол ЮНЭЙДС о ДКТ Протокол ЮНЭЙДС о ДКТ Протокол ВОЗ о тестировании, о безопасности крови	К К К К К	Д Д Д Д
Передача вируса от матери ребенку (ПМР) 1 Консультирование и тестирование беременных женщин 2 Услуги женских консультаций и направления в женские консультации 3 Качество консультирования по поводу ВИЧ-инфекции для беременных	Исследование (ЮНЭЙДС) Протокол ЮНЭЙДС о ПМР; протокол о ДКТ	К К	

женщин 4 Обеспечение антиретровирусной терапией	Протокол ЮНЭЙДС о ПМР; протокол о ДКТ Протокол ЮНЭЙДС о ПМР	Д Д	
Договоренность о вступлении в половые отношения и отношение 1 Способность женщин договориться о защищенном сексе	Исследование (ЮНЭЙДС, ИДЗ, ФХИ)	Д	
Сексуальное поведение 1 Рискованные сексуальные отношения за последний год 2 Использование презервативов при последнем рискованном половом акте 3 Секс в коммерческих целях за последний год 4 Использование клиентами презервативов во время последнего платного полового контакта 5 Использование работниками секс-бизнеса презерватива с последним клиентом 6 Рискованные половые отношения между мужчинами за последний год 7 Использование презерватива при последнем анальном половом акте между мужчинами	Исследование (ЮНЭЙДС, ИДЗ, ФХИ) Исследование (ЮНЭЙДС, ИДЗ, ФХИ) Исследование (ЮНЭЙДС, ИДЗ, ФХИ) Исследование (ЮНЭЙДС, ИДЗ, ФХИ) ФХИ ОПН для работников секс-бизнеса ФХИ ОПН для мужчин, имеющих секс с мужчинами* ФХИ ОПН для мужчин, имеющих секс с мужчинами *	К К Д Д Д Д К К	К К К К К К К К
Сексуальное поведение молодежи 1 Средний возраст начала половой жизни 2 Молодежь, которая практикует добрачные половые отношения 3 Использование презерватива при последнем добрачном половом акте 4 Молодежь, которая имеет многочисленных партнеров 5 Использование презерватива при последнем рискованном половом контакте 6 Использование презерватива при первом половом контакте 7 Разновозрастные половые отношения	Исследование (ЮНЭЙДС, ИДЗ, ФХИ ОПН-молодежь*) Исследование (ЮНЭЙДС, ИДЗ, ФХИ ОПН-молодежь*) Исследование (ЮНЭЙДС, ИДЗ, ФХИ ОПН-молодежь*) Исследование (ЮНЭЙДС, ИДЗ, ФХИ ОПН-молодежь*) Исследование (ЮНЭЙДС, ИДЗ, ФХИ ОПН-молодежь*) Исследование (ЮНЭЙДС, ИДЗ, ФХИ ОПН-молодежь *) Исследование (ЮНЭЙДС, ИДЗ, ФХИ ОПН-молодежь *)	К К К К К Д Д	Д Д Д Д Д Д
Потребление инъекционных наркотиков 1 Общее пользование инъекционным инструментарием среди ПИН 2 Потребители инъекционных наркотиков никогда не пользующиеся общим инструментарием 3 Использование презерватива потребителями инъекционных наркотиков при последнем половом контакте	ФХИ ОПН для потребителей инъекционных наркотиков* ФХИ ОПН для потребителей инъекционных наркотиков* ФХИ ОПН для потребителей инъекционных наркотиков*		К К Д
Безопасность крови / нозокомиальная передача инфекции 1 Проверка пунктов переливания крови 2 Ограничение количества переливаний	Протокол МОАИР о безопасности	К	К

<p>крови</p> <p>3 Районы/ области, в которых существуют станции переливания крови</p> <p>4 Случайная передача вируса в медицинских учреждениях</p>	<p>переливания крови</p> <p>Протокол МОАИР о безопасности переливания крови</p> <p>Протокол МОАИР о безопасности переливания крови</p> <p>Оценка уровня предоставления услуг (ОПУ) МОАИР</p>	<p>Д</p> <p>К</p> <p>Д</p>	<p>Д</p> <p>К</p>
<p>Уход и профилактика при ИПП</p> <p>1 Соответствующая диагностика и лечение ИПП</p> <p>2 Рекомендации о профилактике и тестировании на ВИЧ</p> <p>3 Обеспечение лекарствами при в учреждениях по лечению ИПП</p> <p>4 Поиск возможностей лечения ИПП</p>	<p>Исследование ВОЗ/ЮНЭЙДС учреждений ИПП</p> <p>Исследование ВОЗ/ЮНЭЙДС учреждений ИПП</p> <p>Исследование ВОЗ/ЮНЭЙДС учреждений ИПП, ОПУ</p> <p>Исследование (ЮНЭЙДС, ИДЗ, ФХИ)</p>	<p>К</p> <p>К</p> <p>К</p> <p>Д</p>	<p>К</p> <p>К</p> <p>Д</p> <p>К</p>
<p>Уход и поддержка</p> <p>1 Медицинский персонал, подготовленный для работы с больными СПИДом</p> <p>2 Медицинские учреждения, способные обеспечить уход</p> <p>3 Медицинские учреждения, имеющие запасы лекарств</p> <p>4 Предоставление помощи семьям по уходу за совершеннолетней молодежью</p> <p>5 Предоставление помощи семьям по уходу за сиротами</p>	<p>ОПУ МОАИР, учебная статистика</p> <p>Протокол ВОЗ об уходе и поддержке</p> <p>Протокол ВОЗ об уходе и поддержке, ОПУ</p> <p>Исследование (ЮНЭЙДС)</p> <p>Исследование (ЮНЭЙДС)</p>	<p>Д</p> <p>К</p> <p>Д</p> <p>К</p> <p>Д</p>	<p>Д</p>
<p>Последствия для здравоохранения и социальной сферы</p> <p>1 Распространенность ВИЧ-инфекции среди беременных женщин</p> <p>2 Распространенность сифилиса среди беременных женщин</p> <p>3 Распространенность ВИЧ-инфекции в группах риска</p> <p>4 Распространенность сиротства</p> <p>5 Школьное обучение сирот</p>	<p>Протоколы ВОЗ/ЮНЭЙДС о надзоре</p> <p>Протоколы ВОЗ/ЮНЭЙДС о надзоре</p> <p>Справочник ФХИ о выборках</p> <p>Исследование (ЮНЭЙДС, ИДЗ)</p> <p>Исследование (ЮНЭЙДС, ИДЗ)</p>	<p>К</p> <p>К</p> <p>Д</p> <p>К</p> <p>Д</p>	<p>К</p> <p>К</p> <p>К</p>

* Часть Обзоров поведенческого надзора (ОПН): Руководящие принципы повторяемых поведенческих исследований в группах риска инфицирования ВИЧ.

3.1 Стратегия и политическая приверженность

ВИЧ-инфекция и СПИД всегда были непростыми вопросами с политической точки зрения. Они распространяются в результате поведенческой практики, которая изначально ассоциируется с маргинальными группами. Даже когда стало понятно, что в странах, наиболее сильно пострадавших от ВИЧ-инфекции, эпидемия в основном развивалась за счет гетеросексуальной передачи, политики все равно не решались прибегать к ответным действиям. Сексуальные отношения с моногамными партнерами могут быть широко распространены, но публично это всегда не одобряется. Из опасения утратить поддержку религиозных и консервативных избирателей многие правительства неохотно признавали проблемы, вызванные ВИЧ-инфекцией, и не выделяли ресурсы для противодействия этим проблемам.

Десятилетия опыта в других таких высоко политизированных областях, как планирование семьи, показали, что сильная политическая приверженность имеет решающее значение для успеха программы в таких ситуациях.

Программные цели

Во многих странах работников программ по борьбе со СПИДом и даже работников министерства здравоохранения не нужно убеждать в важности осуществления мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции и уходу за людьми, которые живут с инфекцией и страдают от ее последствий. Их приверженность, однако, не всегда разделяют другие правительственные органы. Руководители программ по борьбе со СПИДом часто работают над тем, чтобы повысить политическую приверженность на других уровнях правительства. Они могут делать это путем общего планирования мероприятий, сбора данных о вирусе и факторах, которые способствуют его распространению, и предоставления их главе государства или министрам. Кроме того, они могут проводить учебные семинары для законодателей, религиозных лидеров, представителей деловых и других кругов, которые могут влиять на тех, кто принимает решения на высших уровнях правительства. Руководители национальных

программ часто получают поддержку в осуществлении таких мероприятий от внешних агентств, которые убеждены, что сильная политическая приверженность является определяющей для успешной деятельности программ по борьбе с СПИДом.

Одна из целей внешних учреждений и руководителей программ заключается в том, чтобы убедить политиков высшего уровня признать и понять природу и масштабы проблемы и затем, если она того заслуживает, закрепить данную проблему в национальной повестке дня. Это означает выделение фондов и других ресурсов на мероприятия по противодействию эпидемии. Это означает прекращение пустых разговоров о межведомственном подходе и переход к реальным делам. Это означает отказ от замалчивания проблем эпидемии, привлечение внимания граждан к деятельности по обузданию эпидемии и преодолению ее последствий.

Более широкая политическая приверженность решению проблем ВИЧ-инфекции неизбежно приводит к расширению национальных мероприятий по противодействию эпидемии и увеличению фондов, выделяемых на решение проблем эпидемии и предоставление ухода. Расширенные мероприятия по противодействию эпидемии также означают, что появится больше видов деятельности для мониторинга и оценки. Учет изменений в политической приверженности может стать реальной проверкой для других мероприятий МиО – если приверженность невысока и признаки ее роста не отмечаются, не следует ожидать сколько-нибудь значительного воздействия других национальных мероприятий по противодействию эпидемии.

Ключевые вопросы

- Признают ли публично национальные лидеры важность профилактики ВИЧ/СПИДа и ухода за инфицированными?
- Поддерживают ли национальные лидеры свои заявления о приверженности бюджетными обязательствами?
- Превращаются ли заявления о приверженности и бюджетные обязательства в эффективные программы по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции и СПИДа?

Проблемы измерения

Основная трудность при измерении политической приверженности заключается в нахождении объективной единицы измерения. Большинство методов измерений страдают определенным субъективизмом – это означает, что они имеют ограниченное применение при сравнении стран, но, что более важно, трудности могут возникнуть при толковании тенденций измерения за определенный период времени.

Много единиц измерения стратегий сводятся к разновидности ответа «да/нет»: применяется ли названная стратегия в данной области, существует ли совместное планирование? Такие измерения могут помочь для определения пробелов в работе, когда нужны пропаганда идей или разработка стратегий, но они не совсем пригодны для того, чтобы отслеживать нарастающие изменения стратегического «климата» во времени. Также трудно оценить с помощью показателей типа «да/нет» качественную сторону стратегий. Например, может существовать национальный стратегический план, основанный на широких консультациях заинтересованных групп. Однако его вклад в национальные мероприятия по противодействию эпидемии зависит не от его наличия, а от степени его воплощения. Это намного более трудно оценить, и, безусловно, не охватывается показателями «да/нет». Однако можно найти отражение такого плана в народнохозяйственных балансах: компоненты программы, включенные в стратегический план, которые указаны отдельной строкой в бюджете какого-либо министерства, будут реализованы с большей вероятностью, чем те компоненты, на которые не выделено финансирования.

В области планирования семьи и репродуктивного здоровья созданы сложные показатели, отображающие уровень политической поддержки предоставлению услуг в области репродуктивного здоровья. Они базируются на мнении целого ряда «экспертов», выбранных для того, чтобы отображать разнообразие институциональных и профессиональных взглядов на различные аспекты политического контекста и приверженности. Подобный показатель разрабатывается для программ по борьбе со СПИДом (Индекс эффективности программ по борьбе со СПИДом); он описан ниже в разделе «Стратегический показатель 1».

По логике, в соответствии с которой правительство вкладывает деньги в те области, где существует его реальный интерес, бюджетные ассигнования могут дать полезный показатель изменений политической приверженности во времени. Однако показатели, которые базируются на выделении средств, не всегда пригодны для сравнения стран, поскольку средства на программы по борьбе со СПИДом поступают из разных источников – как от самого правительства, так и из внешних источников.

Такой прямолинейный показатель, как доля обычного бюджета здравоохранения, направленная на борьбу с СПИДом, может не учитывать тот факт, что правительство знает, что может намного легче получить донорские средства для борьбы со СПИДом, чем на другие аспекты здравоохранения, и потому соответствующим образом распределяет собственные ассигнования. Эта динамика может влиять еще на один потенциальный показатель политической приверженности: доля всех затрат на борьбу с СПИДом, которая поступает из государственной казны.

В то время как серьезный рост объемов внутреннего финансирования борьбы с ВИЧ-инфекцией почти всегда отображает возрастание политической приверженности, обратное утверждение не обязательно справедливо, поскольку рост политической приверженности может в той же мере выражаться в активном поиске внешнего финансирования деятельности, которая касается ВИЧ-инфекции. Кроме того, повышение уровня внешнего или внутреннего финансирования национальной программы не обязательно приводит к улучшению мероприятий по противодействию эпидемии – имеет значение и то, каким образом используется это финансирование в работе.

Действительно, учитывая деликатность проблемы ВИЧ/СПИДа с политической точки зрения, а также относительную слабость многих правительственных программ по борьбе со СПИДом, работникам программ будет гораздо сложнее рассчитать политические показатели, чем показатели в других областях программной деятельности, таких, как уход за больными ИПП или сексуальное поведение. Это именно та область МиО, которая больше всего требует внешней оценки, хотя ясно, что такая оценка должна проводиться вместе с национальной программой.

Стратегический показатель 1 Индекс эффективности программ по борьбе со СПИДом (ИПС)

Ключевой показатель для всех типов эпидемий

Определение

Среднее количество оценочных баллов, присвоенных национальной программе определенной группой экспертов, которые оценивали достижения в более чем 90 отдельных областях программной деятельности, сгруппированных в 10 основных компонентов

Методы измерения

Вопросник и протокол Индекса эффективности программ по борьбе со СПИДом (ИПС)

Что измеряется данным показателем

Индекс эффективности программ по борьбе со СПИДом является составным показателем, разработанным для измерения политической приверженности и программных мероприятий в области профилактики ВИЧ-инфекции и ухода за больными. С его помощью можно собрать данные о многих затратах и результатах национальной программы борьбы с ВИЧ/СПИДом. Сумма баллов состоит из 10 основных компонентов действенных национальных мероприятий по противодействию эпидемии: политическая поддержка, формулирование стратегии, организационная структура, программные ресурсы, оценка и исследования, правовые и регуляторные аспекты, права человека, профилактические программы, программы по уходу и наличие услуг.

Как измерить данный показатель

ИПС использует ключевые источники информации из определенных учреждений, которые сообщают свои мнения о центральных областях приверженности и программной деятельности, составляя показатель на основе баллов по разным областям. Балл, который рассчитывается в процентах, где 0% указывает на отсутствие программных мероприятий, а 100% - на максимальный объем этих мероприятий, может быть представлен в виде оценки, чтобы минимизировать различия в

информации из разных источников. Предлагаемые оценки варьируются от очень низких и низких до удовлетворительных, высоких и очень высоких, в зависимости от диапазона числовых значений.

Сильные стороны и ограничения

Основным вопросом при вычислении ИПС является его субъективность и степень достоверности. Результат полностью зависит от выбора источников информации, а эти источники могут меняться ежегодно. Поскольку показатель все еще находится в процессе разработки, выбор источников информации до сих пор не стандартизирован.

Также возникают вопросы относительно практичности использования единого составного балла, который может указывать на улучшение в некоторых областях, но в то же время не отмечать ухудшения в других. Для целей диагностики и мониторинга полезнее будет просто публиковать отдельные показатели по категориям. Суммы баллов по отдельным категориям могут подаваться как отдельные показатели, хотя для нескольких областей программной деятельности в данном документе предлагаются альтернативы, которые базируются скорее на измерении параметров, а не на мнении экспертов, и потому могут быть более полезными для отслеживания тенденций во времени.

Одной из областей, в которой процесс ИПС может дать чрезвычайно полезный показатель, является область формулирования стратегии (Раздел 20 протокола ИПС).

Стратегический показатель 2 Затраты на программы профилактики ВИЧ-инфекции

В то время, когда это пособие было отправлено в печать, данный показатель все еще разрабатывался. Протокол был разработан программой «Региональная инициатива по борьбе с ВИЧ/СПИДом для Латинской Америки» (СИДАЛАК). Он успешно использовался в нескольких латиноамериканских странах, включая Бразилию, Гватемалу, Мексику и Уругвай. В начале 2000 года он еще не прошел полевых испытаний ни на одном другом континенте. Национальные учетные структуры в Латинской Америке довольно хорошо развиты, и доступ к информации о бюджетных ассигнованиях относительно просто получить. В других регионах ситуация может быть иной. Есть мнение, что разработанные методологии необходимо испытать в полевых условиях в более разнообразных условиях, прежде чем рекомендовать их использование в качестве основного или дополнительного показателя.

Предлагаемое определение

Сумма денежных средств, выделенная в национальных бюджетах на профилактику ВИЧ-инфекции и программы по уходу в расчете на одного взрослого в возрасте 15-49 лет.

Методы измерения

Протокол СИДАЛАК об измерении бюджетных затрат на борьбу с ВИЧ-инфекцией и СПИДом.

Что измеряется данным показателем

Измерение затрат указывает на готовность правительства поддерживать стратегии ресурсами, которые позволяют осуществлять эти стратегии. Этот показатель измеряет размеры бюджетных ресурсов, выделенных правительством на мероприятия по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции.

Методология позволяет отдельно учитывать средства, потраченные на профилактику и уход.

Сильные стороны и ограничения

Этот показатель ограничивается затратами и ассигнованиями из национального бюджета. Он включает денежные кредиты международных учреждений, которые на деле могут представлять собой средства, заимствованные под 30 или менее процентов от действующих ставок кредитного рынка. Это может зависеть от приоритетов кредитных учреждений и заемщиков, но, поскольку эти деньги, в конце концов, придется возвращать национальным налогоплательщикам, это тоже учитывается для целей данного показателя.

Затраты двусторонних доноров, неправительственных организаций и частного сектора здесь не учитываются. Известно, что во многих странах затраты из этих источников намного превышают затраты национальных бюджетов. В то же время, важно помнить, что целью этого показателя является не измерение наличия ресурсов, а определение уровня политической приверженности относительно мероприятий по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции со стороны национальных правительств. Политические приоритеты всех правительств отображаются в их затратах и ассигнованиях внутренних ресурсов. Изменения в финансировании программ по профилактике ВИЧ-инфекции и уходу, таким образом, являются надежным показателем того, насколько большое политическое значение придается мероприятиям по противодействию эпидемии по сравнению с другими приоритетами, такими как оборона, образование или развитие инфраструктуры.

Основная слабость этого показателя заключается в том, что с его помощью трудно учесть затраты на профилактику ВИЧ-инфекции в других секторах. Имеющийся опыт свидетельствует, что даже в странах, где существует крайне ограниченный доступ к лечению антиретровирусными препаратами, большая часть выделяемых средств расходуется на лечение. Это может отображать тот факт, что легче обнаружить затраты на уход, чем затраты на профилактику, которые могут быть включены в другие бюджетные расходы, например, на образование. Однако следует отметить, что страны, достигшие больших успехов в организации действительно интегрированных мероприятий по противодействию эпидемии – например, Таиланд – как правило, также выделяют значительные бюджетные средства на профилактику ВИЧ-инфекции и уход в

дополнение к ассигнованиям, которые осуществляются другими секторами.

Там, где мероприятия по профилактике ИПП/ВИЧ и уходу за больными глубоко интегрированы в деятельность официального сектора здравоохранения на всех уровнях, также будет тяжело фиксировать фактические затраты на программы, которые касаются ВИЧ-инфекции. Повторимся, что этот показатель больше предназначен для определения политической приверженности, чем наличия ресурсов. Пока эта неточность не влияет на тенденции во времени, она не очень сильно ограничивает пригодность показателя. Однако, при возможности, следует детализировать затраты на профилактику и уход в этом показателе, поскольку на этот баланс могут влиять политические приоритеты. Рост затрат на уход может скрывать снижение затрат на профилактические мероприятия. Это может вызвать беспокойство с точки зрения политической приверженности. Профилактика необходима во всех странах, в то время как спрос на услуги по уходу будет зависеть от стадии эпидемии. Правительство, выражающее политическую приверженность мероприятиям по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции, будет поддерживать затраты на профилактику даже если потребности в уходе будут расти по мере того, как первые инфицированные начнут болеть и умирать.

Этот показатель рассчитывается на душу населения для взрослых. Он не учитывает состояние эпидемии в стране и, таким образом, является намного более полезным для отслеживания тенденций в стране во времени, чем для сравнения разных стран. (Понятно, что 10 долларов на каждого взрослого, израсходованные на профилактику ВИЧ-инфекции и уход в стране, где только один из 1000 взрослых инфицирован вирусом, это лучше, чем 10 долларов на одного взрослого в стране, где инфицирован каждый третий взрослый.) В странах с надежными оценками количества ВИЧ-инфицированных можно рассчитать показатель, отражающий затраты в соответствии с состоянием эпидемии. В этом случае показателем будет сумма бюджетных ассигнований на профилактику ВИЧ-инфекции и уход, деленная на количество ВИЧ-инфицированных. Однако любая неточность оценок количества инфицированных людей может существенно повлиять на этот показатель, поэтому он не рекомендуется как стандартный.

3.2 Наличие презервативов и их качество

Программные цели

Поскольку в большинстве стран распространению ВИЧ-инфекции способствует не секс сам по себе, но незащищенный секс, обеспечение более частого использования презервативов стало центральной стратегией вмешательства для многих программ по борьбе со СПИДом. Наличие высококачественных презервативов и легкий доступ к ним являются предпосылкой для их использования.

Существует целый ряд методов измерения доступа к презервативам. Во-первых, они должны быть в наличии в стране и либо производиться, либо импортироваться в достаточном количестве, чтобы обеспечивать потребности населения. Во-вторых, они должны распространяться в стране и быть легкодоступными для тех людей, которым они нужны. В-третьих, они должны быть доступными по цене. Другие измерения доступности включают реальные или мнимые препятствия в приобретении презервативов, такие как возрастные ограничения для тех, кто может их приобрести, или социальные препятствия для женщин или молодых людей, приобретающих презервативы.

Качество презервативов также имеет большое значение, поскольку, если они низкого качества (из-за некачественного производства или плохого хранения), они не обеспечат эффективной защиты. В некоторых случаях, ложные представления о том, что презервативы не защищают от передачи ВИЧ-инфекции, поддерживались вследствие распространения низкокачественных презервативов. Поскольку более широкое использование презервативов является одним из ключевых способов сдерживания эпидемии, важно обеспечить доступные запасы презервативов высокого качества.

Как правило, программы по борьбе со СПИДом должны способствовать обеспечению доступности высококачественных, недорогих презервативов для всех, кто будет вступать в сексуальные отношения, по возможности, вблизи мест, где рискованный секс вероятнее всего может иметь место. Например, наличие

презервативов в питейных или танцевальных заведениях облегчит доступ к ним – многие национальные программы начали включать такие вмешательства в ответ на реалии человеческого поведения.

Измерение эффективности вмешательства будет требовать, чтобы в новые методы включались оценки распространения презервативов в нетрадиционных торговых и социальных учреждениях.

Тот факт, что презервативы имеются в наличии, еще не означает, что они используются. Показатели использования презервативов рассматриваются в разделе о сексуальном поведении.

Ключевые вопросы

- Существует ли национальная стратегия социального маркетинга презервативов?
- Везде ли одинаково доступны презервативы в стране?
- Доступны ли презервативы потребителям в нужное время, в нужном месте и по доступной цене?
- Все ли презервативы сохраняют высокое качество к тому времени, когда они попадают к потребителю?

Проблемы измерения

Наличие презервативов должно быть одной из самых легких областей программной деятельности для отслеживания. Презервативы либо есть, либо отсутствуют – вроде бы, это можно точно определить? К сожалению, неразвитые информационные системы, большое количество источников поставки презервативов и проблемы отчетности не способствуют простоте измерения. Помимо простого отсутствия презервативов есть и другие, зачастую субъективные, препятствия к их доступности, которые трудно измерить. Презервативы могут быть широко доступными, например, в аптеках. Но как это поможет женщине, которая неожиданно решит вступить в сексуальные отношения с новым партнером, когда все аптеки уже закрыты? Если презервативы недоступны для нее на этом этапе, то достигла программа своих целей, или нет?

В предшествующих попытках измерить наличие презервативов на местном уровне (например, с помощью Профилактического показателя 3 ВОЗ/ВПС) были объединены данные исследования розничной торговли и

анкеты опросов населения, когда респондентов спрашивали, знают ли они, где можно найти презервативы. Однако ответы на вопросы отдельных анкет иногда плохо соотносятся с фактическими схемами распространения. Поэтому такие методы измерения имеют ограниченное применение при оценке успеха распространения презервативов в масштабах страны.

Все показатели наличия презервативов и их доступности могут быть в равной степени использованы и для женских презервативов.

Показатель наличия презервативов 1 Наличие презервативов для распространения в масштабах страны

(Профилактический показатель 2 ВОЗ/ВПС)

Ключевой показатель для всех типов эпидемий

Определение

Общее количество презервативов, имеющихся для распространения в масштабах страны на протяжении предшествующих 12 месяцев, деленное на общую численность населения в возрасте 15-49 лет. Этот показатель раньше назывался Профилактический показатель 2 ВОЗ/ВПС.

Методы измерения

Протокол ВОЗ/ВПС для оценки наличия презервативов для распространения на центральном и местном уровне.

Что измеряется данным показателем

Даже самая лучшая система распространения в мире будет бесполезной, если нечего распространять. Первоочередной задачей для национальных программ, содействующих распространению презервативов, является обеспечение достаточного количества презервативов в стране, чтобы удовлетворить спрос. Этот показатель измеряет количество имеющихся презервативов для использования представителями сексуально-активной возрастной группы. Там, где ведется активная работа по пропаганде женских презервативов, в показатель должны включаться как женские, так и мужские презервативы, хотя показатель следует детализировать по видам презервативов.

Этот показатель может использоваться вместе с показателями сексуального поведения, для получения достоверной картины обеспечения презервативами. Например, если треть всех мужчин в возрасте 15-49 лет сообщает, что они имели нерегулярные половые отношения в минувшем году, и 20 процентов супружеских пар говорят, что они использовали презервативы для предотвращения беременности, а в наличии имеется только три

презерватива на год в расчете на одного сексуально-активного взрослого, то можно сделать вывод, что запасы презервативов в стране недостаточные и не могут удовлетворить потенциальный спрос.

Как определить данный показатель

Показатель измеряется путем оценки количества презервативов (мужских и женских), имеющихся в стране на протяжении последних 12 месяцев. Ключевые источники информации определяются и интервьюируются с целью выявления всех возможных источников производства, импорта, распространения и хранения презервативов. После этого собираются данные от всех производителей и основных коммерческих распространителей, а также крупнейших доноров, складов презервативов, правительства, государственных структур и органов НПО, участвующих в приобретении и распространении презервативов.

В этом показателе к данным о запасах презервативов в стране в начале 12-месячного периода прибавляется объем импорта презервативов в течение этого 12-месячного периода и объем производства презервативов в стране за этот же период, и из этого вычитаются любые поставки на экспорт за этот же период. После чего общее количество презервативов, имеющихся в стране на протяжении последних 12 месяцев, делится на общую численность населения в возрасте 15-49 лет.

Сильные стороны и ограничения

Количество презервативов, имеющихся на центральном уровне, помогает оценить достаточность общего наличия презервативов. Однако следует отметить, что «наличие» вовсе не означает «доступность», которая определяется такими факторами как цена, местонахождение и доступ для групп населения, которые подвергаются риску незащищенного секса и ВИЧ-инфекции. Очень часто не все имеющиеся презервативы распространяются или достигают тех, кому они больше всего нужны для защиты от ВИЧ-инфекции. Этот показатель сам по себе не может дать представление о том, какое количество презервативов, имеющихся в наличии, фактически распространяется или используется.

Как ни парадоксально, мероприятия на национальном уровне, направленные на

пропаганду использования презервативов, иногда усложняют измерение данного показателя. Во многих странах импорт презервативов осуществляется децентрализованно в связи с угрозой эпидемии СПИДа, чтобы максимально увеличить количество имеющихся презервативов. Это означает, что презервативы могут импортироваться множеством компаний, НПО, донорами и правительственными структурами (министерством здравоохранения, министерством обороны и т.п.) без обязательного информирования центральных органов об объемах импорта. Традиционно существует также отличие между презервативами, которые распространяются через программы планирования семьи, и теми, которые распространяются с целью снижения ИПП. Важно учитывать оба источника. По возможности, данные должны предоставляться программой, поскольку презервативы, которые распространяются в рамках программы планирования семьи изначально предназначены для использования при сексуальных отношениях относительно низкого риска между стабильными моногамными партнерами, тогда как презервативы, которые распространяются программами по борьбе со СПИДом, предназначены для использования при рискованных сексуальных отношениях.

Если деятельность по пропаганде использования презервативов направлена на маркетинг презервативов по сниженным ценам для людей, которые, вероятно, будут заниматься рискованным сексом (социальный маркетинг), то объем продаж отдельных марок презервативов также может обеспечить полезный показатель успеха программы. Организации, ответственные за социальный маркетинг презервативов, как правило, ведут точный учет презервативов, распространенных для розничной продажи. Хотя эти данные только частично раскрывают картину наличия презервативов, они являются очень недорогим источником информации для Национальной программы по борьбе со СПИДом, и могут быть очень полезными для пропагандистских целей. Возрастание количества произведенных в стране или импортированных, или проданных презервативов может быть полезным для поддержки других показателей, которые измеряют рост числа сообщений об использовании презервативов, или снижение числа сообщений о заболеваниях ИПП и, в конце концов, о распространенности ВИЧ-инфекции.

Показатель наличия презервативов 2 Точки розничной торговли и службы, которые имеют запасы презервативов

(Модифицированный профилактический показатель 3 ВОЗ/ВПС)

Ключевой показатель для генерализованных эпидемий;

Дополнительный – для концентрированных эпидемий

Определение

Процент произвольно выбранных точек розничной торговли и пунктов предоставления услуг, которые имеют в ассортименте презервативы во время проведения исследования, относительно всех точек розничной торговли и пунктов предоставления услуг, отобранных для исследования.

Методы измерения

Протокол сбора данных о наличии и качестве презервативов - Оценочный проект МОАИР/ВОЗ/ПСИ

Что измеряется данным показателем

Этот показатель измеряет фактическое распространение презервативов в выбранных точках - в любой из этих точек в определенный момент времени. Он отображает успешность попыток расширить распространение презервативов среди тех, кому они необходимы, в тех местах и в такое время, когда они им, вероятно, понадобятся.

Как измеряется данный показатель

Для исследования розничной продажи произвольно выбираются несколько точек разного типа. Структура выборки должна быть стратифицированной, чтобы отображать данные по точкам как в городской, так и в сельской местности. Точки будут выбираться из стандартного списка мест, где должны быть презервативы, включая бары и ночные клубы, разные типы розничных торговых точек (например, аптеки, супермаркеты, ночные магазины, киоски на городском рынке, бензозаправочные станции), клиники по лечению ИПП и прочие пункты предоставления

услуг. Необходимо включить пункты, которые предоставляют услуги людям, которым трудно купить презервативы в обычных местах, например, подросткам. Показатель представляет собой количество торговых точек, в ассортименте которых в данное время есть презервативы, деленное на общее количество обследованных точек.

Показатель дает одну суммарную цифру, но данные могут также быть детализованы по видам торговых точек. Это дает бесценную информацию руководству программ, а также тем, кто старается улучшить продажу презервативов. Виды торговых точек можно анализировать по количеству населения, которое они намереваются обслужить. Это дает представление о том, удовлетворяют ли мероприятия потребности людей, которые потенциально могут практиковать рискованное поведение, например, молодежи или представителей мобильных профессий.

Сильные стороны и ограничения

Во многих странах управления статистики или министерства финансов проводят постоянные (как правило, ежеквартальные) исследования розничной торговли, включающие данные о ценах и наличии самых разных товаров. Обычно они проводятся для того, чтобы определить индекс потребительских цен и другие экономические статистические данные, и зачастую осуществляются частными фирмами, которые исследуют возможности рынка на контрактной основе. Они обычно используют проверенные системы выборки, которые охватывают самые разные места по всей стране. Там, где такие исследования проводятся, презервативы можно просто добавить к списку товаров, о которых собираются данные. Некоторые пункты (такие, как клиники ИПП, клиники планирования семьи и т.п.) могут не охватываться обычными исследованиями розничной торговли; в этом случае можно провести специальные исследования этих дополнительных пунктов, чтобы получить необходимые дополнительные данные.

Такие пункты, как бары, места, где собирается молодежь, и другие места с высоким уровнем вероятности передачи вируса могут не входить в текущую выборку при исследовании розничной торговли. Может оказаться необходимым определить такие места с помощью ключевых источников информации.

Однако, в целом, затраты национальной программы по борьбе со СПИДом на включение презервативов в исследования розничной торговли должны быть минимальными (с точки зрения кадровых и финансовых ресурсов).

В целях данного показателя рекомендуется использовать стандартный список мест для проведения исследования розничной торговли. Однако некоторые страны могут решить модифицировать этот список и включить нестандартные места, распространение презервативов в которых требует приложения особых усилий – одним из примеров могут служить средние школы. Иногда тяжело определить все, особенно неофициальные, места распространения. Кроме того, не все такие места представляют интерес. Это в особенности касается умеренных или концентрированных эпидемий, где основное внимание сосредоточено на распространении презервативов среди четко определенной группы населения с крайне высоким уровнем риска. Тот факт, что презервативы широко не распространяются в ночных магазинах страны, не является показателем неудачи программы в данной ситуации.

Иногда страны решают сравнить разные виды торговых точек при определении совокупного показателя. Для этого не существует какой-либо стандартной процедуры сравнения. Любые различия торговых точек или коэффициентов измерения будут влиять на сравнение стран по этому показателю. Эти ограничения не влияют на представление данных, детализированных по видам торговых точек, и не должны влиять на тенденции во времени в отдельной стране до тех пор, пока не изменится выборка торговых точек.

Ограничение измерения заключается в том, что оно дает «стоп-кадр» наличия продукции в определенный момент времени. Там, где распространение носит относительно постоянный характер, это не составляет существенных проблем. Однако, если существуют серьезные диспропорции в поставках презервативов на центральном уровне, последствия могут ощущаться одновременно в значительном количестве мест. Если исследование проводится в данное время, то может показаться, что система распространения на местах неадекватна, а на самом деле причину неудач следует искать на центральном уровне. В странах, где проводятся

ежеквартальные исследования продаж, можно подготовить отчет о среднегодовом показателе, чтобы лучше отобразить непрерывность поставок.

Показатель наличия презервативов 3 Презервативы, которые отвечают стандартам качества

Ключевой показатель для всех типов эпидемий

Определение

Процент презервативов, запасы которых имеются на центральном уровне и в точках розничной продажи и которые отвечают требованиям ВОЗ к качеству.

Методы измерения

Протокол сбора данных о наличии и качестве презервативов Оценочного проекта МОАИР/ВОЗ/ПСИ

Что измеряется данным показателем

Качество презервативов и срок их пригодности определяет их эффективность для профилактики ВИЧ-инфекции, ИПП и предотвращения беременности. Кроме того, качество (в особенности низкое качество) влияет на общественное восприятие ценности презервативов, что, в свою очередь, может оказать большое влияние на успех профилактических программ.

Существует много этапов, на которых качество презервативов может ухудшиться настолько, что они станут непригодными. Во-первых, презервативы могут быть некачественно изготовлены, а во-вторых, контроль качества у производителя может быть неадекватным. Презервативы могут храниться в несоответствующих условиях на центральном уровне. Или же они могут быть в прекрасном состоянии во время их распространения, но будут два месяца находиться на солнце в киоске, прежде чем будут проданы. Поскольку нет практического смысла осуществлять выборочный анализ качества презервативов после того, как они приобретены конечными пользователями, показатель базируется на выборочном анализе качества презервативов, который проводился как в складах центрального уровня, так и в точках розничной продажи.

Показатель качества будет сгруппирован в единую цифру. Однако для программных целей важно, чтобы данные подавались по

отдельности по источникам выборочной проверки качества презервативов. Если низкое качество выявлено на центральном уровне, необходимо будет исправить национальные требования к проведению тендеров или процедуре контроля качества. Низкое качество на уровне розничной продажи может потребовать внесения изменений в систему распространения или улучшения рекомендаций продавцам относительно транспортировки и хранения.

Как измеряется данный показатель

Структура выборки точек розничной торговли, которая использовалась в Показателе наличия презервативов 2, может применяться в части розничной продажи и данного показателя. Действительно, выборочное исследование презервативов может осуществляться в точках розничной торговли во время их исследования. Необходимо проявлять осторожность при транспортировке и хранении презервативов в период между выборкой и тестированием для обеспечения того, чтобы из-за процедур выборки и тестирования не произошло ухудшения их качества. На центральном уровне структуру выборки можно сформировать на базе складских мощностей центрального уровня, определенных при расчете Показателя наличия презервативов 1, и произвольной выборки презервативов в этих местах.

Для осуществления контроля качества презервативов существует немало методов проверки. Хотя все измерения должны давать похожие результаты, рекомендуется выбрать одну методологию и строго ее придерживаться во избежание любого нарушения тенденций во времени.

Сильные стороны и ограничения

Этот показатель дает объективное измерение качества презервативов в стране. Его легко измерять, но это требует наличия оборудования и подготовленного штата сотрудников. Поскольку поведенческие исследования подтверждают, что представления о низком качестве презервативов существенно влияют на отказ от их использования, то информация о надлежащем качестве может эффективно использоваться для пропаганды их более широкого использования. Однако необходимо отметить, что этот показатель может иметь и обратный эффект. Если результаты исследования окажутся неудовлетворительными, а

немедленные действия для их исправления не осуществляются, нежелание людей использовать презервативы может только усилиться, а уровень их использования еще больше снизится.

Этот показатель не отмечает ухудшения качества, которое происходит после приобретения презерватива клиентом, но до его использования. На данном этапе плохие условия хранения могут существенно влиять на прочность презервативов.

3.3 Стигма и дискриминация

Стигма – буквально означает «клеймо» на ком-то или на чем-то или «позор». ВИЧ-инфекция часто воспринимается отрицательно, и отношение общества может нанести ущерб тем, кто инфицирован или подозревается в инфицировании. Дискриминация определяется скорее с точки зрения юридических прав и прав человека: если человек теряет работу из-за отрицательного восприятия или отношения к ВИЧ-инфекции, имеет место явная дискриминация. Во многих обществах ВИЧ-инфекция подвергается жесткой стигме. С инфицированными людьми отказываются иметь дела, унижают их, так как существует сильное социальное предубеждение против этой болезни. В некоторых случаях люди подвергаются стигме просто по подозрению в том, что они имеют отношение к ВИЧ-инфекции.

Стигма относительно ВИЧ-инфицированных или людей, которые страдают от последствий инфекции, имеет множество корней, среди них и то, что болезнь ассоциируется в глазах общественности с маргинальными группами, такими как гомосексуалисты, потребители инъекционных наркотиков и работники секс-бизнеса, а также с “плохим поведением” или “проступками”, такими, как неразборчивость в половых связях. ВИЧ-инфекция чаще подвергается стигме, чем другие ИППП или гепатит В или С, пути передачи которых во многом очень похожи. Болезнь проявляется неожиданно, поражает людей в расцвете лет, калечит их и не поддается излечению. Отказ политиков заниматься этой проблемой и пугающие истории в средствах массовой информации еще более усиливают стигму, сопровождающую ВИЧ-инфекцию. Эта стигма выражается в открытой дискриминации в некоторых областях: люди теряют работу и семьи, исключаются из школы, им отказывают в стационарном лечении только потому, что они (или близкие им люди) ВИЧ-инфицированы.

Программные цели

Стигма и дискриминация вызывают обеспокоенность программ по борьбе со СПИДом по двум причинам. Во-первых, потому что жизнь людей, живущих с этой болезнью, становится невыносимой. Во-вторых,

потому, что они отрицательно влияют на мероприятия по профилактике и уходу. Люди, которые были инфицированы ВИЧ из-за своего поведения или поведения своих партнеров, неохотно идут на тестирование или меняют поведение, так как боятся, чтобы их не заподозрили в том, что они инфицированы. Если они на самом деле инфицированы, они могут продолжать распространять вирус и не смогут получить соответствующий уход. Стигма может повредить мероприятиям по профилактике и уходу в самых разных сферах. Например, ВИЧ-положительная женщина может знать, что грудное вскармливание несет риск передачи вируса ее грудному ребенку. Но она будет отказываться от альтернативных способов кормления (даже если они предоставляются бесплатно), так как кормление из бутылочки может вызывать подозрение в том, что она ВИЧ-инфицирована, из-за чего ее могут выгнать из семьи. Там где стигма широко распространена, люди избегают тестирования на ВИЧ-инфекцию, которое может стать началом для предоставления необходимого ухода и поддержки. Активная дискриминация также может вызвать отрицательные последствия для профилактических мероприятий. Если человека уволили с работы из-за того, что он ВИЧ-инфицирован, ему приходится идти на крайние меры, чтобы выжить, например, продавать сексуальные услуги, что будет еще больше разжигать пожар эпидемии.

Цель программ – организовать борьбу с активной дискриминацией путем изменения законодательства в целях оказания помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, и обеспечения того, чтобы такие законы соблюдались. Программы пытаются изменить отношение к инфицированным людям и их семьям. Поддерживающее отношение должно преобразоваться в поддерживающее поведение, превращая жестокий мир в мир сочувствия и конструктивизма. Программы пытаются уничтожить завесу молчания вокруг болезни, в том числе, путем привлечения людей, которые живут с ВИЧ-инфекцией, и их общин к активным мероприятиям по противодействию эпидемии. Ожидается, что более открытое обсуждение этой проблемы поможет преодолеть страхи и ложные представления, которые усиливают поведение высокого риска.

Ключевые вопросы

- Существуют ли программы, которые способствуют формированию толерантного отношения к ВИЧ-инфицированным и их поддержки?
- Существуют ли законы, которые защищают ВИЧ-инфицированных от дискриминации?
- Применяются ли эти законы на практике?
- Существует ли стратегия, которая запрещает требовать обязательного прохождения тестирования при приеме на работу, вступлении в брак, перед путешествием и т.п.?

Проблемы измерения

Стигма и дискриминация, в особенности первая, являются одними из тех аспектов эпидемии, которые труднее всего измерить в количественном выражении. Вероятно, именно поэтому до сих пор не удалось разработать надежного способа измерения этого неуловимого явления, хотя многие программы по профилактике и уходу заявляли своей целью снижение стигмы и формирование поддерживающего отношения. Во-первых, нет четких определений стигмы или качеств, которые ее характеризуют, а если некий феномен невозможно четко определить, то его нельзя и точно измерить.

В то время как некоторые виды стигматизирующего отношения и дискриминации вполне очевидны, другие останутся, в основном, скрытыми. В этом контексте нет четкой связи между отношением и поведением. То, что люди фактически делают, сталкиваясь с такой страшной проблемой как СПИД, может сильно отличаться от их рассказов о том, что бы они делали в таком случае, и эти отличия могут быть разительными. Некоторые исследования, например, обнаружили, что люди, которые на словах крайне отрицательно относятся к ВИЧ-инфицированным, на деле оказывают поддержку и уход ВИЧ-инфицированному родственнику в собственном доме. С другой стороны, некоторые люди, которые возражают против отрицательного отношения к ВИЧ-инфицированным, могут активно подвергать их активной дискриминации в конкретных условиях, таких как предоставление медицинских услуг.

Вмешательства, разработанные для снижения дискриминационного отношения, быстрее или более глубоко воздействуют на предполагаемое отношение, чем на укоренившееся отношение, которое определяет поведение человека. Десятилетия кампаний по борьбе за права человека в Соединенных Штатах, например, существенно снизили число людей, которые открыто признают, что имеют расовые предубеждения. Но пока еще очень сомнительно, что это изменение в заявляемом отношении находит отражение в таком же значительном снижении уровня активной дискриминации.

Еще более усложняет дело тот факт, что активную дискриминацию трудно обнаружить. Она может быть вполне очевидной, например, когда людей увольняют с работы. Но она может также выражаться в невозможности получить услуги, которые предоставляются другим членам общества, или проявляться в отсутствии сочувствия и поддержки со стороны церкви или лидеров общины.

Трудно собрать информацию о поведении относительно ВИЧ-инфицированных. Отчасти из-за существования стигмы люди, которые действительно инфицированы, редко открыто признают свой ВИЧ-статус даже в собственных семьях. Таким образом, большинство вопросов измерения стигмы сосредоточены на гипотетических ситуациях, таких, как готовность предоставлять уход родственнику, больному СПИДом, или мнение о том, можно ли разрешать ВИЧ-инфицированным продолжать работать с другими людьми. Неясно, до какой степени гипотетическая готовность к предоставлению ухода больному члену семьи соответствует реальности, или в какой мере этот показатель является действительно полезным показателем социальной стигмы. Другие гипотетические вопросы, такие как готовность пройти тестирование на ВИЧ-инфекцию, оказались неэффективными для прогнозирования фактического поведения, возможно именно из-за масштабов социальной стигмы. Однако при отсутствии лучших способов гипотетические вопросы об отношении людей, вероятно, будут оставаться в центре внимания мероприятий по отслеживанию изменений в отрицательном отношении к людям с ВИЧ-инфекцией.

Средствами измерения дискриминации обычно выступают прямые вопросы, на которые можно ответить либо «да», либо «нет». «Существует

ли законодательство, которое защищает от...?”. В некоторых показателях также наблюдаются попытки определить, применяется ли законодательств на практике. Это может быть полезным для определения серьезных неудач и областей применения программных мероприятий; однако, применение таких методов ограничено регулярным мониторингом и оценкой национальных программ по борьбе со СПИДом. Составные показатели этих вопросов, которые требуют ответов типа «да/нет», почти невозможно интерпретировать. Принятие законодательства в одной области может быть сведено на нет из-за неприменения законов в другой. Как уже отмечалось, Индекс эффективности программ по борьбе со СПИДом (ИПС) частично будет измерять, в какой мере правовая система защищает права человека ВИЧ-инфицированных лиц.

Показатель стигмы и дискриминации 1 Толерантное отношение к людям, живущим с ВИЧ-инфекцией

Ключевой показатель для всех типов эпидемий

Определение

Процент людей, которые высказываются в пользу терпимого отношения к ВИЧ-инфицированным, из всех опрошенных людей в возрасте 15-49 лет

Методы измерения

Исследование населения ЮНЭЙДС; СПИД-модуль ИДЗ; ФХИ ОПН (взрослые); ФХИ ОПН (молодежь).

Что измеряется данным показателем

Этот показатель базируется на ответах на серию гипотетических вопросов о мужчинах и женщинах, живущих с ВИЧ-инфекцией. Он отображает, высказывания людей о том, что они чувствуют или сделали бы, если бы оказались в различных ситуациях с участием людей, живущих с ВИЧ-инфекцией.

Как измеряется данный показатель

В ходе общих опросов населения респондентов просят ответить на следующую серию вопросов о людях, живущих с ВИЧ-инфекцией:

- Если член вашей семьи заболел СПИДом, захотите ли Вы присматривать за ним у себя дома?
- Если Вы узнаете, что владелец магазина или продавец продовольственных товаров болен СПИДом, будете ли Вы покупать у них свежие овощи?
- Если учительница является вирусоносителем, но пока еще не больна СПИДом, можно ли ей позволить продолжать преподавать в школе?
- Если член вашей семьи будет инфицирован ВИЧ, захотите ли Вы сохранить это в тайне?

Только те респонденты, которые сообщают о терпимом или поддерживающем отношении в ответах на все четыре вопроса, включаются в числитель. Знаменателем будет общее количество опрошенных людей.

Сильные стороны и ограничения

Методологически это относительно легкий способ определения показателя отношения к людям, живущим с ВИЧ-инфекцией. Низкое значение показателя является довольно надежным показателем высокого уровня стигмы, и поэтому его следует измерять хотя бы с этой целью.

Однако существуют трудности с толкованием показателей, которые базируются на гипотетических вопросах, а высокое значение показателя довольно сложно объяснить. Это может означать, что реальная стигма, связанная с ВИЧ-инфекцией, незначительна. Это может также означать, что люди знают, что не должны проявлять дискриминацию, и потому сообщают о толерантном отношении. От этого их поведение, которое может оставаться дискриминационным по отношению к людям с ВИЧ-инфекцией, не изменится. Таким образом, изменения показателя могут отображать снижение стигмы или просто рост осознания, что не совсем хорошо открыто признаваться в своих предубеждениях. Однако уже это само по себе может стать первым шагом к успеху деятельности программ. Высокие значения могут также отображать ограниченный опыт отношений респондента с инфицированными людьми.

Предлагаемый показатель похож на ранее описанный способ измерения ВОЗ, однако после полевых испытаний некоторые вопросы были изменены, чтобы лучше отображать ситуации, при которых люди с ВИЧ-инфекцией фактически страдают от стигмы. В ходе полевых испытаний обнаружилось, что на ответы существенно влияет само словесное описание показателя. Например, если пол учителя не указывался, в одной из стран был зарегистрирован очень высокий уровень «дискриминационного» отношения в ответах на этот вопрос. Дальнейшие исследования показали, что отрицательное отношение было связано с недавними сообщениями СМИ об учителях-мужчинах, которые заражали учениц вирусом ВИЧ.

Предыдущий показатель ВОЗ использовался мало, что вызвало вопросы о пользе данного измерения. Возможно, он мало использовался потому, что на сегодня осуществлено не так уж много программных мероприятий, направленных на снижение стигмы, окружающей ВИЧ-инфекцию в большинстве

стран. Однако, поскольку растет очевидность отрицательного влияния стигмы на мероприятия по профилактике и уходу, то вполне вероятно, что все больше национальных программ по борьбе со СПИДом будут обращать внимание на эту область. Поэтому можно ожидать, что использование этого показателя возрастет.

Были предложения использовать этот показатель для измерения отличий в дискриминации или стигме по полу. Хотя некоторые исследования указывают на то, что женщины, живущие с ВИЧ/СПИДом, испытывают жестокое отношение чаще, чем мужчины, в ходе других недавних исследований обнаружилось, что в проблемах стигмы и дискриминации существует не так уж много различий по гендерному признаку.

Показатель стигмы и дискриминации 2 Обеспечение работодателями отсутствия дискриминации против людей, живущих с ВИЧ-инфекцией

Ключевой показатель для всех типов эпидемий

Определение

Процент работодателей официального сектора, среди которых проводилось изучение недискриминационной политики и практики в вопросах трудоустройства, продвижения по службе и предоставления льгот для ВИЧ-инфицированных.

Методы измерения

Протокол ЮНЭЙДС по определению дискриминации людей, живущих с ВИЧ-инфекцией.

Что измеряется данным показателем

Этот показатель измеряет один незначительный, но вполне реальный аспект дискриминации, связанной с ВИЧ-инфекцией: дискриминацией в официальном секторе занятости. Показатель должен быть разделен с целью отдельного рассмотрения политики и практики компаний.

Как измеряется данный показатель

Исследование проводится среди основных работодателей официального сектора, чтобы определить их стратегии и практику относительно принимаемых на работу и работающих с ВИЧ-инфекцией. Когда это пособие готовилось к печати, этот протокол еще разрабатывался, а полевые испытания еще не начинались. Но вероятно, что исследование работодателей будет включать определенный набор государственных, местных частных и международных работодателей. В каждой компании исследованием будут охвачены представители профсоюза или рабочих, а также администрация.

Задача исследования - определить наличие официальной политики по отношению к ВИЧ-инфекции, а также проверить практическое осуществление этой политики. Будет исследоваться политика трудоустройства и самих условий труда – например, требования, касающиеся тестирования на ВИЧ перед приемом на работу, или увольнения работников при выявлении, что они инфицированы, – а также стратегии, которые касаются помощи по болезни или в связи с потерей кормильца.

Сильные стороны и ограничения

Очевидно, что процедуры приема на работу в официальном секторе представляют только незначительное число всех ситуаций, при которых дискриминация, связанная с ВИЧ-инфекцией, может иметь место. Национальные программы по борьбе со СПИДом в разных странах могут работать над снижением дискриминации разными путями. Однако дискриминация на рабочем месте вызывает обеспокоенность практически в каждой стране. Национальные программы могут непосредственно работать с работодателями или профессиональными союзами, чтобы ограничить дискриминацию на рабочем месте, или воздействовать на них законодательным путем. В любом случае, успехи в снижении дискриминации, от которой страдают ВИЧ-положительные лица при приеме на работу, должны быть отражены в этом показателе. Дело в том, что на работодателей влияют самые разные факторы, включая законодательную базу. Там, где принимаются законы, защищающие права человека и права работников с ВИЧ-инфекцией, или там, где судебные решения изменяют вероятность того, что такое законодательство будет применяться, могут произойти и изменения в политике и практике работодателей.

Итоговый показатель подытоживает данные о политике и практике. Однако именно разница между ними представляет наибольший интерес для руководителей программы. Если политика работодателя становится более благоприятной для ВИЧ-положительных работников в ответ на законодательство или другое давление, но при этом дискриминационная практика фактически остается неизменной, тогда, может быть, следует перенести акценты с целью обеспечения обязательного применения закона, а не просто наличия недискриминационных стратегий.

Измерение дискриминационной практики – непростое занятие, в особенности, если она незаконная. Многие компании могут уволить ВИЧ-инфицированного работника не только из-за его ВИЧ-статуса, и некоторые из причин увольнения будут вполне законными. Подобно Стратегическому показателю 1, на данный показатель дискриминации будет в определенной мере влиять мнение респондентов исследования, - вот почему важно обеспечить выборку респондентов из числа руководителей и неруководителей.

Следует заметить, что несоответствия между политикой и практикой могут возникнуть в любом направлении. Компания может не иметь заявленной политики относительно ВИЧ-инфекции, но при этом может обеспечивать условия, чтобы на практике инфицированные работники не подвергались дискриминации. Исследование должно обнаружить, имеют ли работодатели политику относительно других неизлечимых болезней и отличаются ли политика и практика, связанные с ВИЧ-инфекцией, от политики и практики относительно других неизлечимых болезней.

На показатель будет влиять то, какие работодатели и компании включены в исследования. Протокол определит широкое представительство национальных и международных работодателей, включая тех, которые относятся к государственному сектору. Необходимо будет получить информированное согласие компаний, даже если исследование будет проводиться в форме вопросников, которые заполняются респондентами анонимно. При измерении данного показателя можно ожидать значительного количества отказов, при этом компании с плохой репутацией менее охотно согласятся дать ответы, чем те, которые не имеют замечаний. Также возможно, что число ответов со стороны представителей профессиональных союзов или рабочих будет значительно отличаться от числа ответов руководителей. Можно договориться о получении общего информированного согласия для всех членов местной торгово-промышленной палаты. Это даст возможность интервьюерам связываться непосредственно с работниками, которые не занимают руководящих должностей. Склонность к отказам вызывает особую обеспокоенность, если она существенно изменяется во времени. Это может иметь место при введении в действие нового законодательства, когда еще не все его соблюдают.

3.4 Знание о передаче ВИЧ-инфекции

Поскольку незащищенный секс является движущей силой большинства эпидемий ВИЧ-инфекции, программы по борьбе со СПИДом уделяют особое внимание повышению уровня знаний людей о передаче инфекции при половых отношениях и пропаганде безопасного секса. Иногда проводятся мероприятия, направленные на изменение традиционных общественных отношений, которые благоприятствуют незащищенному сексу. Очень часто эти отношения способствуют двойным стандартам в сексе для мужчин и женщин и делают женщин бесправными в области сексуальных отношений.

Несмотря на сильную взаимосвязь, цели и показатели в областях знаний о передаче инфекции половым путем и самого сексуального поведения будут представлены по отдельности.

Знания являются важной предпосылкой профилактики в других областях передачи ВИЧ-инфекции. Поэтому в этот раздел включено измерение знаний в группах потребителей инъекционных наркотиков и о передаче ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

Знание о передаче ВИЧ-инфекции: программные цели

Начальные предположения о том, что знание о СПИДе и о том, как его предупредить, приведет к изменению поведения, оказались слишком оптимистичными. Однако нет никаких сомнений, что знание является важной предпосылкой для изменения поведения.

Большинство национальных программ прилагают немалые усилия для проведения кампаний под названием «Информация, обучение, коммуникация», или сокращенно «ИОК», направленных на повышение уровня знаний о ВИЧ-инфекции, видах поведения, способствующих его распространению, и путях предупреждения заболевания. Многие программы достигли значительных успехов в распространении этой информации. Показатели знаний начинают регистрировать высокие уровни правильных знаний. Но за этими знаниями часто скрывается неверная

информация или ложные представления, которые влияют на то, как люди себя ведут. Все чаще программы начинают обращать внимание на развенчание таких ложных представлений.

Ключевые вопросы

- Существует ли национальная стратегия относительно включения вопросов профилактики ВИЧ-инфекции в школьные учебные программы?
- Знают ли люди, как распространяется ВИЧ-инфекция и как ее предотвратить?
- Имеют ли они ложные представления, которые могут снизить вероятность, что они будут действовать в соответствии с правильными знаниями?
- Существуют ли программы, направленные на повышение уровня знаний и ограничение ложных представлений, и достигают ли эти программы целевых аудиторий?

Проблемы измерений

Существующие составные показатели знаний о ВИЧ-инфекции сосредоточены на правильных знаниях. Хотя при их определении задается вопрос о ложных представлениях, неправильные знания, как правило, не включаются в показатель.

Одной из проблем измерения уровня знаний является принятие решения о том, насколько часто можно задавать навоящие вопросы для «освежения» памяти респондентов. Скорее всего, спонтанные ответы лучше отображают фактическое применение респондентом знаний, чем ответы с подсказками. Например, если человек постоянно пользуется презервативами для защиты от ВИЧ-инфекции, то, вероятно, первым ответом на вопрос о способах предотвращения ВИЧ-инфекции будет «использование презервативов». При спонтанных ответах люди реже перечисляют такие способы профилактики ВИЧ-инфекции, как воздержание, о котором они теоретически знают как об одном из способов предотвращения ВИЧ-инфекции, но который они не считают для себя лично приемлемым.

Проблема с ответами без подсказок или спонтанными ответами (например, «Каким образом можно защититься от ВИЧ-инфекции?») заключается в том, что они могут сильно различаться по группам и во времени, и эти различия не всегда отображают реальные отличия в уровне знаний. Скорее это имеет

место потому, что не все интервьюеры способны добиться спонтанных ответов, а также потому, что они могут предпочитать определенные ответы из списка предложенных. С целью создания стандартизированных показателей уровня знаний, которые можно было бы сравнивать во времени, ответы-подсказки относительно конкретных способов профилактики могут быть более полезными.

Определяющим является то, каким образом задается вопрос. В прошлом большинство вопросов формулировались следующим образом: «Могут ли люди защититься от ВИЧ-инфекции с помощью ...?». Полевые испытания показали, что с ростом уровня знаний о ВИЧ-инфекции на такие вопросы даются ответы, которые тяжело интерпретировать. Респонденты могут знать, что безопаснее заниматься сексом с презервативом, чем без него, но они также могут знать, что презерватив не обеспечивает полной защиты от ВИЧ-инфекции, поскольку существует возможность разрыва. Поэтому в целях данных показателей вопросы формулируются немного иначе, например, «Может ли определенное поведение *снизить* риск ВИЧ-инфекции?».

Достоверная информация о путях передачи ВИЧ-инфекции и о том, как ее можно избежать, в разных местах практически не отличается. Ложные представления, однако, отличаются, при этом некоторые группы верят отдельным слухам о том, как распространяется ВИЧ-инфекция, которые характерны лишь для (например, с помощью колдовства), и как ее предотвратить (например, потребляя определенный вид рыбы или занимаясь сексом с девственницей).

Показатели ложного представления могут изменяться в целях включения ложных представлений, которые распространены в определенной местности. Если два вида наиболее распространенных ложных представлений используются повсеместно, то это не должно влиять на оценку показателей между странами. В конце концов, показатель не измеряет уровень знаний о колдовстве – он измеряет неправильные знания о СПИДе. Во многих обществах общие ложные представления уже хорошо известны. В других еще только предстоит провести качественные исследования, прежде чем решить, какие элементы включить в показатель. Следует заметить, что ложные представления могут изменяться во времени. И в самом деле, задача

программ по борьбе со СПИДом заключается в том, чтобы развеять ложные представления, но вместо них могут возникнуть другие. В стране могут решить измерять разные ложные представления в разные моменты времени. Опять же, поскольку отбираются два наиболее распространенных в данное время ложных представления, показатель неправильных знаний о ВИЧ/СПИДе должен быть сравнимым во времени.

Относительное значение, которое придается правильным знаниям об основных путях передачи и ложным представлениям, может изменяться в зависимости от состояния эпидемии. При генерализованных эпидемиях, когда большой процент респондентов правильно отвечает на вопрос о путях передачи, основной задачей ИОК-кампаний может стать преодоление ложных представлений. При умеренных или концентрированных эпидемиях, когда предшествующая деятельность в рамках ИОК была более ограниченной, внимание все еще может сосредотачиваться на повышении базовых знаний о путях передачи. Действительно, при концентрированных эпидемиях основное внимание следует сосредоточить на повышении уровня знаний среди отдельных групп о методах профилактики, которые касаются видов поведения, подвергающих риску эти группы.

Во всех показателях, которые касаются знаний о СПИДе, знаменателем должны быть все респонденты, а не только те, кто слышал о СПИДе. Это вызвано тем, что наличие людей, не слышавших о СПИДе (и не могущих иметь «правильных» знаний о нем), определенно свидетельствует о провалах ИОК-кампаний. В большинстве стран в конце 1990-х годов такие люди составляли очень незначительный процент населения.

В областях, касающихся знаний, отношений и сексуального поведения – даже больше, чем в других областях программной деятельности – обязательным является представление показателей отдельно по половому признаку.

Показатель уровня знаний 1 Знание методов профилактики ВИЧ

(Модифицированный Показатель профилактики 1 ВОЗ/ВПС)

Ключевой показатель для всех типов эпидемий

Определение

Процент всех респондентов, которые в ответ на наводящие вопросы, сказали, что можно снизить риск заражения ВИЧ, если пользоваться презервативами или иметь секс только с одним надежным, неинфицированным партнером.

Методы измерения

Исследование населения ЮНЭЙДС; СПИД-модуль ИДЗ; ФХИ ОПН (для взрослых); ФХИ ОПН (для молодежи)

Что измеряется данным показателем

Большинство программ по борьбе со СПИДом, направленных на население в целом, пропагандируют взаимную моногамию и использование презервативов как основной метод предотвращения ВИЧ-инфекции среди сексуально активных мужчин и женщин, которые составляют большинство взрослого населения практически во всех группах населения. Этот показатель измеряет, насколько эти идеи были усвоены населением в целом или конкретными обследуемыми подгруппами.

Как измеряется данный показатель

Показатель выводится из правильных ответов, указавших оба основных метода профилактики сексуальной передачи для сексуально активных взрослых, после наводящих вопросов в ходе обследования. Те, кто указывает лишь один из двух методов, не учитываются в числителе показателя. Все опрашиваемые респонденты включаются в знаменатель независимо от того, слышали ли они когда-нибудь о СПИДе или нет. Компоненты показателя должны также сообщаться в отдельности, для того чтобы показать изменения в отдельных областях знаний.

Следует тщательно продумать формулировку наводящих вопросов в разных языковых и культурных контекстах. Необходимо иметь в виду, что наводящие вопросы о правильных методах профилактики должны чередоваться в анкете с вопросами об ошибочных представлениях, которые используются для вычисления Показателя знаний 2.

Сильные стороны и ограничения

Данные для этого показателя легко собрать во время проведения опроса населения. В большинстве стран этот показатель будет высоким, но разбивка показателя по отдельным вопросам, таким как местожительство, пол или возрастная группа, поможет обнаружить пробелы в информационных потоках.

Ограничения в использовании наводящих данных обсуждались во вступлении к этому разделу. Хотя основной показатель конструируется на основе наводящих данных, сравнение данных, полученных с помощью наводящих вопросов и спонтанных ответов, где это возможно, также может оказаться интересным. Например, и новая редакция «Исследования населения ЮНЭЙДС», и СПИД-модуль ИДЗ содержат такой вопрос: «Каким образом можно защититься от заражения ВИЧ-инфекцией?», и только после этого задаются любые «наводящие» вопросы. Для того чтобы руководители программ могли получить дополнительную пользу от применения этого показателя, его следует всегда использовать вместе с Показателем знаний 2.

Предыдущие показатели знаний учитывали воздержание как «правильный» метод профилактики для использования в этом показателе. Воздержание является чрезвычайно важным методом профилактики для молодежи. Тем не менее, исследования, проведенные во многих ситуациях, показывают, что оно редко используется как основной метод профилактики ВИЧ среди взрослых, которые ведут активную сексуальную жизнь. Кроме того, очень вероятно, что люди, которые знают, что ВИЧ передается половым путем, знают также, что воздержание от секса может снизить риск передачи. Отрицательные ответы на этот вопрос скорее являются следствием того, что люди считают, что воздержание им не подходит, и вовсе не означает, что они считают, что воздержание не обеспечивает эффективной защиты. Тем не менее, вопросы, касающиеся

воздержания, как и раньше, сыграют важную роль во время проведения опросов среди молодежи. Программы, направленные на увеличение возраста начала половой жизни среди молодежи, могут применять дополнительный показатель знаний, который будет включать в числитель правильные ответы на вопросы о воздержании как методе профилактики.

Показатель уровня знаний 2 Отсутствие неправильных представлений о СПИДе

Ключевой показатель для всех типов эпидемий

Определение

Процент респондентов, которые отвергли два наиболее распространенных ложных представления о передаче и предотвращении СПИДа и знают, что человек, который выглядит здоровым, может передавать ВИЧ.

Методы измерения

Исследование населения ЮНЭЙДС; модуль ИДЗ СПИД; ФХИ ОПН (взрослые); ФХИ ОПН (молодежь).

Что измеряется данным показателем

Многие люди, которые знают, что презервативы являются средством защиты от СПИДа, также считают, что СПИДом можно заразиться от укуса комара или в других неконтролируемых обстоятельствах. Зачем тогда лишать себя полного наслаждения от секса, аргументируют они, если в любом случае можно получить инфекцию каким-то неожиданным путем, например, от укуса комара? В случае если уровень информированности по вопросам ВИЧ является высоким, уменьшение неверных представлений, которые сдерживают изменение моделей поведения, скорее всего, показывает успешность кампании ИОК, а не дальнейший рост и без того высокого уровня «правильных» знаний. Этот показатель позволяет определить уровень прогресса, достигнутого на пути преодоления неверных представлений.

Как измеряется данный показатель

Серии наводящих вопросов, которые задаются респондентам, состоят из правильных и неверных утверждений относительно путей передачи и способов профилактики СПИДа. Ответы на правильные вопросы относительно профилактики заболевания используются для вычисления Показателя знаний 1. Ответы на вопрос о статусе инфицирования людей, которые выглядят здоровыми, и на два неверных утверждения о путях передачи и

профилактики используются для вычисления этого показателя.

Неверные утверждения будут варьироваться в зависимости от тех неверных представлений, наиболее распространенных в местном контексте. Зачастую они будут отражать представления о том, что СПИД может передаваться через укус насекомого или посредством колдовства. Иногда они могут включать некоторые представления о средствах профилактики или лечения, например, что СПИД можно предотвратить, если употреблять определенные виды пищи или травы, или если заниматься сексом с определенными лицами, например, девственницами (или просто, что его можно вылечить). Один вопрос будет всегда касаться понятия «здорового носителя», то есть знаний о том, что можно заразиться ВИЧ в результате незащищенного секса с человеком, который выглядит здоровым. При этом формулировка вопроса может варьироваться в зависимости от местных условий. Например, в некоторых регионах «толстый» в этом контексте может быть синонимом «здорового», что может лучше отражать неверные представления людей о том, кто является «безопасным» партнером.

Неверные местные представления следует выявить незадолго до проведения опроса. В одной и той же стране они могут варьироваться во времени.

Для выведения числителя для этого индикатора необходимо, чтобы респонденты правильно опровергли оба неверных представления и знали, что человек, выглядящий здоровым, может передавать ВИЧ. Знаменатель представляет собой число всех респондентов, включая тех, кто не слышал о СПИДе. Для целей программы показатель может быть детализирован по каждому конкретному неверному представлению, и процент тех, кто считает, что человек, выглядящий здоровым, не может передавать ВИЧ, должен быть представлен в отчете отдельно.

Сильные стороны и ограничения

Этот показатель также нетрудно измерять. Он хорошо отображает уровень распространенности неверных представлений, которые мешают людям действовать на основе правильных знаний. Классифицированные данные составляют бесценный источник информации для руководителей программ во

время планирования будущих кампаний ИОК, поскольку они позволяют понять, какие именно неверные представления и в каких конкретных подгруппах населения необходимо преодолеть.

Следует, однако, быть осторожным. Всегда существует опасность того, что включение неверных представлений в анкету фактически повышает их правдоподобие. В ходе предварительного исследования необходимо выявить широко распространенные неверные представления (это лучше, чем подвергнуться риску пропаганды новых ошибочных взглядов), а в анкете следует четко указать, что некоторые утверждения в списке являются верными, в то время как другие - неверными.

Одним из ограничений является возможность показателя различать ошибочные представления, которые способны повлиять на поведение, и такие, которые можно считать просто случайными. Вычисление этого показателя требует также подготовительной работы с целью выявления наиболее распространенных ошибочных представлений в данное время.

Показатель уровня знаний 3 Знание средств профилактики ВИЧ среди мужчин, которые имеют секс с мужчинами (МСМ)

Ключевой показатель для концентрированных эпидемий с поддающимися определению группами мужчин, которые имеют секс с мужчинами

Определение

Процент мужчин, которые в ответ на наводящие вопросы правильно определили воздержание от анального секса и использование презервативов во время анального секса как средство профилактики ВИЧ-инфекции.

Методы измерения

ФХИ ОПН (мужчины, которые имеют секс с мужчинами)

Что измеряется данным показателем

Во время эпидемий ВИЧ, если имеет место концентрация ВИЧ-инфекции и рискованного поведения среди мужчин, которые имеют секс с мужчинами, ИОК-кампании часто планируются таким образом, чтобы отобразить специфические потребности этой категории населения. Большинство этих кампаний пропагандируют непроникающий секс и использование презервативов во время анального секса как средство предотвращения ВИЧ-инфекции. Этот показатель измеряет степень усвоения этих идей представителями подгруппы мужчин, которые имеют секс с мужчинами. Он рассчитан на использование только для этой подгруппы населения.

Как измеряется данный показатель

Во время проведения опроса среди МСМ, респондентам задают вопросы для определения их уровня знаний о СПИДе и средствах профилактики. Затем наводящие вопросы подталкивают их к выбору разнообразных правильных или неверных средств профилактики, включая непроникающий секс и использование презервативов во время анального секса. Показатель выводится на основе верных ответов на вопросы, которые касаются этих двух методов предотвращения

передачи ВИЧ во время секса между мужчинами. Те, кто отвечает правильно лишь на один из этих двух вопросов, не учитываются в числителе показателя. Все респонденты учитываются в знаменателе независимо от того, слышали они когда-нибудь о СПИДе или нет.

Сильные стороны и ограничения

Наибольшей проблемой при сборе информации для этого показателя является доступ к репрезентативной выборке мужчин, которые имеют секс с мужчинами. Вопросы выборки для групп (целевых групп) и опросов групп населения детально обсуждаются в пособии ФХИ о дозорных исследованиях поведения.

Понятно, что существует множество других способов профилактики передачи ВИЧ-инфекции при сексе между мужчинами. Они включают воздержание, применение презервативов во время орального секса, а также партнерство, которое базируется на взаимном доверии между мужчинами, тестирование которых не подтвердило наличия ВИЧ-инфекции, и которые после тестирования не имели других партнеров. То, насколько сильно акцентируется внимание на этих разных способах, в значительной степени это зависит от среды, в которой имеет место секс между мужчинами. Например, идея о «полном взаимном доверии» будет больше уделяться внимания в тех странах, где давно существуют развитые общины геев, в которых долгосрочные партнерства являются обычным явлением. Это будет иметь намного меньшее значение в тех странах, где большинство МСМ состоят в браке или где преобладает секс между мужчинами на коммерческой основе. Для того чтобы показатель можно было применять для сравнения в разных ситуациях, используемыми областями знаний должны быть те, на которых сосредоточены профилактические программы для МСМ в почти всех ситуациях.

Этот показатель не включает обычные ложные представления о передаче или профилактике ВИЧ-инфекции. Однако, так же как и при выяснении уровня знаний при опросах населения в целом, вопросы поведенческих исследований МСМ, вероятно, будут содержать как правильные, так и неправильные варианты способов профилактики, например, что «активный» партнер не рискует заразиться ВИЧ-инфекцией во время анального секса. Эти вопросы дадут важную информацию для улучшения содержания кампаний ИОК и

профилактических мероприятий. При этом необходимо позаботиться о том, чтобы не способствовать возникновению новых ошибочных представлений.

Ограничения относительно использования данных, полученных с помощью наводящих вопросов, обсуждались во вступлении к этому разделу; тогда как начальный показатель должен создаваться с использованием данных, полученных с помощью наводящих вопросов, сравнения, где это возможно, данных по наводящим вопросам и полученных без таких вопросов могут дать интересную информацию. Чтобы руководители программ могли дополнительно использовать данные для этого показателя, их можно детализировать по профилактическому методу, выделяя сильные и слабые стороны существующих ИОК-компаний.

Показатель уровня знаний 4

Знание о профилактике ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков

Ключевой показатель для концентрированных эпидемий с поддающимися определению группами потребителей инъекционных наркотиков

Определение

Процент респондентов в опросе потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), которые, отвечая на наводящие вопросы, указывают переход на неинъекционные наркотики и отказ от общего пользования инъекционными средствами как способы профилактики передачи ВИЧ-инфекции.

Методы измерения

ФХИ ОПН (потребители инъекционных наркотиков)

Что измеряется данным показателем

В эпидемиях ВИЧ-инфекции, где наблюдаются концентрация ВИЧ-инфекции или рискованное поведение среди потребителей инъекционных наркотиков, некоторые программы оказывают активное содействие профилактике ВИЧ в этой группе населения. Большинство мероприятий, направленных на ограничение передачи инфекции между потребителями инъекционных наркотиков, направлены на поощрение более безопасных способов употребления наркотиков, включая отказ от использования инъекционных наркотиков и общего пользования инъекционным инструментарием. Этот показатель измеряет степень, в которой потребители инъекционных наркотиков осознают эти методы профилактики передачи ВИЧ-инфекции.

Как измеряется данный показатель

В поведенческом исследовании группы потребителей инъекционных наркотиков респондентов спрашивают о том, что они знают о СПИДе и возможностях его предотвращения. После этого им называются разные правильные и неправильные средства профилактики, включая переход на неинъекционные наркотики

и отказ от общего пользования инъекционным инструментарием. Показатель выводится из правильных ответов об обоих способах профилактики. Те, кто дает правильный ответ об одном способе, не учитываются в числителе показателя. Все респонденты включаются в знаменатель, независимо от того, слышали ли они когда-нибудь о существовании СПИДа или нет. Результаты по любому из компонентов показателя также необходимо включить в отчет.

Сильные стороны и ограничения

Основной проблемой при сборе информации для этого показателя является доступ к репрезентативной выборке потребителей инъекционных наркотиков. Вопрос выборки подробнее обсуждается в модуле ФХИ о проведении выборок для дозорных поведенческих исследований.

Этот показатель будет полезен только там, где мероприятия осуществляются с целью достижения потребителей инъекционных наркотиков с помощью профилактических кампаний, которые помогают снизить вероятность ВИЧ-инфицирования как для них самих, так и для других представителей общины наркоманов. Там, где такие программы существуют, но сосредоточены на пропаганде только какого-либо одного способа, который поддерживается соответствующими услугами, можно ограничить показатель уровнем знаний о профилактических средствах. Очевидно, что будет трудно использовать эти данные, если программы открыто не информируют потребителей наркотиков о необходимости использовании чистых игл и более безопасных способах потребления наркотиков.

В прошлом некоторые программы профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков пропагандировали дезинфекцию инъекционного инструментария в хлорном растворе в качестве способа профилактики ВИЧ-инфекции. Недавние исследования подвергают сомнению эффективность этого метода, и сегодня лишь немногие программы для наркоманов активно его пропагандируют. Поэтому он не включается как профилактический метод в данный показатель.

Многие программы, направленные на потребителей инъекционных наркотиков, пропагандируют также использование презервативов с целью ограничения

распространения ВИЧ-инфекции от инфицированных потребителей наркотиков к их сексуальным партнерам. Это учитывается в показателях риска сексуальной передачи, но не включено в показатель уровня знаний, характерных для профилактики среди потребителей инъекционных наркотиков.

Ограничения относительно использования данных, полученных с помощью наводящих вопросов, обсуждались во вступлении к этому разделу. Начальный показатель должен выводиться с использованием таких данных, а возможное сравнение между данными, полученными с помощью наводящих вопросов и без них, может дать интересную информацию о способах, которые большинство потребителей наркотиков считают эффективными в своих личных обстоятельствах.

Показатель уровня знаний 5 Знание о профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку

Ключевой показатель в странах с генерализованными типами эпидемии и стратегиями по ограничению передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку

Определение

Процент женщин и мужчин, которые правильно отвечают на наводящий вопрос о профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку путем применения антиретровирусной терапии и отказа от грудного вскармливания.

Методы измерения

Исследование населения ЮНЭЙДС; СПИД-модуль ИДЗ; ФХИ ОПН (взрослые)

Что измеряется данным показателем

Этот показатель указывает, знают ли женщины и мужчины о способах профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку. В этой области, как и в области профилактики передачи половым путем, знание является предпосылкой для принятия решений и определения способов вмешательства, хотя и не является достаточным для обеспечения этого.

Этот показатель определяет знание людей о способах профилактики передачи вируса от матери ребенку с помощью антиретровирусной терапии и отказа от грудного вскармливания. Знания мужчин в этой области не менее важны, поскольку во многих обществах мужчины играют главенствующую роль при решении вопросов о формировании семьи и рождении детей, поэтому показатель разработан для обоих полов. Поскольку большинство ИОК-кампаний в этой области направлено на женщин, руководители программ могут пожелать провести мониторинг их эффективности путем детализации этого показателя по половому признаку.

Как измеряется данный показатель

Респондентам при исследовании населения задают серию вопросов о передаче и профилактике ВИЧ-инфекции (см. Показатель уровня знаний 1 и 2). Среди них есть вопрос о

том, может ли ВИЧ-инфекция передаваться от матери ребенку, и о способах профилактики передачи вируса от матери ребенку.

Этот показатель представляет собой сумму числа респондентов, которые ответили, что передачу ВИЧ-инфекции от женщин с положительным результатом тестирования на ВИЧ можно предотвратить, если мать будет принимать лекарство во время беременности и если мать откажется от грудного вскармливания, деленную на общее число респондентов в опросе.

Сильные стороны и ограничения

Данный показатель предполагает, что соответствующие мероприятия по обучению женщин о путях передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку осуществляются и что информация о видах профилактики является частью такого обучения.

В знаменателе данного показателя не различаются те, кто знает о передаче вируса от матери ребенку, и те, кто не знает об этом, поскольку люди, которые не знают, что передачу можно предупредить, безусловно находятся среди тех, кто не получил информации о способах профилактики. Порядок вопросов, однако, дает возможность странам определить показатель уровня знаний о передаче ВИЧ-инфекции от матери ребенку, если у них возникнет такое желание.

Именно знание о том, что передачу вируса от матери ребенку можно предупредить будет, вероятно, определять поведение женщин относительно поиска способов ухода и относительно грудного вскармливания. Менее вероятно, что беременная женщина, которая просто знает, что ВИЧ-инфекция может передаться ее ребенку, менее вероятно будет искать возможности узнать свой ВИЧ-статус, чем беременная женщина, которая знает, что можно избежать передачи ВИЧ-инфекции к ее ребенку.

Во многих странах Латинской Америки и в других частях света спрос на профилактические мероприятия привел к радикальному улучшению в предоставлении услуг для ВИЧ-инфицированных беременных женщин. Такой спрос не может возникнуть до тех пор, пока люди не узнают, что существует возможность лечения и что оно может быть действенным в снижении уровня передачи ВИЧ-инфекции грудным детям.

3.5 Услуги добровольного консультирования и тестирования

Программные цели

Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ (ДКТ) становится все более важной областью деятельности программ по профилактике и уходу за ВИЧ-инфицированными. Во время ограниченных исследований оказалось, что люди, которые решили проконсультироваться, а потом пройти тестирование на ВИЧ-инфекцию, изменили определенным образом свое поведение, и это должно способствовать снижению уровня распространения ВИЧ-инфекции. Наличие услуг ДКТ считается также фактором, который снижает уровень стигмы, окружающей ВИЧ-инфекцию, и способствует тому, чтобы общество оказывало поддержку и уход людям, пострадавшим от последствий инфекции. Что особенно важно, услуги ДКТ являются важной отправной точкой для начала предоставления социальных услуг и медицинского и сопутствующего ухода за ВИЧ-инфицированными там, где такие услуги существуют.

Многие национальные программы по борьбе со СПИДом стараются повысить доступность и качество услуг по консультированию и тестированию, поддерживая обучение консультантов и обеспечивая их такими необходимыми средствами, как тест-системы.

В странах, где осуществляются мероприятия по снижению уровня передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, существует особая заинтересованность в консультировании и добровольном тестировании беременных женщин. Эта область деятельности программ ДКТ рассматривается в разделе, который касается передачи вируса от матери ребенку.

Ключевые вопросы

- Существует ли национальная стратегия предоставления консультаций и проведения тестирования на ВИЧ во всех районах?
- Широко ли доступны услуги добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ?
- Имеют ли они достаточные ресурсы (штат, помещение, системы), чтобы функционировать в соответствии с планом?
- Предоставляют ли они качественные услуги?

Проблемы измерения

В консультировании – возможно, больше, чем в любой другой области предоставления услуг – качество услуг определяет результаты. Слабое консультирование может привести к недоразумениям и даже к сопротивлению изменениям, а косвенные доказательства свидетельствуют, что плохое консультирование встречается не так уж редко. Но определить качество консультирования чрезвычайно трудно. Поскольку конфиденциальность является определяющим элементом ДКТ, исследования путем наблюдения проводить довольно нелегко, хотя и нельзя сказать, что это невозможно.

Возможными вариантами оценки качества консультирования является проведение исследований подставных пациентов и «интервью на выходе»; подставные пациенты, в частности, могут помочь избежать некоторых проблем, которые присущи исследованиям под наблюдением. Например, лица, которые предоставляют услуги, или консультанты могут не предоставлять такой же уровень или вид услуг по консультированию, если за ними ведется наблюдение, как тогда, когда они работают в обычном режиме. Для того чтобы использовать подставных пациентов для оценки качества консультирования, необходимо провести с ними тренинг и обеспечить получение ими постоянной поддержки и обратную связь. Кроме того, подставные пациенты должны использоваться в соответствии с теми же руководящими принципами, которые используются при оценке болезней, передающихся половым путем, например, руководителю клиники сообщают о подставных клиентах, и он соглашается с проведением такой процедуры на протяжении определенного периода времени. В конце концов, наблюдения подставных пациентов должны использоваться для улучшения работы консультантов, а не для наказания, и это необходимо подчеркивать участвующим сторонам: руководителям и поставщикам услуг.

Кроме того, вопросы конфиденциальности усложняют также другие измерения результатов и воздействия, такие, как доля ВИЧ-положительных лиц, выявленных при тестировании, которые соответственно направляются в другие учреждения для получения услуг по уходу и поддержке и которые получают такие услуги и поддержку.

В целях определения уровня изменения поведения проводились специальные исследования бывших пациентов. Такие исследования страдают неточностью из-за невозможности последующего контроля и сложности проведения. Они едва ли могут составлять часть стандартной системы мониторинга и оценки.

Спрос на тестирование на ВИЧ трудно измерять. На вопросы анкеты, в которых идет речь о готовности пройти тестирование, как правило, поступает много утвердительных ответов. Однако, если в тех же группах предлагается бесплатное консультирование и тестирование, то уровень использования этих услуг обычно очень низкий. Единственными надежными способами измерения спроса являются те, которые базируются на числе реальных обращений за этими услугами, но и они будут иметь отклонения из-за уровня предоставления услуг, отношения к конфиденциальности и качества консультирования, а также наличия услуг (или, наоборот, из-за уровня стигмы, с которой придется столкнуться) для лиц, получивших положительный результат тестирования на ВИЧ.

Другая сложность в оценке хода предоставления качественных услуг ДКТ заключается в необходимости выбора, какие именно поставщики услуг должны включаться в оценку. В то время как все больше стран имеют специальные центры, которые занимаются исключительно консультированием и тестированием на ВИЧ, значительная часть тестов проводится в частных клиниках или врачебных кабинетах. Тот факт, что тесты предлагаются для диагностических целей, не снижает потребность в пред- и послетестовом консультировании, конфиденциальности и других элементах предоставления качественных услуг.

Показатель добровольного консультирования и тестирования 1

Группы, которые обращаются с просьбой провести ВИЧ-тестирование, проходят тестирование и получают результаты тестирования

Ключевой показатель для генерализованных эпидемий Дополнительный показатель в группах поведения высокого риска при концентрированных эпидемиях, Рекомендуется в областях, где ДКТ получает активное содействие

Определение

Процент опрошенных людей в возрасте 15-49 лет, которые *когда-либо* добровольно обращались с просьбой о проведении теста на ВИЧ, прошли такое тестирование и получили результаты. Предлагается также собирать данные о тех, кто *за последние 12 месяцев* обращался с просьбой о проведении теста на ВИЧ, прошел такое тестирование и получил результаты.

Методы измерения

Исследование населения ЮНЭЙДС; СПИД-модуль ИДЗ; ФХИ ОПН (взрослые); ФХИ ОПН (молодежь)

Что измеряется данным показателем

Охвату качественными услугами ДКТ еще далеко до того, чтобы можно было определять, выполняют ли эти услуги триединую задачу: служить отправной точкой для ухода и поддержки, содействовать безопасному поведению и разорвать порочный круг в виде стигмы и замалчивания проблемы.

Цель этого показателя – составить представление о том, как услуги по тестированию на ВИЧ достигают населения в целом, и каким является процент людей, которые уже знают о своем ВИЧ-статусе. Он может также быть разработан для отдельных групп высокого риска, которым предлагаются услуги по консультированию и тестированию. При расчете для групп высокого риска числитель должен включать только тех, кто обратился с просьбой о проведении теста и

получил его результаты за последние 12 месяцев.

Разложение числителя на компоненты (учитывая, например, людей, которые обратились с просьбой о тестировании и прошли его, но так и не получали его результатов) может указать на пробелы в предоставлении программных услуг и в качестве ухода. Данные о тех, кто не вернулся за результатами или не знает своих результатов, позволят, например, получить представление об уровнях стигмы и/или нежелании узнать свой ВИЧ-статус из-за отсутствия доступных возможностей по уходу.

Как измеряется данный показатель

В исследованиях населения в целом или отдельных групп респондентам задают вопрос о том, обращались ли они когда-нибудь с просьбой о проведении тестирования на ВИЧ, проходили ли такое тестирование и, если проходили, получили ли они результаты. Те, кто когда-либо обращался с просьбой о проведении тестирования и получил результаты, составляют числитель, а знаменателем является количество всех респондентов в исследовании.

Вопросам анкеты предшествует фраза: «Я не хочу знать результаты тестирования...». Что касается большинства показателей, то результаты должны быть представлены по отдельным компонентам для мужчин и женщин. В дополнение к информации о широте охвата услуг ДКТ во времени будет также полезно узнать процент опрошенного населения, которое проходило тестирование и получило результаты *за последние 12 месяцев*; этот показатель лучше отображает изменения во времени.

Сильные стороны и ограничения

В вопросе исследования указывается, что тестирование должно проводиться по просьбе респондента. Во многих ситуациях люди могут полагать, что их кровь когда-либо брали для проведения тестирования на ВИЧ, например, если они сдавали донорскую кровь, подавали заявление о страховании или с целью надзора во время посещения женской консультации. Такие принудительные тесты, реальные или предполагаемые, исключаются из расчета данного показателя, так же как и тесты, которые проводятся с диагностическими целями без согласия пациента, даже если ему позже

сообщили его результаты. Такие тесты не отображают ни охват, ни потребность в предоставлении услуг по тестированию, и, кроме того, они не учитывают принципа «добровольности» тестирования на ВИЧ, на котором делается особый акцент в измерении. Поэтому в вопросах исследования должно отмечаться, что человек сам обратился с просьбой о проведении тестирования.

Во многих странах многим людям предлагалось провести тестирование на ВИЧ в медицинском учреждении, и они принимали это предложение. Чтобы узнать процент людей, которые могут знать свой серологический статус (независимо от того, кто был инициатором проведения тестирования), необходимо также собирать данные о людях, которым предлагалось провести тестирование, которые приняли это предложение и получили свои результаты.

Этот показатель дает некоторое представление о росте охвата услугами, которые отвечают потребностям людей в тестировании. Однако он не ограничивается услугами добровольного тестирования и консультирования, которые предоставляются подготовленными консультантами. Поэтому он может включать тесты, которые проводились частными врачами, не обязательно предоставляющими услуги по консультированию.

В областях, где ВИЧ-инфекция подвергается значительной стигме, респонденты иногда даже не признаются, что проходили тестирование на ВИЧ, поскольку это может рассматриваться как признание того, что они боятся, что могут быть инфицированы. Это тем более справедливо, если вопрос относится к разделу анкеты о рискованном поведении. С другой стороны, в странах, где тестирование широко пропагандируется как «ответственное» дело, некоторые люди могут сказать, что они проходили тестирование, хотя на самом деле это не так. Несмотря на эти потенциальные погрешности, показатель полезен для получения общего представления о проценте людей, которые вообще могут знать свой ВИЧ-статус.

Если показатель приспособлен для отображения процента респондентов, которые обращаются с просьбой о тестировании на ВИЧ, проходят его и получают результаты *за последние 12 месяцев*, то его значение будет отображать недавние изменения в услугах по тестированию, уровень знаний о тестировании среди опрошенного населения и желание пройти тестирование.

Люди, которые подвергались опасности ВИЧ-инфекции более одного раза в жизни, должны стать целевой аудиторией для повторного тестирования. Однако следует заметить, что в группах с высоким уровнем распространенности, где имеет место широкий охват услугами по тестированию, можно ожидать, что на тенденции изменения показателя во времени будет влиять тот факт, что люди, которые оказались ВИЧ-положительными по результатам тестирования, не возвратятся для дальнейшего тестирования в последующие годы.

Единица измерения «когда-либо проходили тестирование» менее чувствительна к последним тенденциям в поведении относительно поиска возможностей тестирования, чем изменение показателя во времени, такое как «проходили тестирование за последние 12 месяцев», но позволяет получить представление об общем охвате услуг по тестированию.

В условиях умеренных и концентрированных эпидемий показатель, вероятно, даст крайне низкий процент, если будет измеряться относительно населения в целом. Однако его можно эффективно использовать при исследованиях поведения в группах с высоким риском инфицирования.

Показатель добровольного консультирования и тестирования 2. Районы, в которых предоставляются услуги ДКТ

Ключевой показатель для генерализованных эпидемий

Определение

Процент районов, где существует, по крайней мере, один центр, укомплектованный подготовленными консультантами, которые предоставляют специальные услуги по консультированию и тестированию на ВИЧ бесплатно или по доступным ценам

Методы измерения

Нет потребности в специальной методике

Что измеряется данным показателем

Это еще одно измерение охвата, но оно сосредоточено более детально на охвате специализированными услугами ДКТ.

Как измеряется данный показатель

С использованием ключевых источников информации и материалов системы здравоохранения о подготовке консультантов составляется список всех учреждений, которые предлагают услуги по консультированию силами подготовленных консультантов, а также по тестированию на ВИЧ. Поскольку цель заключается в том, чтобы получить представление о доступности услуг по консультированию и тестированию, все специализированные услуги, открытые и доступные для большинства населения в целом, должны быть включены, независимо от того, государственные, частные или неправительственные организации их предоставляют. Это включает услуги ДКТ, интегрированные в больничные услуги или услуги первой медицинской помощи. Однако сюда не включаются те услуги, которые предоставляются дополнительно для ограниченного круга клиентов, например, в женских консультациях или учреждениях по лечению ИПП.

Поскольку доступность услуг определяется ценой, это необходимо учесть при

формулировании данного показателя. По предлагаемой формуле цена добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ не должна превышать половины минимальной дневной зарплаты или половины валового национального продукта на душу населения в день в пересчете по паритету покупательной способности. «Низкие» или «приемлемые» цены могут отличаться в разных районах, и потому необходимо скорректировать значение показателя.

Следующим критерием является наличие подготовленного штата сотрудников, которые фактически занимаются консультированием. Если в стране имеются определенные минимальные стандарты подготовки консультантов, то штат, который предоставляет услуги по консультированию, должен соответствовать этим стандартам.

Учреждения, которые отвечают критериям для предоставления услуг, подготовки персонала и цены, приписываются к районам или другим подобным административным единицам. Показатель представляет собой процент всех районов в стране, в которых есть, по крайней мере, одно учреждение, которое отвечает этим критериям. Поскольку районы (или подобные административные единицы) обычно определяются в соответствии с количеством населения, взвешивание показателя считается ненужным.

Сильные стороны и ограничения

Показатель дает примерное представление об охвате населения услугами ДКТ. Он особенно полезен для отслеживания изменений во времени, если национальная программа старается расширить масштабы предоставления услуг, чтобы они удовлетворяли потребности при генерализованной эпидемии. Если охват достигает определенного уровня, то он едва ли опять снизится, и показатель становится устаревшим.

Основное ограничение показателя состоит в том, что он не учитывает масштабы эпидемии (а поэтому и масштабы потенциальной потребности в ДКТ). Он не подходит для использования при умеренных или концентрированных эпидемиях. В этих ситуациях услуги ДКТ будут использоваться более эффективно, если сосредоточить их на обеспечении потребностей групп с уровнем рискованного поведения «выше среднего».

Показатель добровольного консультирования и тестирования 3 Качественное консультирование после проведения тестирования на ВИЧ

Ключевой показатель для стран, которые оказывают содействие добровольному консультированию и тестированию на ВИЧ

Определение

Процент консультаций после прохождения тестирования в учреждениях добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ, которые отвечают международным стандартам качественного предоставления консультаций

Методы измерения

Протокол ЮНЭЙДС для оценки услуг по добровольному консультированию и тестированию на ВИЧ

Что измеряется данным показателем

Качество является основным аспектом эффективности консультирования. Многие программы провели немало мероприятий, направленных на улучшение качества консультирования, не последние из которых – интенсивные тренинги консультантов. Этот показатель измеряет, насколько успешно такие мероприятия привели к качественным услугам по консультированию. Он базируется на наблюдениях за консультациями, проводимых после прохождения тестирования, и использует список контрольных вопросов, чтобы определить балл качества, который включает навыки межличностного общения, информацию, полученную от клиента, точность и полноту информации, сообщенной клиенту, обсуждение личных обстоятельств и уведомление партнера, усиленные профилактические меры, направление на получение ухода и поддержки, если это необходимо, и прочие аспекты консультирования.

Как измеряется данный показатель

При исследовании учреждений, которые предоставляют услуги ДКТ, в каждом учреждении проводится наблюдение за тремя-пятью послетестовыми консультациями, предоставляемыми, по возможности, разными

консультантами. Навыки консультирования оценивают в баллах в соответствии со стандартным списком контрольных вопросов, которые определяют минимальные стандарты качества послетестового консультирования.

Сильные стороны и ограничения

Данный показатель базируется на наблюдениях за предоставлением консультаций. Исследования на основе наблюдений требуют много времени, а консультанты могут отклоняться от своей стандартной практики во время наблюдения из-за присутствия наблюдателя. Конфиденциальность является главным вопросом в наблюдательных исследованиях послетестового консультирования, и необходимо получить согласие пациента до начала проведения наблюдения. Опыт свидетельствует, что консультанты часто сами не желают, чтобы за ними наблюдали. Альтернативой прямым наблюдениям могут быть аудиозаписи консультаций для дальнейшей анонимной проверки. Это может снизить уровень нежелания принимать участие в наблюдении как со стороны самого пациента, так и консультанта, а процесс проверки становится более эффективным, учитывая затраты времени, и дает возможность другим наблюдателям проверить разницу баллов. Однако оба метода связаны с вопросами этики и конфиденциальности информации. Без специальных процедур получения информированного согласия и способности обеспечить конфиденциальность не должно осуществляться никаких попыток записи.

Измерение касается только послетестового консультирования. Общеизвестно, что качество предтестового консультирования также важно для оценки потребностей пациентов, для помощи им в принятии решения о тестировании и подготовке к получению результата. В процессе предоставления и улучшения услуг ДКТ будет важной оценка качества предтестового консультирования. Однако, поскольку время и имеющиеся ресурсы для наблюдательных исследований, вероятно, будут ограничены, то для целей стандартного МиО исследование учреждений должно сосредотачиваться на послетестовом консультировании. Поскольку качество определяется в значительной мере навыками, знаниями и самоотдачей консультанта, вероятно, что баллы пред- и послетестового консультирования будут в значительной мере

соотноситься, с неизбежной погрешностью из-за того, что многие люди не возвращаются, чтобы получить результаты и проконсультироваться.

Так же, как и со всеми составными показателями, улучшение в некоторых областях может скрывать ухудшение в других. Руководители программ захотят увидеть баллы, полученные по отдельным областям навыков и выполнения консультирования, чтобы определить слабые стороны и улучшить программы обучения консультантов.

Показатель добровольного консультирования и тестирования 4 Центры ДКТ, в которых есть минимум условий для предоставления качественных услуг

Ключевой показатель для стран, которые оказывают содействие добровольному консультированию и тестированию на ВИЧ

Определение

Процент клиентов, получивших услуги ДКТ, которые отвечают минимальным условиям, необходимым для предоставления качественных услуг по консультированию и тестированию на ВИЧ

Методы измерения

Протокол ЮНЭЙДС об оценке услуг добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ

Что измеряется данным показателем

Во многих странах добровольное консультирование и тестирование предоставляется неправительственными и общественными организациями, которые плохо финансируются и плохо обеспечены оборудованием, или же перешло к частным медицинским организациям. У многих из них нет даже самых основных структурных мощностей, необходимых для предоставления качественного консультирования, таких, как помещения, где можно было бы конфиденциально предоставлять консультации, или постоянного снабжения электроэнергией, чтобы обеспечить соответствующее хранение проб до тестирования.

Этот показатель измеряет процент организаций, предоставляющих услуги по консультированию и тестированию, которые отвечают основным структурным требованиям, необходимым для предоставления качественного консультирования. Поскольку пункты оцениваются по количеству пациентов, показатель дается как процент пациентов, которым предоставлены услуги в пунктах с адекватными условиями.

Как измеряется данный показатель

Произвольная выборка организаций, предоставляющих услуги по консультированию и тестированию (включая НПО, частные клиники и врачебные кабинеты), проверяется на наличие структурных элементов, необходимых для предоставления качественных услуг по консультированию и тестированию. Это включает подготовленный штат, наличие изолированного помещения для консультирования, системы для соблюдения конфиденциальности, справочник служб для направления пациента и соответствующие условия для обеспечения контроля качества тестирования проб.

Балл, полученный каждым пунктом произвольной выборки, сравнивается с годовой загрузкой этого пункта. Показатель представляет собой количество пациентов, которым предоставлены услуги за последний год в пунктах с соответствующими условиями для предоставления качественных услуг ДКТ, деленное на общее количество клиентов, которым предоставлены услуги за минувший год всеми пунктами выборки.

Сильные стороны и ограничения

Этот показатель является измерением того, что необходимо, но не достаточно для обеспечения качества услуг по консультированию. Процент пациентов, которым предоставлены услуги в учреждении, которое отвечает условиям предоставления качественных услуг, вероятно, отображает также другие факторы, такие, как доступ, имеющиеся услуги по тестированию или история положительного опыта в центре, сообщенная другими членами общины. Количество контекстуальных переменных неизбежно отображается в показателе оценки качества. Цель данного показателя - создать структуру для оценки определенных принятых целей и руководящих принципов.

Потенциальная трудность в создании данного показателя заключается в том, что пункты с несоответствующим ведением учета иногда не имеют информации о количестве обслуженных клиентов, из-за чего не удастся индексировать этот показатель по количеству клиентов. Можно определить показатель как простой процент, то есть, процент обследованных учреждений, которые отвечают минимальным условиям надлежащего предоставления услуг. Однако, поскольку наличие плохих условий в

небольшом пункте с незначительным количеством посетителей имеет меньшее значение, чем плохое оснащение крупного и активно действующего центра, следует, по возможности, применять сравнение. (На самом деле, может наблюдаться сильная взаимосвязь между условиями и количеством пациентов: количество пациентов может быть низким *из-за* плохих условий).

Как и в случае с другими составными показателями, информацию о разных элементах необходимо подавать по отдельности для целей планирования программы. Также может быть полезно детализировать данный показатель по видам структур, которые предоставляют услуги (НПО, больница, частная клиника и т.п.).

**Показатель добровольного консультирования и тестирования 5
Лаборатории ДКТ, которые придерживаются протоколов о качестве тестирования**

Дополнительный показатель для стран, которые оказывают содействие добровольному консультированию и тестированию на ВИЧ

Определение

Процент тестов на ВИЧ, осуществленных по просьбе центров добровольного консультирования и тестирования на протяжении одного месяца, в которых соблюдены рекомендованные алгоритмы тестирования

Методы измерения

Рекомендации ВОЗ относительно отбора и исполнения тестов на антитела к ВИЧ; Протокол о безопасности крови Оценочного проекта «МОАИР», (раздел о лабораториях скрининга крови)

Что измеряется данным показателем

Поскольку страны работают над расширением доступа к качественным процедурам добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ, значительное внимание уделяется подготовке консультантов. В некоторых странах меньше внимания уделяется обеспечению того, чтобы результаты тестирования надлежащим образом отображали серологический статус. Это очень важно для служб ДКТ, где людям сообщают их ВИЧ-статус. Последствия ошибочного информирования людей о том, что они ВИЧ-положительны или ВИЧ-отрицательны, могут быть разрушительными как для этих людей, так и для их сексуальных партнеров. Именно поэтому протоколы, которые рекомендуются для тестирования на ВИЧ, после которого человеку должны сообщить информацию о его статусе, более жесткие по сравнению с теми, которые применяются в целях надзора или безопасности крови.

В то время как чувствительность и определенность тест-систем достигли очень высокого уровня, тесты все же могут допускать

погрешности, и в особенности это касается тестов, достаточно доступных для использования в пунктах массового скрининга, таких, как центры ДКТ. Поэтому ВОЗ разработала протоколы, принятые во многих странах, чтобы минимизировать риск того, что кто-нибудь получит неправильные результаты тестирования на ВИЧ. Эти протоколы определяют алгоритмы для повторного тестирования проб с использованием разных тестов. Требуется, по меньшей мере, два теста, прежде чем человеку можно сообщить о его ВИЧ-статусе. Если результаты первых двух тестов не совпадают, то для подтверждения результата проводятся другие виды тестов.

Данный показатель отслеживает степень, в которой лаборатории, проводящие тесты для центров ДКТ, придерживаются этих алгоритмов.

Как измеряется данный показатель

Ретроспективная проверка регистрационных данных осуществляется в лабораториях, которые работают с пробами, взятыми в центрах ДКТ. Во время проверки рассматриваются все пробы, обработанные за определенный одномесячный период, предшествовавший проверке. В процессе работы проверяется, соблюдены ли все алгоритмы тестирования в соответствии с национальными или международными рекомендациями (иными словами, проводилось ли повторное тестирование проб с использованием других тест-систем во избежание неверных положительных или отрицательных результатов, насколько это было возможно).

Структура выборки будет зависеть от национальной программы данной страны. В некоторых странах крупные центры ДКТ имеют собственные лабораторные мощности, в то время как в других пробы обрабатываются в центральных, провинциальных или районных лабораториях. В странах с централизованными учреждениями или ограниченным числом таких учреждений проверка может проводиться во всех соответствующих пунктах, где проводится тестирование в целях ДКТ. В странах, где действуют более масштабные программы, регистрационные данные произвольных выборок могут проверяться по местонахождению учреждений в городской или в сельской местности.

Сильные стороны и ограничения

Преимуществом данного показателя является то, что его довольно легко рассчитать.

Основным ограничением является то, что он касается только одного измерения качества работы лаборатории. Никакое количество повторных тестов не улучшит качества результатов, доступных для пациентов центров ДКТ, если сами лабораторные процедуры некорректны. Плохо вымытое оборудование для тестирования или повторное использование простого оборудования, например, пипеток, может подвергнуть сомнению достоверность всех проведенных тестов, независимо от того, для чего они предназначены: для надзора, диагноза или ДКТ.

Ожидается, что все страны, оказывающие содействие службам ДКТ, имеют национальные руководящие принципы относительно основ контроля качества работы лабораторий, такие как повторное тестирование части всех проб в проверочной лаборатории с использованием высококачественных тест-систем. Более детальную информацию о процедурах контроля качества можно найти в протоколе проверки безопасности крови.

3.6 Передача вируса от матери ребенку

Программные цели

Даже в промышленно развитых странах вмешательства, направленные на ограничение передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, стали доступны только недавно. Поскольку краткосрочные, менее сложные и более дешевые режимы лечения оказываются эффективными в снижении передачи вируса, сегодня эти вмешательства становятся все более доступными и в развивающихся странах. Например, в ходе недавних исследований было обнаружено, что одна доза довольно недорогого антиретровирусного препарата «Невирапин», принятого перорально ВИЧ-инфицированной женщиной во время родов, а другая – ее ребенком на протяжении трех дней после рождения, снижают степень передачи вируса до уровня, который достигается коротким курсом АЗТ. Однако, даже наиболее дешевый режим остается во многих странах дорогим исходя из затрат на здравоохранение на душу населения, поэтому тщательный мониторинг и оценка успешных мероприятий с целью ограничения передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку очень важны.

Стратегии, направленные на ограничение передачи вируса от матери ребенку, как правило, начинаются с мероприятий поддержки первичной профилактики ВИЧ-инфекции среди женщин, которые могут забеременеть. И только если эта стратегия потерпит неудачу, и сексуально активные женщины детородного возраста заражаются ВИЧ, тогда начинают применять другие стратегии.

Следующим является репродуктивный выбор. Женщинам, которые решают вопрос о рождении ребенка, сообщают о последствиях при рождении ребенка ВИЧ-инфицированной матерью и предлагают выяснить их ВИЧ-статус путем добровольного консультирования и тестирования. Те, кто получит положительные результаты тестирования, должны снова пройти консультацию о последствиях беременности и получить советы об использовании надлежащих контрацептивных средств.

ВИЧ-положительные женщины, которые забеременели, могут иметь несколько вариантов

на выбор, если они знают о своей инфицированности. С этой целью общее консультирование и добровольное, конфиденциальное тестирование беременных женщин является основным элементом программ, разработанных для ограничения передачи вируса от матери ребенку. Если женщине становится известен ее статус, перед ней открываются две основные (и дополнительные) профилактические стратегии. Во-первых, она может принимать антиретровирусные препараты (АРВ) на последних неделях беременности или накануне родов. Во-вторых, она может избегать грудного вскармливания ребенка. Вторая стратегия возможна без первой – действительно, она позволяет предотвратить до половины всех случаев вертикальной передачи вируса. Как представляется, антиретровирусное лечение, после которого ребенка кормят грудью, также может снизить риск вертикальной передачи вируса, по крайней мере, для женщин, которые кормят грудью только до шести месяцев. Недавние эксперименты по лечению матерей накануне родов, и матерей и грудных детей сразу же после родов, были успешными в ограничении передачи ВИЧ-инфекции даже среди женщин, которые кормили исключительно грудью на протяжении трех месяцев, после чего отлучали ребенка от груди. Пока новые методы перепроверяются, программы должны быть готовыми осуществлять мониторинг предоставления и наличия этой услуги и оценивать результаты.

Ключевые вопросы

- Существуют ли национальные руководящие принципы о включении профилактики передачи вируса от матери ребенку в повседневные услуги женских консультаций?
- Поддерживают ли беременные женщины связи с системой здравоохранения?
- Способны ли программы предоставить качественное консультирование и тестирование на ВИЧ для всех беременных женщин, которые согласны их пройти?
- Способны ли программы предоставить медицинские препараты и заменители грудного молока женщинам, которые получили положительные результаты тестирования на ВИЧ?

Проблемы измерения

В идеале, показатели предоставления услуг, которые касаются передачи вируса от матери ребенку, должны охватывать предоставление услуг по консультированию и тестированию для беременных женщин, наличие и доступность АЗТ во время беременности, предоставление консультаций относительно кормления младенцев и наличия и доступности заменителей грудного молока. Однако, в то время, когда писалось данное пособие, еще не был решен вопрос о стандартном наборе показателей, и они не испытывались.

Затраты должны быть фактором, который учитывается при оценке результатов. Консультирование, которое включает информацию об АРВ во время беременности, не очень помогает, если АРВ-терапия отсутствует или недоступна.

Как и в случае с обычными услугами ДКТ, качество услуг по консультированию будет важным компонентом при оценке состояния обеспечения профилактическими стратегиями беременных ВИЧ-положительных женщин. Эти вопросы сложные, включают обоюдную конфиденциальность с партнером, будущие решения о профилактике и беременности и кормлении грудного ребенка. Последнее, в свою очередь, включает решение вопроса о ресурсах и возможном заболевании (ребенка) и стигмы (относительно матери).

Конфиденциальность является важным фактором, который усиливает проблемы, присущие разработке показателей. Например, процент ВИЧ-инфицированных матерей, которые не кормят грудью, может быть важным показателем успешной профилактической программы борьбы с вертикальной передачей вируса, но сбор данных для этого показателя фактически невозможен во многих ситуациях.

Очень трудно получить показатели воздействия в этой области. Если не используются непомерно дорогие ПЦР или ЛЦР тесты, то тестирование на ВИЧ при рождении (то есть, тест-система “ЭЛИЗА” на наличие антител) не указывает на ВИЧ-статус грудного ребенка. И в любом случае, около половины всех случаев вертикальной передачи вируса в развивающихся странах происходит после рождения, во время грудного вскармливания. Дополнительный надзор почти невозможно

осуществлять с помощью обычных систем дзорного эпиднадзора. В тех странах, где высок уровень смертности еще до заболевания СПИДом среди детей в возрасте до пяти лет и слабые системы записи актов гражданского состояния, показатели детской смертности недостаточно точные, чтобы регистрировать изменения в уровнях смертности детей в связи с ВИЧ-инфекцией.

Во многих странах осуществляются только крайне ограниченные вмешательства в этой области. Понятно, что выбор мониторинга и оценки в этой области, как и в любой другой, должен зависеть от программных целей: если услуги, направленные на снижение передачи вируса от матери ребенку, ограничены, тогда ресурсы МиО, вероятно, лучше использовать для отслеживания изменений в других областях, где осуществляются более сильные программные мероприятия.

**Показатель передачи вируса от матери
ребенку 1**
**Беременные женщины, прошедшие
консультирование и тестирование на ВИЧ**

Ключевой показатель для стран с генерализованными эпидемиями и стратегиями, направленными на ограничение передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку

Определение

Процент женщин, прошедших консультирование в женских консультациях по поводу их последней беременности, принявших предложение о тестировании и получивших результаты, от числа всех женщин, которые были беременны в какой-либо период в течение двух лет, которые предшествовали исследованию.

Методы измерения

Исследование населения ЮНЭЙДС

Что измеряется данным показателем

Основные активные вмешательства, направленные на снижение передачи инфекции от матери ребенку, зависят от знания ВИЧ-статуса. Знание ВИЧ-статуса во время беременности может также повлиять на выбор репродуктивных вариантов в будущем. В идеале, женщины должны узнавать собственный ВИЧ-статус, воспользовавшись услугами ДКТ до принятия решения забеременеть. Но разрыв между этим идеалом и реальностью зачастую довольно широкий. На практике для многих женщин первая возможность проконсультироваться о ВИЧ-инфекции и пройти тестирование возникает в женской консультации, которая предлагает эти услуги перед определением возможных вмешательств, направленных на снижение передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

Чтобы узнать свой ВИЧ-статус в женской консультации, женщинам необходимо пройти несколько этапов. Во-первых, они должны посещать женскую консультацию. Потом они проходят консультирование и получают предложение пройти тестирование на ВИЧ. На следующем этапе они должны согласиться на проведение тестирования. И, наконец, им

необходимо вернуться за результатами тестирования. И только после послетестового консультирования, которое предоставляется после прохождения всех этих этапов, они смогут принять необходимое решение о лечении и способе кормления ребенка.

Данный показатель измеряет процент недавно забеременевших женщин, которые прошли все названные этапы. Данные собираются во время общего исследования населения, поэтому показатель дает представление об охвате услугами консультирования и тестирования на базе женских консультаций в стране, а не только в специальных пилотных учреждениях.

Как измеряется данный показатель

Во время общих исследований населения женщинам задают вопрос о том, когда у них родился последний ребенок, и получали ли они какой-нибудь дородовой уход перед последними родами. Если это так, то их спрашивают, говорили ли с ними работники женской консультации о ВИЧ-инфекции и предлагали ли им конфиденциальное тестирование на ВИЧ. Если да, то им задается следующий вопрос о том, согласились ли они пройти тестирование и получили ли результаты. Прежде чем задавать вопросы, интервьюер информирует женщин о том, что его не интересуют результаты тестирования.

Для того чтобы измерить последние тенденции, из анализа исключают женщин, которые последний раз рожали более двух лет назад. Показателем является количество женщин, получивших консультации и предложение пройти добровольное тестирование на ВИЧ в ДЖК перед их последними родами за последние два года и получивших результаты своего тестирования, деленное на общее количество женщин, которые участвовали в опросе.

Сильные стороны и ограничения

Это широкий показатель предоставления услуг, который дает представление об охвате в масштабах страны. Однако лишь в немногих странах имеются ресурсы для внедрения консультирования и добровольного тестирования для беременных женщин в масштабах всей страны. В тех странах, где предоставляются профилактические услуги для беременных, они обычно начинаются с пилотных проектов в нескольких женских консультациях, которые предоставляют услуги

ВИЧ-положительным женщинам. Даже если все женщины в пилотных клиниках получают консультирование и предложения пройти тестирование, показатель обычно остается низким на протяжении некоторого времени. Его следует использовать вместе с Показателем передачи вируса от матери ребенку 2.

Поскольку это обобщенный показатель, он не предназначен для определения того, в какой момент женщины оказываются вне охвата предлагаемого ухода. Для программных целей важно знать, чем вызван плохой результат обобщенного показателя: низкой начальной посещаемостью женских консультаций из-за того, что женщинам не предлагали пройти тестирование, или отказом женщин от тестирования, или тем, что они были протестированы, но не вернулись за результатами. Каждый из этих случаев неудач имеет разное значение для программной деятельности, и все они могут быть рассчитаны на основе данных, собранных для этого показателя. Обобщенный показатель не предназначен для измерения качества консультирования или других элементов охвата услугами.

Показатель передачи ВИЧ от матери ребенку 2

Женские консультации, предлагающие или направляющие на добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ (ДКТ)

Ключевой показатель для стран со стратегией снижения передачи ВИЧ от матери ребенку

Определение

Процент клиентов государственных ДЖК, посещающих клиники, которые предлагают консультирование и добровольное тестирование на ВИЧ, осуществляемое подготовленным персоналом, или направляют клиентов в службы ДКТ

Методы измерения

Справочник ЮНЭЙДС по мониторингу и оценке программ профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку;

Методика ЮНЭЙДС для оценки добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ.

Что измеряется данным показателем

В то время как предыдущий показатель позволяет получить представление об охвате беременных женщин консультированием и добровольным тестированием, данный показатель дает представление о проценте государственных ДЖК в стране, предлагающих эти услуги. Иными словами, он дает представление о том, насколько хорошо национальным программам удалось расширить вмешательства, начатые на пилотной основе. Он более динамично отображает деятельность по расширению спектра профилактических услуг для беременных женщин по сравнению с основанным на охвате населения Показателем передачи ВИЧ от матери ребенку 1.

Как измеряется данный показатель

При исследовании лечебных учреждений посещаются произвольно выбранные ДЖК. Проведение бесед с персоналом и изучение документации позволяет определить, есть ли в клинике подготовленный для консультирования персонал, насколько регулярно клиника

консультирует пациентов по вопросам ВИЧ во время беременности и предлагает пройти тестирование на ВИЧ с послетестовым консультированием или же направляет пациентов в другие квалифицированные службы. Также фиксируется ежегодное количество пациентов клиники.

Показатель индексируется по количеству пациентов: количество пациентов, в течение года посетивших ДЖК, предлагающих добровольное тестирование на ВИЧ и послетестовое консультирование силами подготовленного персонала (или же направляющих пациентов в другие службы), деленное на общее количество опрошенных женщин, которые посещали ДЖК в течение прошлого года.

Сильные стороны и ограничения

Частные клиники часто лидируют в предоставлении услуг тем ВИЧ-инфицированным беременным женщинам, которые способны оплатить эти услуги. Поскольку такие услуги относительно дорого стоят, цель национальных программ – сделать их доступными для менее обеспеченных слоев общества путем предоставления услуг в государственных клиниках. Таким образом, рекомендуется ограничить этот показатель измерением уровня предоставления услуг в государственных клиниках. Однако страны, которые расширяют масштабы обучения методике консультирования среди сотрудников частных женских консультаций или традиционных акушеров, могут пожелать включить эти группы в свой показатель.

В идеале, этот показатель должен включать услуги всех государственных ДЖК в стране. Поскольку на практике это может оказаться сложным, практикуется выборочный подход. Однако клиники, как правило, консультируют либо всех своих пациентов, либо никого, поэтому параметры отобранных клиник потенциально могут существенно повлиять на значение показателя, что может усложнить интерпретацию изменений в будущем.

Этот показатель наиболее полезен в странах, которые активно расширяют охват услугами по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку. Устойчивый рост этого показателя обычно отображает устойчивое расширение предоставляемых услуг. Однако при выборочном подходе показатель может медленно отображать прогресс в этой области.

Показатель передачи ВИЧ от матери ребенку 3

Качественное консультирование о проблемах ВИЧ для беременных женщин

Дополнительный показатель для стран, имеющих стратегии уменьшения передачи ВИЧ от матери ребенку

Определение

Процент послетестовых консультаций для женщин, посещающих ДЖК, которые предлагают консультирование и добровольное тестирование на ВИЧ в соответствии с международными стандартами качественного консультирования, включая направления на лечение, если это необходимо.

Методы измерения

Справочник ЮНЭЙДС по мониторингу и оценке программ профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку;

Методология ЮНЭЙДС для оценки услуг по добровольному консультированию и тестированию на ВИЧ.

Что измеряется данным показателем

Консультирование и тестирование на ВИЧ в ДЖК отличается от добровольного конфиденциального тестирования в специализированных консультационных центрах тем, что посетительницы обращаются в ДЖК по другому поводу, не для тестирования. Они могут почти ничего не знать о ВИЧ и даже не думать о необходимости тестирования или его последствиях. Другое отличие состоит в том, что консультирование и тестирование в условиях ДЖК должны вести к конкретным мероприятиям, которые потенциально принесут немедленную пользу матери и ее ребенку. Однако при этом возникает немало сложных вопросов. Например, как консультировать женщин, которые являются ВИЧ-положительными, но рискуют быть изгнанными из дома, если раскроют свое положение, скажем, отказавшись от грудного вскармливания?

Если консультирование и добровольное тестирование будет широко предлагаться беременным женщинам, то маловероятно, что будут изысканы ресурсы для обеспечения всех женщин во всех ДЖК профессиональными консультантами для пред- и послетестового консультирования. Гораздо вероятнее, что вся дополнительная нагрузка по консультированию ляжет на плечи постоянных сотрудников ДЖК, которые прошли краткий курс обучения методам ВИЧ-консультирования.

Этот показатель базируется на наблюдении за послетестовыми консультациями и оценке их качества путем заполнения контрольной таблицы, которая включает такие критерии, как навыки межличностного общения; получение информации от пациента; предоставление точной и полной информации пациенту; обсуждение методов лечения, вариантов кормления грудного ребенка, личных обстоятельств, способов уведомления партнера и прочие аспекты консультирования. Важно, чтобы вмешательство, направленное на защиту ребенка от инфекции, не причинило вреда матери. Особенно важным аспектом консультирования ВИЧ-положительных беременных женщин является направление в службы по уходу и поддержке, которые помогут ВИЧ-инфицированной матери улучшить здоровье и самочувствие.

Как измеряется данный показатель

При проведении опросов в ДЖК, предлагающих беременным женщинам услуги по консультированию и добровольному тестированию на ВИЧ, исследуется 3 - 5 послетестовых консультаций в каждом учреждении. Консультационные навыки оцениваются путем заполнения стандартной контрольной таблицы, в которой представлены минимальные требования к качественному послетестовому консультированию в ДЖК. Контрольная таблица похожа на таблицу, которая используется в Показателе добровольного консультирования и тестирования 4, но дополнительно включает специфические для ДЖК вопросы, такие, как обсуждение риска и механизма вертикальной передачи инфекции, правильное применение антиретровирусной терапии, ее преимущества и недостатки, а также вопросы, связанные с грудным и искусственным вскармливанием. Работа консультантов оценивается также по их умению проводить обсуждение вопросов соблюдения конфиденциальности партнерами,

репродуктивного выбора, контрацепции, а также направления инфицированных матерей в службы по уходу и поддержке в связи с ВИЧ.

Сильные стороны и ограничения

У этого показателя есть такие же сильные стороны и ограничения, как и у других показателей уровня услуг по консультированию. Изучение путем наблюдения – трудоемкий процесс, а кроме того, работа консультантов может отличаться от их обычной практики из-за присутствие наблюдателей. Конфиденциальность является ключевым вопросом при наблюдении за послетестовыми консультациями, поэтому еще до начала консультации под наблюдением необходимо получить согласие пациента. Опыт показывает, что сами консультанты часто не соглашаются, чтобы за их работой наблюдали. Альтернативой прямому наблюдению является запись консультаций на пленку для дальнейшего анонимного изучения. Это помогает уменьшить нежелание участвовать в консультации как со стороны пациента, так и со стороны консультанта, а также экономит время наблюдателей и позволяет им сравнить свои оценки.

Показатель рассматривает только послетестовые консультации. Давно признано, что качество предтестового консультирования является особенно важным в условиях ДЖК, поскольку многие женщины не планируют проходить тестирование на ВИЧ и почти ничего не знают о передаче ВИЧ от матери ребенку и возможных способах профилактики. Однако современная практика предтестового консультирования имеет самые разнообразные формы – от групповых бесед с просмотром видеоинформации до индивидуальных консультаций. Таким образом, в этой области трудно предлагать какую-либо стандартизированную оценку. С другой стороны, результаты тестирования и, по меньшей мере, отдельные аспекты послетестового консультирования всегда должны предусматривать личное взаимодействие консультанта и пациента/супружеской пары.

Как и все другие составные показатели, этот показатель обобщает информацию, которую также необходимо представлять отдельно с целью обеспечения наиболее эффективного управления и планирования программ.

Показатель передачи ВИЧ от матери ребенку 4

Обеспечение антиретровирусной терапией беременных ВИЧ-положительных женщин

Дополнительный показатель для стран, которые предлагают антиретровирусную терапию

Определение

Процент женщин, получивших положительные результаты тестирования на ВИЧ в выбранных ДЖК на протяжении последнего года, которые получают полный курс антиретровирусной терапии для предупреждения передачи ВИЧ от матери ребенку в соответствии с национальными/международными руководящими принципами.

Методы измерения

Справочник ЮНЭЙДС по мониторингу и оценке программ профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку.

Что измеряется данным показателем

Прохождение курса антиретровирусной терапии является важным поворотным пунктом для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку (хотя это еще не конечный пункт, поскольку после родов может возникнуть необходимость в выборе альтернативного способа кормления ребенка). Этот показатель дает представление о проценте беременных женщин, получивших положительные результаты тестирования на ВИЧ в ДЖК, предлагающих услуги по профилактике ВИЧ, которым предоставляется полный курс терапии.

Как измеряется данный показатель

При исследованиях ДЖК, предлагающих профилактические услуги, изучаются истории болезни и записи о результатах тестов на ВИЧ. Числитель определяется количеством женщин с положительными результатами ВИЧ-тестирования, которые вернулись за своим результатом и проходят полный курс антиретровирусной терапии (а также терапии для новорожденного) в соответствии с утвержденным национальным протоколом

лечения (или стандартами ВОЗ/ЮНЭЙДС). Знаменатель составляют все женщины с положительными результатами ВИЧ-тестирования, независимо от того, возвращались ли они за своими результатами.

Сильные стороны и ограничения

Главным ограничением этого показателя является то, что он не измеряет соблюдение режима антиретровирусной терапии. Из-за отсутствия надзора за приемом препаратов, который обеспечивается, например, режимом Прямого наблюдения за лечением (ДОТС), мониторинг соблюдения режима лечения не представляется возможным в рамках стандартной системы мониторинга и оценки. Понятно, что обеспечение лекарствами не обязательно означает их потребление, и дисбаланс может наблюдаться в обеих ситуациях. Женщина может получить лекарства и продать или отдать их кому-нибудь другому, или просто не принимать их по каким-либо другим причинам. С другой стороны, клиники, которые не имеют запасов антиретровирусных препаратов, могут назначать их женщинам с тем, чтобы они приобрели их самостоятельно.

Частные клиники, которые выписывают рецепты, предполагая, что женщины приобретут лекарство самостоятельно, не включаются в этот показатель, несмотря на то, что они могут составлять большую часть клиник, предлагающих программы предупреждения передачи ВИЧ от матери ребенку на протяжении нескольких лет.

Исследования по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку продвигаются быстрыми темпами, и в ближайшие годы можно ожидать значительных изменений в профилактической терапии. Это порождает вопрос о том, какой режим следует взять за основу при расчете этого показателя. Мы рекомендуем брать за основу режим, определенный действующими национальными руководящими принципами (как точку отсчета для оценки профилактических программ) даже если международные директивы уже успели измениться. При отсутствии соответствующих национальных руководящих принципов следует применять последние международные руководящие принципы, утвержденные ЮНЭЙДС, ЮНИСЕФ и ВОЗ.

3.7 Способность договориться о безопасном сексе и виде сексуальных отношений

Программные цели

Сексуальное поведение людей частично формируется их взглядами (а также взглядами окружающего общества) на половые отношения. Если в обществе распространено мнение, например, о том, что для сохранения здоровья мужчинам нужно много партнерш, то лозунги, построенные исключительно на призывах к соблюдению моногамии, вряд ли будут успешными. Если женщина считается семейной собственностью, которая покупается за калым для предоставления сексуальных и репродуктивных услуг мужчине, то лозунги, призывающие женщин использовать презервативы при половых отношениях с мужчинами, скорее всего, принесут мало результатов.

Эффективность кампаний по пропаганде безопасного сексуального поведения зависит от понимания этих норм и убеждений. Долгосрочной целью многих национальных программ по борьбе со СПИДом является изменение этих взглядов путем создания климата, в котором идеи безопасного сексуального поведения было бы легче распространять среди общественности. Поскольку социальные нормы обычно имеют глубокие корни среди старшего поколения, некоторые программы концентрируют свои усилия на молодежи, чьи взгляды легче поддаются влиянию, а поведение еще не устоялось.

Ключевые вопросы

- Существует ли законодательство по защите прав женщин?
- Имеют ли женщины возможность договориться о способе половых отношений?
- Могут ли женщины отказаться от секса или настоять на использовании презерватива?

Проблемы измерения

Социальные нормы могут быть привязаны к определенной культуре, религии или возрастной группе. Чрезвычайно трудно определить взгляды, которые одинаково влияют на сексуальное поведение во всех культурах, поэтому трудно предложить какие-либо универсальные международные показатели.

Взгляды аморфны. Они влияют на поведение, но измерять их труднее, чем поведение. Легче получить прямой ответ на вопрос: «Вы когда-нибудь...?», чем на вопрос: «Вы верите, что...?». Ответ на второй вопрос почти всегда включает предложение: «Это зависит от...». Вообще, качественные исследовательские приемы лучше подходят для определения взглядов, чем количественные методы. Однако качественные методы, в целом, не подходят для определения тенденций во времени.

Несмотря на эти сложности, можно определить некоторые основные взгляды, которые влияют на сексуальное поведение во всех культурах. Представления людей о презервативах могут различаться, но все они будут отображать готовность или неготовность использовать их в данной ситуации. Взаимоотношения между мужчинами и женщинами в разных культурах разные, но двойные стандарты в сексуальном поведении почти всегда существовали во многих разных культурных контекстах. Важно помнить, что изучение взглядов относительно баланса сил в сексуальных отношениях имеет смысл лишь при условии, что принимаются какие-либо меры по изменению этих взглядов.

Показатель способности договориться о безопасном сексе 1

Способность женщин договориться о безопасных половых отношениях со своими мужьями

Дополнительный показатель для генерализованных эпидемий

Определение

Процент респондентов, которые считают, что если мужчина болен ИПП, то женщина может либо отказаться от половых отношений с ним, либо предложить использовать презерватив, от числа всех респондентов, которые слышали об ИПП, при опросе групп населения в возрасте 15-49 лет.

Методы измерения

Исследование населения ЮНЭЙДС

Что измеряется данным показателем

Этот показатель служит для определения общественного восприятия способности женщины договориться о выборе вида сексуальных отношений. Показатель ограничивается изучением типичной ситуации внутри семьи, которая в некоторых культурах определяет для женщины весь мир сексуальных отношений. Указывая на то, что муж болен ИПП, показатель определяет уровень общественного отношения к способности женщины защитить себя от известного рискованного поведения ее мужа.

Как измеряется данный показатель

Этот показатель базируется на гипотетическом вопросе, который задают респондентам во время опроса. Мужчин и женщин просят ответить, может ли женщина отказаться от половых отношений со своим мужем, если он болен ИПП, или попросить его пользоваться презервативом. В данной ситуации этот вопрос является более конкретным, чем «Может ли женщина защитить себя?». Раньше, отвечая на последний вопрос, люди говорили, что женщина может защитить себя, но, отвечая на наводящие вопросы, говорили, что она может принять лекарства. Это не имеет никакого отношения к способности женщины влиять на

выбор вида сексуальных отношений, поэтому эти вопросы были исключены.

Сильные стороны и ограничения

Это полезный показатель в регионах, о которых известно, что женщины там практически бесправны в половых отношениях, и где проводится работа по повышению способности женщин защитить себя в откровенно рискованных ситуациях. Низкое значение этого показателя может быть важным фактором пропагандистской работы.

Предыдущие попытки использования более общих вопросов (например: «Допустимо ли для женщины отказываться от половых отношений со своим мужем?») показали, что ответы трудно интерпретировать. Дело в том, что во многих культурах существуют ситуации, когда женщине можно (или даже предписано обычаями) отказываться от секса, например, в течение определенного количества недель или месяцев после рождения ребенка или во время месячных. Способность женщины отказаться от секса в указанных случаях может вызвать утвердительный ответ на вопрос исследования, но не отображает ее способности договориться с мужем о виде сексуальных отношений в другое время.

3.8 Сексуальное поведение

Задача программы

Пропаганда безопасного сексуального поведения является, наверное, важнейшей областью деятельности большинства сегодняшних национальных программ по борьбе со СПИДом. Программы направлены на пропаганду среди молодежи более позднего начала половой жизни и на создание взаимно моногамных союзов на всю жизнь. Однако, признавая, что такие союзы являются скорее исключением, чем нормой во многих ситуациях, программы также направлены на поощрение людей к уменьшению общего количества половых партнеров и использованию презервативов, особенно с внебрачными партнерами.

Изменение сексуального поведения – задача не из легких. Существует мнение, что в отдельных регионах с высокой распространенностью инфекции большинство сексуально активного взрослого населения с рискованным поведением уже инфицировано, то есть, что взрослое население достигло «точки насыщения» ВИЧ-инфекцией. Вследствие этого основное внимание все чаще уделяется молодежи, которая еще не является сексуально активной или только начинает половую жизнь.

Раннее формирование норм безопасного поведения среди молодежи считается более легкой задачей, чем изменение норм опасного поведения среди взрослого населения. В связи с вниманием, уделяемым формированию безопасного поведения среди молодежи, предлагается отдельный, вспомогательный набор показателей сексуального поведения среди молодежи.

Ключевые вопросы

- Каковы уровень и модели половых отношений в этой группе населения? (Кто с кем вступает в половые связи?)
- Каков уровень незащищенного секса? (Кто использует презервативы и с какими партнерами?)

Методы измерения

Измерение изменений в сексуальном поведении является неотъемлемой частью мониторинга и оценки национальных программ по борьбе с ВИЧ/СПИД/ИПП. Действительно, показатели сексуального поведения и использования презервативов являются, вероятно, важнейшими из всех показателей мониторинга программ профилактики ВИЧ и оценки их эффективности.

Сегодня в области измерения сексуального поведения сделано больше, чем можно было надеяться десять лет назад, когда считалось, что люди никогда не скажут правду о своей сексуальной жизни. Опыт все большего количества стран свидетельствует о том, что люди отвечают на вопросы о сексе и что тенденции этих ответов совпадают с другими доказательствами, такими, как продажа презервативов и распространенность ИПП. Однако многое еще предстоит улучшить. В частности, при ответах на анкеты стандартизированных опросов женщины продолжают занижать число внебрачных половых связей. Сбор информации путем качественных исследований дает более достоверные результаты, но является непрактичным для крупномасштабных программ и не позволяет составлять показатели, необходимые для мониторинга и оценки.

Вероятно, самым сложным вопросом измерения сексуального поведения является классификация сексуальных отношений по степени риска. Этот вопрос становится все более актуальным по мере роста распространенности ВИЧ-инфекции среди широкого населения и стирания граней между такими партнерами «высокого риска», как работники секс-бизнеса, и такими партнерами «низкого риска», как мужья. Предметом основного интереса является не количество партнеров, а модели сексуальных связей, которые практически невозможно проанализировать с помощью простых показателей.

Сегодня наиболее распространенным способом классификации сексуальных отношений на отношения высокого и низкого риска является простое измерение времени: любые (внебрачные) отношения, фактическая или ожидаемая продолжительность которых превышает один год, классифицируются как

«регулярные», а все другие отношения как «нерегулярные».

В наши дни все чаще высказывается мнение, что временной принцип определения «нерегулярности» сексуальных отношений неадекватно отображает степень риска, присущего данным отношениям. Например, многие мужчины могут считать работницу секс-бизнеса, которую они часто посещают, «регулярным партнером» по определению, которое базируется на временном принципе, хотя она очевидно представляет для них больший риск инфицирования, чем верная жена.

Таким образом, предлагается разделять отношения на основе сожителства и отношения в браке. Сексуальные отношения с любым отдельно проживающим внебрачным партнером считаются более рискованными, чем секс с сожителем, независимо от продолжительности отношений. Преимуществом этого определения является то, что оно в равной степени пригодно для всех возрастных групп.

Данные о сексуальном поведении являются одной из основ системы мониторинга и оценки. Они должны, по возможности, более широко использоваться для информирования и объяснения тенденций, обнаруженных в данных дозорного эпиднадзора за ВИЧ и ИПП. С учетом этого выборка для крупных исследований сексуального поведения должна проводиться с целью выявления зон сбора информации для пунктов дозорного эпиднадзора.

Необходимо также задуматься над частотой исследований сексуального поведения. Из-за отсутствия широкомасштабных и кардинально новых видов деятельности программ сексуальное поведение взрослого населения в целом едва ли существенным образом изменится за один ли даже два года. Однако среди молодежи новые поведенческие тенденции могут появиться быстрее, в особенности при условии увеличения программных ресурсов, направленных на формирование безопасного поведения в этой группе.

Показатель сексуального поведения 1 Сексуальные отношения повышенного риска на протяжении последнего года

(Модифицированный профилактический
показатель ВОЗ/ВПС 4)

Ключевой показатель для всех типов эпидемий

Определение

Процент респондентов, которые имели сексуальные отношения с внебрачным, отдельно проживающим партнером на протяжении последних 12 месяцев, от числа всех респондентов, которые ответили, что были сексуально активными на протяжении последних 12 месяцев.

Методы измерения

Исследование населения ЮНЭЙДС, СПИД-модуль Исследований демографии и показателей здравоохранения (ИДЗ), Обзоры поведенческого надзора (ОПН) организации «Фэмили хелс интернешенл» (для взрослого населения)

Что измеряется данным показателем

Распространение ВИЧ-инфекции зависит от незащищенного секса с людьми, которые имеют также других партнеров. Большинство моногамных партнеров проживают вместе, хотя обратное утверждение не всегда верно. Партнеры, которые не живут вместе и имеют нерегулярные сексуальные отношения, скорее всего будут иметь других партнеров на протяжении года. Таким образом, эти партнеры подвергаются более высокому риску передачи ВИЧ по сравнению с партнерами, не так часто меняющимися сексуальными партнерами. Программы профилактики СПИДа направлены на убеждение людей отказаться от большого количества сексуальных партнеров и пропаганду взаимной моногамии. Цель этого показателя - дать представление о проценте населения, вовлеченного в половые отношения относительно высокого риска и, таким образом, вступающего в контакт с множеством половых партнеров, среди которых может циркулировать ВИЧ-инфекция.

Как измеряется данный показатель

Респондентов спрашивают об их семейном положении и последних трех сексуальных партнерах за последние 12 месяцев. При этом фиксируются данные о каждом партнере, включая совместное или раздельное проживание, продолжительность отношений, использование презервативов и прочие факторы. В числитель вносятся те респонденты, которые ответили, что имели половые отношения с партнерами, не являющимися их супругами или сожителями, на протяжении последних 12 месяцев. Знаменателем в этом показателе являются все респонденты, которые имели половые отношения на протяжении последних 12 месяцев.

Полигамные мужчины, которые живут с несколькими женами, не включаются в числитель, если они не имеют половых отношений с другими женщинами, не входящими в состав их семьи.

Сильные стороны и ограничения

Этот показатель дает представление об уровне немоногамных половых отношений. Если люди прекратят половые отношения со всеми своими внебрачными партнерами, это изменение отразится в данном показателе. Однако, если люди просто уменьшат количество внебрачных партнеров, например, с семи до одного, то значение показателя не изменится, хотя потенциально такое изменение может оказать значительное сдерживающее воздействие на распространение эпидемии ВИЧ-инфекции, и его можно рассматривать как серьезный успех программы.

Этот показатель предлагает иное определение сексуальных отношений повышенного риска, отличающееся от того, которое обычно применялось раньше, в особенности для расчета Профилактического показателя 4 ВВЗ/ВПС (ПП4). ПП4 базировался на временном определении регулярных и нерегулярных сексуальных отношений, как было описано выше. Очевидно, что изменение в определении нарушит соответствующую статистику в странах, которые измеряли ПП4, используя старое определение. Однако эта проблема не является непреодолимой. Предложенный метод сбора данных позволяет одновременно рассчитывать как старый показатель ПП4, так и Показатель сексуального поведения 1. На

практике, при сравнении существующих данных разница между двумя показателями была незначительной. Изменение было предложено главным образом потому, что страны сообщали о недовольстве ПП4, связанном, в основном, с тем, что респондентам было трудно понять определения регулярных и нерегулярных партнеров.

Показатель сексуального поведения 2 Использование презервативов во время последнего рискованного сексуального контакта

(Модифицированный профилактический
показатель ВОЗ/ВПС 5)

Ключевой показатель для всех типов эпидемий

Определение

Процент респондентов, которые утверждают, что они использовали презервативы во время последнего сексуального контакта с внебрачным и проживающим отдельно партнером, от числа тех, кто имел сексуальный контакт с таким партнером за последние 12 месяцев.

Методы измерения

Общий опрос населения ЮНЭЙДС, СПИД-модуль ИДЗ; ФХИ ОПН (взрослые)

Что измеряется данным показателем

Если бы каждый раз во время сексуального контакта с внебрачным или отдельно проживающим партнером все люди использовали презервативы, можно было бы предупредить распространение эпидемии ВИЧ гетеросексуальным путем. Хотя одной из целей программ профилактики СПИДа является снижение количества внебрачных сексуальных связей, они должны также пропагандировать использование презервативов при таких связях, если хотят достичь успеха в обуздании эпидемии. Этот показатель отслеживает изменения в использовании презервативов при таких связях.

Как измеряется данный показатель

Респондентам задают вопрос, использовался ли презерватив во время последнего секса с каждым новым сексуальным партнером за последние 12 месяцев. Другие вопросы позволяют классифицировать эти связи как сожителство или как связь с партнером, проживающим отдельно. Те респонденты, которые имели связь хотя бы с одним внебрачным, проживающим отдельно

сексуальным партнером за последние 12 месяцев (это является числителем Показателя сексуального поведения 1) и формируют знаменатель. Числитель – это количество тех респондентов в знаменателе, которые использовали презерватив во время *последнего* сексуального контакта с проживающим отдельно партнером.

Сильные стороны и ограничения

Рост значения этого показателя является очень мощным доказательством того, что кампании по пропаганде использования презервативов достигают своей цели среди основной целевой аудитории.

Поскольку целью таких кампаний является пропаганда постоянного, а не случайного использования презервативов с непостоянными партнерами, в некоторых исследованиях задавали прямой вопрос о постоянном использовании презервативов, предлагая такие варианты ответа «всегда/иногда/никогда». При всей своей полезности для опросов подгрупп населения (см. ниже), такой вопрос может вызвать неточности в ответах респондентов и иметь другие погрешности, а также недостаточно эффективен для общих опросов населения. Вопрос о последнем сексуальном контакте с проживающим отдельно партнером уменьшает погрешность и дает более полноценную многоуровневую картину использования презервативов. Общеизвестным является тот факт, что постоянное использование презервативов является важной целью. И, разумеется, если возрастает уровень постоянного использования презервативов, этот показатель также увеличивается.

Показатель сексуального поведения 3

Коммерческий секс за последний год

Ключевой показатель для концентрированных эпидемий

Дополнительный показатель для генерализованных эпидемий среди определенных групп работников секс-бизнеса

Определение

Процент мужчин, которые имели сексуальный контакт с работником секс-бизнеса за последние 12 месяцев

Методы измерения

Общий опрос населения ЮНЭЙДС, СПИД-модуль ИДЗ; ФХИ ОПН (взрослые)

Что измеряется данным показателем

При концентрированной эпидемии основной интерес вызывают сексуальные контакты между общим населением и группами с высоким риском инфицирования. При гетеросексуальной концентрированной эпидемии начальным источником инфекции выступают работники секс-бизнеса и их клиенты. Впоследствии эти клиенты передают инфекцию своим женам и подругам из общего населения, а также другим работникам секс-бизнеса. В таких ситуациях целью программы профилактики СПИДа является снижение процента мужчин, которые имеют сексуальные контакты с работниками секс-бизнеса, а также пропаганда использования презервативов во время таких контактов. Этот показатель свидетельствует о результате работы по выполнению первой из указанных выше целей.

Как измеряется данный показатель

Этот показатель предназначен только для тех стран, где есть четко определенные группы работников секс-бизнеса (см. ниже). Во время опросов общего населения или во время специализированных опросов мужчин, которые потенциально могут быть клиентами работников секс-бизнеса (военнослужащие, водители грузовиков и т.п.), мужчинам задают прямой вопрос: имели ли они секс с работником секс-бизнеса за последние 12 месяцев.

Даже если в стране существует несколько разных типов работников секс-бизнеса, каждый с разным уровнем риска, все эти группы для целей мониторинга и оценки объединяются в один показатель «коммерческий секс».

Этот показатель состоит из количества мужчин, которые утверждают, что имели сексуальный контакт с работником секс-бизнеса за последние 12 месяцев, деленного на количество всех респондентов-мужчин.

В прошлом в некоторых странах знаменатель этого показателя включал только сексуально активных мужчин, а не всех респондентов-мужчин. Для отслеживания тенденций во времени рекомендуется продолжать рассчитывать этот показатель, учитывая сексуально активных мужчин, но использовать число всех мужчин как знаменатель на протяжении нескольких лет параллельно с предшествующим методом.

Сильные стороны и ограничения

Этот показатель полезен для использования в условиях концентрированных гетеросексуальных эпидемий в тех странах, где коммерческий секс, в особенности секс в публичных домах, широко распространен и где «проститутка» играет четко определенную роль. Это означает, что этот показатель подходит для использования в тех частях мира, где коммерческий секс играет главную роль в распространении эпидемии ВИЧ-инфекции, например, во многих странах Азии.

Попытки собрать и проанализировать данные, используя более широкое определение коммерческого секса (например, с помощью вопросов типа «Давали ли вы или получали ли деньги или подарки в обмен на секс?»), еще не привели к сбору полезной информации. С точки зрения распространения эпидемии, работники секс-бизнеса представляют интерес из-за большого количества партнеров, по причине чего они подвергаются большому риску быть инфицированными и стать распространителями инфекции. Во многих странах это верно только для части людей, которые «получали деньги или подарки за секс». Если в стране нет конкретного местного термина для определения проституции, существует большая вероятность того, что этот показатель не является релевантным для программы и не может быть использован в таких ситуациях.

Кроме того, этот показатель не совсем подходит для применения в условиях эпидемии с высоким уровнем распространенности, так как разница в степени риска заразиться в результате секса с работником секс-бизнеса по сравнению с другим случайным партнером не является значительной.

Можно разработать подобный показатель для клиентов мужчин-работников секс-бизнеса для применения в специальных опросах мужчин, имеющих секс с мужчинами.

Показатель сексуального поведения 4
Использование презервативов во время
последнего коммерческого
сексуального контакта, по данным
клиентов

Ключевой показатель для концентрированных эпидемий

Дополнительный показатель для генерализованных эпидемий с определенными группами работников секс-бизнеса

Определение

Процент мужчин, которые утверждают, что использовали презерватив во время последнего сексуального контакта с работником секс-бизнеса, от числа тех, кто имел сексуальный контакт с работником секс-бизнеса за последние 12 месяцев.

Методы измерения

Опрос населения ЮНЭЙДС, СПИД-модуль ИДЗ; ФХИ ОПН (взрослые)

Что измеряется данным показателем

Этот показатель свидетельствует об успехе или неудаче кампаний по пропаганде использования презервативов среди клиентов работников секс-бизнеса. Этот показатель измеряет количество случаев использования презервативов мужчинами, которые рассматривают своих сексуальных партнеров как работников коммерческого секса.

Как измеряется данный показатель

Как и в случае с Показателем сексуального поведения 3, этот показатель подходит только для тех ситуаций, где существует четкое определение коммерческого секса или проституции. В общих опросах населения или в специализированных опросах среди групп мужчин, которые потенциально могут быть клиентами работников секс-бизнеса (военнослужащие, водители грузовиков и т.п.), мужчин спрашивают, имели ли они сексуальный контакт с работником секс-бизнеса за последние 12 месяцев. Если они отвечают утвердительно, их спрашивают, использовали ли они презерватив во время последнего

сексуального контакта с работником секс-бизнеса.

Показатель – это количество мужчин, которые утверждают, что они использовали презерватив во время последнего сексуального контакта с работником секс-бизнеса, деленное на количество тех респондентов, которые имели секс с работником секс-бизнеса на протяжении последних 12 месяцев.

Сильные стороны и ограничения

Этот показатель очень полезен для оценки эффективности основных программ по пропаганде использования презервативов в коммерческом сексе.

Большинство программ по борьбе со СПИДом направлены на увеличение уровня постоянного использования презервативов во время секса с работником секс-бизнеса. Во время опросов клиентов работников секс-бизнеса следует поставить вопрос о том, как часто они пользовались презервативами во время сексуального контакта с работниками секс-бизнеса на протяжении последнего года – «всегда», «иногда» или «никогда». Однако, соблазн ответить «всегда» очень велик. Вопрос о конкретном или последнем сексуальном контакте с работником секс-бизнеса может дать более корректный показатель уровня использования презервативов в коммерческом сексе. Поэтому этот критерий надо использовать как основной показатель. При этом настоятельно рекомендуется, чтобы программы, направленные на расширение использования презервативов в области коммерческого секса, также разработали показатель постоянного использования презервативов в коммерческом сексе. Если задаются оба вопроса, то вопрос «во время последнего сексуального контакта с работником секс-бизнеса» должен предшествовать вопросу «всегда, иногда, никогда».

Там, где существует несколько четко определенных групп работников секс-бизнеса с разным уровнем возможного риска, -- так, например, можно предположить, что проститутки в публичных домах относятся к группе повышенного риска, чем девушки в ночных клубах, -- данные можно собирать отдельно для разных категорий работников секс-бизнеса. Такой подход может дать важную информацию для разработки программ. Например, мужчины могут сообщить об очень

высоком уровне постоянного использования презервативов в публичных домах и о намного более низком уровне при контактах с женщинами из ночных клубов. Это может стать предупреждающим сигналом о смещении высокой распространенности из одной группы в другую. Однако при составлении этого показателя следует учитывать лишь последний контакт с работником секс-бизнеса из любой группы.

Можно составить подобный показатель для клиентов мужчин-работников секс-бизнеса для применения в специальных опросах мужчин, имеющих секс с мужчинами.

Показатель сексуального поведения 5
Использование презервативов во время
последнего сексуального контакта, по
данным работников секс-бизнеса

Ключевой показатель для концентрированных и умеренных эпидемий, а также для генерализованных эпидемий с определенными группами работников секс-бизнеса

Определение

Процент работников секс-бизнеса, которые утверждают, что они использовали презерватив во время последнего сексуального контакта с клиентом, от числа опрошенных работников секс-бизнеса, которые имели секс с клиентами на протяжении последних 12 месяцев.

Методы измерения

ФХИ ОПН (работники секс-бизнеса)

Что измеряется данным показателем

Этот показатель оценивает успешность кампании по пропаганде использования презервативов в области коммерческого секса на основе данных, предоставленных работниками секс-бизнеса. Несмотря на то, что многие опросы и предыдущие показатели собирали данные у клиентов работников секс-бизнеса, этот показатель охватывает мужчин и женщин, которые сами предоставляют сексуальные услуги. Объединяя эту информацию и данные клиентов работников секс-бизнеса, этот показатель сможет подтвердить правильность данных об уровне коммерческого секса и использования презервативов. Там, где постоянные клиенты коммерческого секса подвергаются стигматизации, они не очень охотно будут рассказывать о сексуальных контактах с работниками секс-бизнеса. Кроме того, клиенты могут захотеть выглядеть лучше и потому будут утверждать, что они использовали презерватив во время последнего сексуального контакта (хотя на самом деле этого не было), в особенности в тех регионах, где программы активно пропагандируют использование презервативов в области коммерческого и других видов секса. Этот показатель основан на ответах работников секс-бизнеса, у которых нет мотивации давать социально желательные

ответы и которые рассматривают ситуацию с другой точки зрения.

Как измеряется данный показатель

В ходе специальных опросов работников секс-бизнеса спрашивают, использовали ли они презерватив во время последнего сексуального контакта с клиентом. Показатель состоит из количества работников секс-бизнеса, которые утверждают, что они использовали презерватив со своим последним клиентом, деленного на общее количество опрошенных работников секс-бизнеса, которые имели сексуальные контакты с клиентами на протяжении последних 12 месяцев.

Сильные стороны и ограничения

Цель большинства программ профилактики СПИДа, целевой аудиторией которых являются работники секс-бизнеса, – это увеличение количества работников секс-бизнеса, которые *всегда* используют презерватив и тем самым защищают себя от ВИЧ-инфекции. Так же как и при опросах клиентов, в анкеты для работников секс-бизнеса включен вопрос о том, как часто они используют презерватив со своими клиентами – «всегда», «иногда» или «никогда». И точно так же очень высок соблазн ответить «всегда». И снова, если задать вопросы о последнем сексуальном контакте, это может дать более точную картину об уровне использования презервативов с клиентами. Однако для программ, которые направлены на увеличение уровня использования презервативов, рекомендуется также создать показатель постоянного использования презервативов в коммерческом сексе. Если задаются оба вопроса, то вопрос «во время последнего сексуального контакта с клиентом» должен предшествовать вопросу «всегда, иногда, никогда».

Разница между двумя ответами может стать очень полезной для целей программы. Например, какая часть респондентов, утверждающих, что они использовали презерватив во время последнего сексуального контакта, также говорит, что они не пользуются презервативами постоянно? Есть ли такие работники секс-бизнеса, которые заявляют о «постоянном» использовании презервативов с клиентами и в то же время говорят, что они не использовали презерватив во время последнего сексуального контакта с клиентом?

Поскольку, как правило, работник секс-бизнеса чаще имеет контакт с клиентами, чем наоборот, то маловероятно, что данные работников секс-бизнеса об использовании презервативов точно совпадут с данными их клиентов. Однако, если данные обеих групп указывают на развитие тенденции в одном направлении, вероятность достоверности этих данных увеличивается.

Можно разработать подобный показатель для мужчин-работников секс-бизнеса для применения в специальных опросах этой группы.

Показатель сексуального поведения 6

Рискованные сексуальные отношения между мужчинами за последний год

Ключевой показатель для концентрированных и умеренных эпидемий

Определение

Процент мужчин, которые имели анальный секс с более чем одним партнером мужского пола на протяжении последних 6 месяцев, от числа всех мужчин, которые имеют секс с мужчинами (МСМ).

Методы измерения

ФХИ - Обзоры поведенческого надзора (ОПН) МСМ

Что измеряется данным показателем

Незащищенный анальный секс бесспорно является самым рискованным видом поведения для передачи ВИЧ среди МСМ. Большинство мероприятий, направленных на эту группу, имеют целью как уменьшение общего количества партнеров, так и увеличение уровня использования презервативов во всех партнерских отношениях.

Этот показатель похож на Показатель сексуального поведения 1 в том, что с его помощью осуществляется попытка измерять частоту разнообразных сексуальных контактов. Поскольку во многих странах совместное проживание партнеров одного пола является редкостью, данное измерение не учитывает различий между совместным проживанием и регулярными отношениями, а принимает во внимание лишь сексуальные отношения со многими партнерами на протяжении последних 6 месяцев.

Как измеряется данный показатель

Данный показатель предназначен для использования в специальных исследованиях среди МСМ. Во время поведенческого исследования выборки МСМ респондентов спрашивают об их сексуальных партнерствах за последние полгода. Относительно партнеров-

мужчин их спрашивают, со сколькими из них они имели анальный секс. Если дается ответ «более чем с одним», то такой респондент включается в числитель данного показателя. Знаменателем выступают все респонденты; предполагается, что стратегия выборки сосредоточена на мужчинах, которые, скорее всего, являются сексуально активными.

Следует отметить, что период времени, к которому привязан данный знаменатель, отличается от тех, которые использовались для других групп. Стандартный период времени для показателей сексуального поведения – 12 месяцев. Полугодичный период используется для данного показателя, так как в большинстве случаев, при использовании ОПН для изучения подгрупп МСМ, стратегия выборки имеет тенденцию к сосредоточению на местах частого пребывания и других местах, где мужчины собираются специально для поиска партнеров мужского пола. Это означает, что те мужчины, которые входят в выборку, наиболее достоверно практикуют рискованное поведение, и имеют большее количество партнеров. Однако именно эти мужчины представляют наибольший интерес для программ по профилактике ВИЧ-инфекции.

Мужчинам из группы тех, которые имели высокое среднее количество партнеров, обычно трудно бывает назвать общее количество партнеров, с которыми у них были отношения на протяжении одного года, периода, который обычно используется в показателях сексуального поведения. Период времени сокращается до 6 месяцев для того, чтобы обеспечить наиболее точные воспоминания. В ситуациях, когда быстрая оценка показывает, что большая часть опрошенных мужчин имеет очень высокие уровни сексуальной активности, можно даже применять одномесячный период для всех показателей сексуального поведения среди МСМ.

Сильные стороны и ограничения

Как и в исследованиях других подгрупп, здесь есть сложности, связанные с выборкой и экстраполяцией результатов, которые, в свою очередь, могут привести к трудностям в сравнении показателей по разным странам и в разные периоды времени.

Все чаще респондентов опросов относительно сексуального поведения детально спрашивают относительно трех их последних партнеров.

Большинство показателей сексуального поведения строятся на базе информации о трех последних партнерах, минимизируя, таким образом, погрешности, связанные со сложностью в припоминании. Однако это невозможно при составлении данного показателя, поскольку не все партнеры мужского пола, с которыми мужчины имели анальный секс, входят в число трех последних сексуальных партнеров. Таким образом, такое измерение будет иметь больше погрешностей, связанных со сложностью в припоминании, чем другие измерения сексуального поведения.

Во многих обществах МСМ имеют также секс с женщинами. Как правило, риск передачи ВИЧ во время анального секса между мужчинами является большим, чем во время вагинального секса между мужчиной и женщиной. Мужчины, которые имеют секс с мужчинами и женщинами, представляют важную «промежуточную» группу между подгруппой высокого риска ВИЧ-инфицирования и большей частью населения с низким риском поражения вирусом. Для того чтобы проследить степень риска в этой промежуточной группе между МСМ и гетеросексуальным населением, программам в странах, где бисексуальная активность является обычным явлением, необходимо будет опросить мужчин не только об их партнерах мужского пола, но и о партнерах-женщинах. Однако большинство программ по профилактике ВИЧ-инфекции, направленных на МСМ, сосредоточено на уменьшении рискованного сексуального поведения между мужчинами и обращают крайне мало внимания на их поведение с партнерами женского пола. Таким образом, предлагается не включать партнеров женского пола во время измерения этого показателя.

Показатель сексуального поведения 7

Использование презерватива во время последнего анального секса между мужчинами

Ключевой показатель для концентрированных и умеренных эпидемий

Определение

Процент мужчин или их партнеров, которые использовали презерватив во время последнего анального секса с партнером мужского пола, от числа тех, кто имел секс с партнером мужского пола на протяжении последних 6 месяцев.

Методы измерения

ФХИ - Обзоры поведенческого надзора (ОПН)
МСМ

Что измеряется данным показателем

Единственным наиболее общим мероприятием среди МСМ является пропаганда использования презервативов во время анального секса. Данный показатель измеряет прогресс на пути к повышению числа защищенных актов анального секса. Главное внимание обращается на последний акт анального секса по тем же причинам, что и в Показателе сексуального поведения 2. Данный показатель измеряет количество случаев использования презерватива активным партнером во время последнего анального секса, однако поскольку детали сексуального акта могут быть неизвестны, респондента спрашивают, использовал ли презерватив он сам *или* его партнер.

Как измеряется данный показатель

Данный показатель предназначен для использования в специальных исследованиях среди МСМ. Во время поведенческого исследования выборки МСМ респондентов спрашивают об их сексуальных партнерствах на протяжении последних 6 месяцев, об анальном сексе в этих партнерствах и об использовании презерватива во время последнего анального секса.

Числителем выступает количество мужчин, которые ответили, что они использовали

презерватив во время последнего акта анального секса. Знаменатель составляют все мужчины, которые ответили, что имели анальный секс, *по крайней мере, один раз* за последние 6 месяцев.

Сильные стороны и ограничения

Данный метод измерения сталкивается с теми же трудностями с припоминанием, что и Показатель сексуального поведения 6. Наиболее серьезным ограничением является то, что он не различает регулярные и нерегулярные отношения и что серологический статус может быть неизвестен. Большое количество пар, которые знают свой серологический статус, или у которых этот статус совпадает, могут решить не использовать презервативы в своих регулярных отношениях. При условии, что они используют презервативы во время любого секса с другими партнерами, это не представляет повышенного риска передачи инфекции между партнерами. В случае, если в постоянном партнерстве презервативы обычно не используются, данный показатель укажет на более высокий уровень риска, чем на самом деле.

Однако определение «регулярных» партнерств в контексте МСМ является довольно трудным делом, особенно в странах, где секс между мужчинами скрывается. Использование презерватива во время последнего анального секса с любым партнером, возможно, является хорошим показателем общего уровня и тенденций защищенного и незащищенного секса среди опрошенных групп.

Как и в случае с Показателем сексуального поведения 6, данный показатель не дает представления о рискованном поведении во время секса с женщинами для мужчин, которые имеют секс как с мужчинами, так и с женщинами. В странах, где мужчины из исследованных подгрупп наиболее вероятно имеют партнеров обоих полов, следует изучать уровень использования презервативов с партнерами женского пола, равно как и с партнерами-мужчинами. В этих случаях данные об использовании презервативов должны быть представлены по отдельности для партнеров мужского и женского пола.

3.9. Сексуальное поведение среди молодежи

Цели программы

Значение молодежи для определения будущего эпидемии ВИЧ-инфекции было описано выше. По мере роста уровня распространенности ВИЧ в условиях генерализованной эпидемии возрастает и вероятность встречи с инфицированным партнером еще на первых этапах сексуальной жизни. Кроме того, возрастает и важность формирования безопасного поведения еще в раннем возрасте. Успех профилактических программ все больше будет оцениваться по их успехам в убеждении молодежи перенести начало половой жизни на более поздний срок, ограничить количество партнеров (или тип сексуальных партнеров, которых они имеют или выбирают) и использовать презервативы во время секса.

Ключевые вопросы

- Когда молодежь начинает активную половую жизнь?
- Насколько безопасным является их сексуальное поведение, когда они становятся сексуально активными?
- Существует ли национальная политика относительно пропаганды использования презервативов среди молодежи, как в школах, так и за их пределами?

Проблемы измерения

Одной из трудностей при выборе показателей сексуальной активности среди молодежи является определение возрастной группы. Чаще всего в данном контексте рассматривается группа молодежи в возрасте от 15 до 24 лет. Однако релевантность данного спектра может значительно варьироваться в разных странах. Во многих странах с высоким уровнем распространенности эпидемии ВИЧ значительная часть молодежи начинает вести активную половую жизнь еще до достижения 15 лет. В таких случаях исследования, направленные на молодежь, должны составить выборку респондентов младше 15 лет. Кроме того, существует широкая вариация подгрупп в границах всей возрастной группы, которую принято называть «молодежью». Поэтому большинство показателей сексуального

поведения молодежи должны быть представлены по отдельности для возрастных групп младше 15 лет (там, где это уместно), от 15 до 19 лет и от 20 до 24 лет. Возможно, что возрастной диапазон респондентов молодежных опросов в стране будет варьироваться еще и по полу. Как и все показатели сексуального поведения, показатели для молодежи должны быть представлены в отдельности по полу, даже если избранный возрастной диапазон совпадает для обоих полов.

Предыдущие попытки отследить сексуальное поведение молодежи часто усложнялись из-за сопротивления со стороны родителей, учителей или других «поборников», считающих, что вопросы сексуального поведения, по словам министра образования одной страны с высоким уровнем распространенности ВИЧ, «не являются важными для этой группы». Отслеживание сексуального поведения молодежи является важной частью качественного мониторинга и оценки программ профилактики ВИЧ в странах с генерализованной эпидемией. В любом случае, руководители программ должны знать, что мероприятия по мониторингу должны быть тщательно подготовлены, с тем чтобы их цель была вполне понятной, а потенциальное противодействие сведено к минимуму.

Особое внимание следует уделить стратегии выборки среди молодежи, поскольку представители групп высокого риска могут находиться за пределами традиционной системы доступа к молодежи, такой, как школьная система. В таком случае, при разработке стратегии выборки следует учесть места, где может собираться молодежь, которая не учится в школе, например, рабочие места, ночные клубы и футбольные стадионы. Необходимо подумать и о тех местах, где высок уровень передачи инфекции, или местах, где молодежь может проявлять сексуальную активность.

Показатель сексуального поведения молодежи 1

Среднестатистический возраст начала половой жизни среди юношей и девушек

Ключевой показатель для генерализованной эпидемии

Определение

Возраст, к которому половина всех опрошенных юношей и девушек в возрасте 15-24 лет уже занимались проникающим сексом (среднестатистический возраст), от числа всех опрошенных молодых людей и девушек.

Методы измерения

Общий опрос населения ЮНЭЙДС; СПИД-модуль ИДЗ; ФХИ ОПН (для молодежи)

Что измеряется данным показателем

Общей целью программы во многих областях является обеспечение того, чтобы молодежь начинала половые отношения в более позднем возрасте. Понятно, что воздержание защищает молодежь от инфицирования. Однако существуют основания считать, что более позднее начало половой жизни уменьшает уязвимость к инфицированию во время полового акта, по крайней мере, у женщин. Этот показатель измеряет возраст, в котором половина несовершеннолетнего населения становится сексуально активной. Рост значения показателя означает, что программы, которые поддерживают воздержание среди молодежи, работают.

Как измеряется данный показатель

Данный показатель базируется на данных текущего уровня девственности среди молодежи, а не на ретроспективных вопросах о возрасте первых половых отношений. Респондентов, которые принимают участие в семейных или специальных исследованиях, ориентированных на молодежь, спрашивают, имели ли они когда-нибудь проникающий секс. В соответствии с процентным соотношением тех, кто говорит, что имел секс, строится график на каждый возрастной год. В среднем, к возрасту, который называют исследуемые,

следует прибавить еще шесть месяцев. (Например, возраст тех, кто говорит, что им 15, будет варьироваться между теми, кому исполнилось 15 лет в день исследования, и теми, кому на следующий день исполнится 16. Исходя из предположения о равномерном возрастном распределении, средний возраст составит 15,5 лет.) Таким образом, к точному возрасту, который используется при вычислении среднестатистического возраста первых половых отношений, следует прибавлять еще полгода.

Сильные стороны и ограничения

Поскольку показатель построен на вопросе о текущем уровне девственности, он чувствительно реагирует на последние изменения в возрасте начала половой жизни. Однако этот показатель сам по себе не создает полной картины возрастного распределения начала половой жизни. При некоторых обстоятельствах, например, когда значительная часть девушек начинает половую жизнь в очень раннем возрасте, тех, кто разрабатывает программы профилактики, могут больше интересоваться крайние, а не средние возрастные показатели.

Для того чтобы показатель был репрезентативным, при использовании метода «текущего уровня» размер выборки для каждого года может быть разумным (желательно не менее 100 респондентов каждого пола на каждый год, в особенности для тех лет, которые, возможно, являются среднестатистическим возрастом).

В большинство вопросников также включены такие вопросы, как «Сколько вам было лет, когда вы впервые вступили в сексуальные отношения?». Эти данные не используются при расчете данного показателя. Это происходит потому, что такие вопросы исключают людей, у которых еще не было сексуальных отношений, вследствие чего возникает тенденция к искажению среднестатистического возраста в сторону снижения. Ретроспективные данные могут использоваться в тех возрастных группах, в которых фактически каждый уже является сексуально активным. Однако показатель, построенный таким образом, не может чувствительно реагировать на последние изменения в возрасте начала половой жизни, но именно эти текущие тенденции представляют основной интерес для выявления эффективности программ профилактики ВИЧ.

Этот показатель в особенности полезен в тех случаях, когда среднестатистический возраст относительно небольшой – между 15 и 19 годами. В том случае, когда среднестатистический возраст начала половой жизни превышает 19 лет и для женщин, и для мужчин, пропаганду воздержания среди несовершеннолетних можно заменить на другие приоритетные мероприятия в рамках программы; тогда этот индикатор утратит важность и может даже не измеряться.

Показатель сексуального поведения молодежи 2

Молодежь, которая имела добрачные сексуальные отношения за последний год

Ключевой показатель для генерализованной эпидемии

Дополнительный показатель для концентрированной эпидемии

Определение

Процент молодых людей и девушек, не состоящих в браке, (в возрасте 15-24 лет), которые имели сексуальные отношения за последние 12 месяцев, от числа всей опрошенной молодежи, не состоящей в браке.

Методы измерения

Общий опрос населения ЮНЭЙДС; СПИД-модуль ИДЗ; ФХИ ОПН (для молодежи).

Что измеряется данным показателем

Данный показатель измеряет уровень добрачных сексуальных отношений среди молодежи. Высокое значение этого показателя отображает неудачу профилактических лозунгов, делающих упор на соблюдение воздержания до брака.

Обратное значение данного показателя (то есть, 100 минус балл показателя) выполняет функцию показателя воздержания среди молодежи, не состоящей в браке. Более поздний возраст начала половых отношений, который измеряется Показателем сексуального поведения молодежи 1, является отображением успеха в пропаганде воздержания. Однако данный показатель фиксирует и дополнительный аспект: любой молодой человек, практикующий воздержание более одного года (независимо от того, имел ли он когда-либо ранее сексуальные отношения), не будет учитываться в числителе Показателя сексуального поведения молодежи 2. Таким образом, обратное значение показателя воздержания будет включать не только девственниц и девственников, но и тех, кто отказался от сексуальных отношений, по меньшей мере, на год в качестве меры защиты от ВИЧ и других ИПП. Учитывая, что учебные и профилактические программы должны быть

направлены на молодежь любого возраста, ожидаемым результатом программы может быть решение воздержаться от секса после слишком ранних сексуальных отношений.

Как измеряется данный показатель

В ходе опроса молодежи в возрасте 15-24 лет респондентов спрашивают об их семейном положении и сексуальных партнерах. В числитель включают тех, кто не состоит в браке и сообщает, что вступал в сексуальные отношения за последние 12 месяцев. В знаменатель входят все респонденты.

Данный показатель необходимо представлять отдельно для женщин и мужчин. Также он может быть вычислен отдельно для тех, кому 15-19 лет, <15 лет и 20-24 соответственно. В некоторых ситуациях процент не состоящих в браке молодых людей в возрасте 20-24 лет будет очень небольшим, по крайней мере, среди женщин, и в этом случае, возможно, не будет необходимости составлять данный показатель для этой возрастной группы.

Сильные стороны и ограничения

Данный показатель играет решающую роль в пропаганде. Родители или другие влиятельные лица, которые считают, что воздержание до брака является единственным приемлемым советом для молодежи, часто выступают против улучшенного полового воспитания и обеспечения молодежи соответствующими услугами. Показатель, который отслеживает добрачный секс, также отслеживает успех или неудачи этой работы и может указать на недостатки в применяемых подходах. Кроме того, данный показатель измеряет изменения в культурно и социально обусловленных нормах, способствующих раннему началу половой жизни. Там, где программы пропагандируют перенос начала половых отношений на более поздний возраст или воздержание вне брачных, моногамных отношений, показатель может снизиться.

Ограничением также является и то, что незначительные размеры выборок из разных возрастных групп могут сильно усложнить анализ и интерпретацию результатов. Кроме того, в тех районах, где ранние браки поощряются и считаются обычным делом, профилактические программы могут иметь ограниченное влияние на изменение доминирующих социальных и культурных норм в вопросах брака.

Показатель сексуального поведения молодежи 3

Молодежь, которая использует презервативы в добрачных сексуальных отношениях

Ключевой показатель для генерализованной эпидемии

Дополнительный показатель для концентрированной эпидемии

Определение

Процент молодых людей и девушек (в возрасте 15-24 лет), не состоящих в браке, которые использовали презервативы во время последних сексуальных отношений, от числа всей опрошенной сексуально активной молодежи, не состоящей в браке.

Методы измерения

Общий опрос населения ЮНЭЙДС; СПИД-модуль ИДЗ; ФХИ ОПН (для молодежи).

Что измеряется данным показателем

В условиях многих эпидемий ВИЧ-инфекции с высоким уровнем распространенности очевидно, что значительное (и возрастающее) число случаев ВИЧ-инфицирования происходит до брака, но сопротивление предоставлению услуг с целью снижения риска среди людей, которые начинают сексуально активные отношения до брака, кое-где довольно интенсивное. Некоторые национальные программы начинают активно пропагандировать предоставление услуг для молодежи и людей, не состоящих в браке. Данный показатель отслеживает их успех в снижении риска ВИЧ-инфицирования во время добрачного секса за счет повышения уровня использования презервативов.

Как измеряется данный показатель

В ходе опроса молодежи в возрасте 15-24 лет респондентов спрашивают об их семейном положении и половых партнерах, в том числе об использовании презерватива во время последних сексуальных отношений с каждым партнером. В числитель включают тех, кто не состоит в браке и сообщает об использовании презерватива во время последнего сексуального

контакта за последние 12 месяцев. В знаменатель включают всех, не состоящих в браке респондентов, которые были сексуально активными на протяжении последних 12 месяцев.

Данный показатель необходимо представлять отдельно для женщин и мужчин. Также он может быть вычислен отдельно для тех, кому 15-19 лет, <15 лет и 20-24 соответственно. В некоторых ситуациях процент не состоящих в браке молодых людей в возрасте 20-24 лет будет очень небольшим, по крайней мере, среди женщин, и в этом случае, возможно, не будет необходимости составлять данный показатель для этой возрастной группы.

Сильные стороны и ограничения

Данный показатель отслеживает уровни риска в добрачных половых отношениях. Очевидно, что его необходимо представлять вместе с предыдущим показателем, поскольку низкие уровни использования презервативов при высоких уровнях добрачных половых отношений вызывают намного больше беспокойства, чем низкие уровни использования презервативов при очень низких уровнях добрачных половых отношений. Данный показатель не различает типы партнеров. Внебрачные отношения среди молодежи, как правило, нестабильны, и смена партнера широко распространена, поэтому любой партнер считается рискованным партнером.

Показатель сексуального поведения молодежи 4

Молодые люди и девушки, которые сменили нескольких партнеров на протяжении последнего года

Ключевой показатель для генерализованной эпидемии

Дополнительный показатель для концентрированной эпидемии

Определение

Процент молодых людей и девушек (в возрасте 15-24 лет), не состоящих в браке, которые имели сексуальные отношения с более чем одним партнером за последние 12 месяцев, от числа всей опрошенной молодежи

Методы измерения

Общий опрос населения ЮНЭЙДС; СПИД-модуль ИДЗ; ФХИ ОПН (для молодежи).

Что измеряется данным показателем

Профилактическая информация для молодежи обычно начинается с советов о воздержании и часто сосредоточена на взаимной моногамии. Но поскольку сексуальные отношения среди молодежи часто нестабильные, отношения, которые планировались как взаимно моногамные, распадаются, и вместо них возникают отношения с другими партнерами, зачастую с теми же самыми планами. Серийная моногамия не особенно эффективно предупреждает ВИЧ-инфицирование, в особенности в условиях эпидемий ВИЧ с высоким уровнем распространенности. Данный показатель определяет ту часть молодых людей и девушек, у которых были отношения с более чем одним партнером за последний год. То есть, это та часть, до которой не дошли советы иметь «одного, взаимно верного партнера».

Как измеряется данный показатель

В ходе опроса молодежи в возрасте 15-24 лет респондентов спрашивают об их половых партнерах за последний год. В числитель включают тех, кто сообщает о более чем одном партнере за последние 12 месяцев. К знаменателю относят всех респондентов.

Данный показатель необходимо представлять отдельно для женщин и мужчин. Кроме того, он может быть рассчитан отдельно для групп в возрасте 15-19 лет, <15 лет и 20-24 лет соответственно.

Сильные стороны и ограничения

Данный показатель не разделяет брачных и внебрачных партнеров. Он отслеживает всех многочисленных партнеров независимо от их относительных уровней риска. В очень похожем показателе сексуального поведения для взрослых (Показатель сексуального поведения 1) разделяются брачные партнеры, партнеры, которые сожительствуют и все другие типы партнерств. Отчасти это позволяет решить проблему с вычислениями, связанную с положением мужчин в полигамных обществах, которые могут иметь многих партнеров в браке. Однако полигамия среди мужчин до 25 лет встречается очень редко. Именно поэтому необязательно уделять этому особое внимание в показателе для молодежи.

На данный показатель также могут отрицательно влиять погрешности из-за того, что респондент ожидает вопрос и не желает признаться в нарушении общественной морали. У молодых людей, получивших слишком много профилактической информации, будет высокая мотивация не указывать всех партнеров. Точно так же, сильное социальное давление на женщин тоже может заставить их давать неточные ответы.

Показатель сексуального поведения молодежи 5

Использование презервативов молодежью во время последнего секса с высокой степенью риска

Ключевой показатель для генерализованной эпидемии

Дополнительный показатель для концентрированной эпидемии

Определение

Процент молодых людей и девушек (в возрасте от 15 до 24 лет), которые имели сексуальные отношения на протяжении последних 12 месяцев и использовали презервативы во время последнего секса с партнером, с которым они не состоят в браке и не проживают совместно, от числа всей опрошенной молодежи.

Методы измерения

Общий опрос населения ЮНЭЙДС; СПИД-модуль ИДЗ; ФХИ ОПН (для молодежи).

Что измеряется данным показателем

Данный показатель отличается от Показателя сексуального поведения молодежи 3 тем, что он включает внебрачных партнеров молодежи, состоящей в браке, а также партнеров тех респондентов, которые еще не состоят в браке или находятся в отношениях, недостаточно стабильных для того, что жить вместе со своим партнером.

Он отличается от Показателя сексуального поведения молодежи 2 тем, что по тем же причинам, что и в Показателе сексуального поведения молодежи 3, он включает в качестве знаменателя всех респондентов, а не только тех, кто указал, что практиковал рискованные сексуальные отношения на протяжении последнего года.

Данный показатель может быть представлен по всему возрастному диапазону от 15 до 24 лет и отдельно по полам. Если необходимо, его также можно представить отдельно для возрастных групп 15 – 19 лет, 20 – 24 лет и младше 15 лет.

Как измеряется данный показатель

В ходе общего опроса населения или целевых групп молодежи всех респондентов спрашивают об их половых партнерах за последний год. Для каждого партнера, о котором рассказывает респондент из числа молодежи, устанавливается статус совместного проживания. В случае если общий опрос населения проводится для лиц в возрасте от 15 до 49 лет, для составления этого показателя данные можно просто разбить по возрастным группам. Знаменателем будет выступать вся молодежь в возрасте от 15 до 24 лет. Числителем будет выступать процент лиц, которые использовали презервативы во время последнего секса с партнером, с которым они не состоят в браке и не проживают совместно, на протяжении последних 12 месяцев.

Сильные стороны и ограничения

С точки зрения пропаганды, данный показатель сексуального поведения молодежи может иметь очень мощный эффект. Там, где этот показатель указывает на низкий уровень использования презервативов при высоком уровне рискованных сексуальных отношений среди молодежи, программам следует сосредоточить внимание на вопросах воздержания после начала сексуальной активности и, прежде всего, на использовании презервативов. Однако именно здесь могут возникнуть наибольшие сложности, если программы не будут решать проблемы сексуальной активности молодежи.

Так же, как и Показатель сексуального поведения молодежи 4, данный показатель охватывает всех людей, не состоящих в браке, которые ведут половую жизнь; их количество обычно достаточно высоко, особенно среди мужчин. Кроме того, он охватывает и состоящую в браке молодежь, которая имеет сексуальные отношения вне брака.

Данный показатель имеет те же погрешности в отчетности, которые присущи всем опросам, связанным с сексуальным поведением; в зависимости от степени насыщенности программных мероприятий и/или существующих культурных или религиозных традиций, молодежь может быть более склонна к раскрытию подробностей своего сексуального поведения, чем взрослые.

Показатель сексуального поведения молодежи 6

Использование презервативов во время первого полового акта

Дополнительный показатель для всех типов эпидемий

Определение

Процент молодых людей и девушек (в возрасте от 15 до 24 лет), которые использовали презерватив во время первого полового акта, от числа всех, кто когда-либо имел сексуальные отношения.

Методы измерения

Общий опрос населения ЮНЭЙДС; ФХИ ОПН (для молодежи).

Что измеряется данным показателем

Обычно считается, что легче поддерживать безопасное сексуальное поведение, сформированное с самого начала сексуальной активности, чем изменять рискованное поведение, когда оно уже стало привычным.

Кроме того, данные, полученные в ходе многочисленных серологических исследований в Африке, свидетельствуют, что большая часть молодых женщин была инфицирована ВИЧ в самом начале их половой жизни.

Поэтому программы по формированию здорового образа жизни для молодежи сосредоточены на пропаганде безопасного сексуального поведения с самого начала сексуальной жизни. Данный показатель измеряет прогресс на пути к формированию безопасного сексуального поведения с самого начала сексуально активной жизни людей.

Данный показатель следует разбить по полу. Детализация по возрасту и концентрация на лицах в возрасте от 15 до 19 лет повысит чувствительность данного показателя к последним изменениям в использовании презервативов во время первого секса, однако для этого размер выборки должен быть большим.

Сильные стороны и ограничения

Единственным ограничением этого измерения является то, что при высоком значении этого показателя может возникнуть ошибочное чувство самоуспокоения. ВИЧ и ИППП – это далеко не все проблемы молодежи. Многие подростки гораздо больше обеспокоены непосредственной угрозой беременности, чем ВИЧ или ИППП. Интегрированные программы для молодежи по формированию жизненных навыков и репродуктивному здоровью подчеркивают, что предотвращение нежелательных беременностей так же важно, как предупреждение ИППП и ВИЧ. Высокие уровни использования презервативов во время первого полового акта могут на самом деле отображать возрастающее использование презервативов в качестве контрацептивов. Когда сексуальная активность становится более регулярной, молодые женщины могут перейти к более долгосрочным формам контрацепции и перестать использовать презервативы. В силу этого важно представить этот показатель вместе с другими показателями уровня использования презервативов среди молодежи, описанными в этом пособии.

Показатель сексуального поведения молодежи 7

Разновозрастные сексуальные отношения

Дополнительный показатель для генерализованных эпидемий

Определение

Процент женщин в возрасте от 15 до 19 лет, которые имели внебрачные сексуальные отношения с мужчинами, которые старше их на 10 лет или более, на протяжении последнего года, от числа всех, кто имел внебрачный секс на протяжении последнего года.

Методы измерения

Общий опрос населения ЮНЭЙДС; СПИД-модуль ИДЗ

Что измеряется данным показателем

Одним из основных факторов, способствующих распространению ВИЧ-инфекции гетеросексуальным путем, являются разновозрастные половые отношения. Часто вирус попадает в новую группу неинфицированной молодежи, когда представители этой возрастной группы вступают в сексуальные отношения с представителями другой возрастной группы, в которой инфекция уже широко распространена. Чаще всего, младшими партнерами являются девушки, а старшими – мужчины. Такой тип партнерства особенно предрасположен к распространению вируса, ведь по физиологическим причинам существует большой риск передачи инфекции во время сексуального акта между молодой неинфицированной девушкой и более зрелым инфицированным мужчиной.

В некоторых странах эта модель разновозрастных сексуальных отношений стала довольно обычной и даже получила название «синдром любимого папы». Программы по борьбе со СПИДом иногда пытаются подходить к решению этой проблемы с обеих сторон: путем проведения ИОК-кампаний, направленных на то, чтобы секс с молодыми женщинами считался социально неприемлемым среди мужчин старшего возраста, и с помощью

мероприятий, направленных на развитие у девушек способностей договариваться с партнером. Данный показатель измеряет прогресс на пути к уменьшению количества молодых женщин, которые имеют сексуальные отношения с мужчинами старшего возраста.

Как измеряется данный показатель

В ходе опроса населения в целом или во время опросов молодежи респондентов спрашивают о трех их последних партнерах. Последовательность вопросов включает вопрос о возрасте партнера, а также об отношениях между респондентом и партнером.

Показатель рассчитывается путем включения в числитель всех женщин в возрасте от 15 до 19 лет, сообщивших, что они имели секс с мужчиной, который старше их на 10 лет или более и с которым они не состоят в браке. Знаменателем выступает число всех женщин в возрасте от 15 до 19 лет, которые сообщили, что вообще имели секс с мужчиной, с которым они не состоят в браке.

Сильные стороны и ограничения

Есть два основных ограничения данного измерения. Первым является то, что люди часто не знают точного возраста своих сексуальных партнеров. Обычно это касается случайных партнеров. Второй слабой стороной является то, что нельзя четко назвать, какая именно разница в возрасте составляет повышенный риск инфицирования ВИЧ.

Если респонденты не уверены относительно возраста партнера, они часто дают приблизительные и округленные ответы типа «30 или 40 лет». Это может привести к значительным погрешностям данного показателя. Однако следует отметить, что погрешности, связанные с округлением возрастных показателей или неверным их сообщением во время опроса, едва ли сильно изменятся с течением времени, так что это будет иметь незначительные последствия при рассмотрении общих тенденций.

Данное измерение не даст точной картины моделей разновозрастных половых отношений, и не отразит небольших изменений в возрастной разнице между партнерами. Однако оно зафиксирует значительные изменения в разновозрастных половых отношениях, которые пропагандируют программы по

предотвращению ВИЧ и программы по формированию жизненных навыков, поскольку женщины вряд ли спутают своих ровесников с мужчинами намного старше себя. Если при выборе сексуальных партнеров женщины будут чаще отдавать предпочтение ровесникам, или если мужчины старшего возраста будут реже искать значительно более молодых партнеров, то эти изменения будут отображены в данном показателе, независимо от ошибок в указанном респондентами возрасте партнеров.

Показатель относится лишь к внебрачным отношениям. Молодые женщины могут также подвергаться более высокому риску инфицирования ВИЧ, если вступают в брак с мужчинами, которые значительно старше их. Однако большая разница в возрасте между мужчинами и женщинами в браке является обычным и общепринятым явлением во многих обществах, ведь практически ни одна программа профилактики ВИЧ-инфекции не принимает специальные меры, чтобы уменьшить разницу в возрасте между состоящими в браке партнерами. Таким образом, эти партнерства не учитываются при построении данного показателя.

3.10 Потребление инъекционных наркотиков

Цели программы

Во многих странах с концентрированным уровнем эпидемии ВИЧ-инфекция наиболее быстро распространяется среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). Профилактические мероприятия в этой группе риска довольно часто игнорируются во многих странах, главным образом, из политических соображений, даже если доступные и эффективные мероприятия действительно существуют. По политическим соображениям эти страны не хотят открыто оказывать услуги по поддержке для представителей группы риска, чье поведение в любом случае незаконно.

В последние годы сторонники системы государственного здравоохранения продемонстрировали, что эффективные меры, направленные на уменьшение числа людей, потребляющих инъекционные наркотики, могут привести к улучшению состояния экономики и состояния здоровья общества в целом.

Поскольку использование общих игл и шприцев при инъекции способствует распространению ВИЧ-инфекции, то наиболее эффективными мерами для уменьшения распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН являются те, которые снижают уровень общего использования игл и инъекционного инструментария. Традиционными мероприятиями, направленными на снижение распространенности ВИЧ-инфекции, являются также стерилизация инъекционного инструментария, снижение рискованной практики приготовления наркотиков и пропаганда использования презервативов с сексуальными партнерами. Попытки поощрить ПИН перейти к употреблению других, неинъекционных наркотиков, также ведут к уменьшению риска распространения ВИЧ. Программы также пропагандируют безопасное сексуальное поведение среди потребителей инъекционных наркотиков и стараются свести к минимуму риск передачи ВИЧ-инфекции, которой они заразились путем инъекции, сексуальным партнерам, которые сами не являются потребителями инъекционных наркотиков.

Ключевые вопросы:

- Существует ли национальная политика использования одноразового инъекционного инструментария среди потребителей инъекционных наркотиков?
- Насколько распространенной является рискованная практика введения наркотиков путем инъекций?
- Насколько последовательной является практика безопасного потребления наркотиков?
- Может ли сексуальное поведение ПИН способствовать дальнейшему распространению ВИЧ среди населения в целом?

Проблемы измерения

Наибольшей сложностью при проведении мониторинга и оценки среди потребителей инъекционных наркотиков является доступ к этой группе. Дело в том, что инъекционная наркомания, как правило, незаконна и почти всегда стигматизирована, а лица, которые употребляют наркотики инъекционным путем, часто ведут скрытный образ жизни. Вот почему зачастую довольно трудно сформировать выборку для проведения поведенческих или групповых исследований, которые так или иначе повторяются с течением времени. Проведение оценки ПИН, которые находятся на лечении в реабилитационных клиниках, или среди арестованных за распространение наркотических веществ дает очень приблизительную информацию, которая едва ли позволит составить представление о поведении или масштабах инфицирования среди более общих групп ПИН.

«Картографические» методы с привлечением ПИН в качестве основных источников информации досказали свою полезность для определения общин потребителей инъекционных наркотиков и для оценки их потребностей в профилактике ВИЧ-инфекции и медицинских услугах. Предоставление этих услуг через общественные или «полевые» организации создает условия для проведения эпиднадзора, мониторинга и оценки.

Потребление инъекционных наркотиков. Показатель 1

Потребители инъекционных наркотиков, которые пользовались общим шприцем во время последней инъекции

Ключевой показатель низкого и концентрированного уровня эпидемии со значительным или возрастающим количеством ПИН.

Определение

Процент потребителей инъекционных наркотиков, которые употребляли наркотические вещества на протяжении последнего месяца и которые пользовались общим шприцем во время последней инъекции.

Методы измерения

ФХИ ОПН (потребители инъекционных наркотиков)

Что измеряется данным показателем

Использование общего инъекционного инструментария является наибольшим фактором риска передачи ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, поэтому привлекает большое внимание профилактических программ. В развитых странах, где уже в течение длительного времени ведутся профилактические мероприятия, использование общего инъекционного инструментария является в настоящее время относительно редким явлением среди потребителей инъекционных наркотиков. Но эта проблема существует во многих странах, где данная группа риска переживает стремительный рост.

Этот показатель измеряет степень успеха мероприятий программ, направленных на снижение наиболее рискованной практики - использования общего инъекционного инструментария среди людей, которые продолжают употреблять инъекционные наркотики. Он имеет особое значение для отслеживания общих тенденций в процессе осуществления программ, которые

поддерживают инициативу обмена игл, или программ, которые работают над облегчением доступа к безопасному инъекционному инструментарию.

Как измеряется данный показатель

При проведении поведенческих исследований среди потребителей инъекционных наркотиков, им задавали вопросы об их инъекционных привычках. Те, кто ответили, что пользовались общими иглами, шприцами или другим инъекционным инструментом во время последней инъекции за последний месяц, формируют числитель. Знаменателем является общее число респондентов, которые употребляли наркотики в течение последнего месяца.

Практика употребления инъекционных наркотиков варьируется в зависимости от местности. Для того чтобы охватить по возможности большую группу ПИН, которые практикуют рискованные инъекции, анкеты должны включать в себя все местные типы «инструментария», которые могут привести к обмену биологическими жидкостями организма. Они включают в себя иглы и шприцы, но и другие принадлежности, например те, что используются для «варки» наркотика, тоже могут быть заражены в зависимости от местных способов приготовления наркотического вещества.

Сильные стороны и ограничения

При измерении показателей, касающихся потребителей инъекционных наркотиков, наиболее сложным является установление контакта с ними. Проведение произвольной выборки практически невозможно, а другие виды выборки имеют такие погрешности, которые часто невозможно предусмотреть. Вследствие этого трудно определить, в какой степени опрошенные представляют общую группу ПИН. Там, где репрезентативность выборки является изменчивой, развитие тенденций во времени будет трудно интерпретировать.

Предполагается, что эти опросы проводятся среди людей, которые относятся к группе потребителей инъекционных наркотиков. Возможно, что в ответ на мероприятия, направленные на снижение уровня

распространения ВИЧ, некоторые наркопотребители перестали употреблять наркотики путем инъекций или перешли на употребление неинъекционных наркотиков. Так как показатель создан для отслеживания изменений с течением времени среди представителей группы риска, которые продолжают употреблять наркотики инъекционным путем, лица, которые перестали употреблять наркотики инъекционным путем, не будут включены в знаменатель показателя.

Некоторые учебные программы уделяют основное внимание стерилизации игл среди потребителей. Потребители могут продолжать употреблять наркотики инъекционным путем и даже общими иглами, но должны стерилизовать их между инъекциями. Однако сложно определить, насколько успешными являются попытки индивидуальной стерилизации инструментария. Опыт некоторых учреждений показывает, что широко распространена недостаточная стерилизация инструментов, поэтому многие программы перестали пропагандировать стерилизацию инструментов как метод профилактики, отдавая предпочтение попыткам положить конец употреблению инъекционных наркотиков с использованием общего инструментария. Этот показатель включает в числитель тех представителей потребителей инъекционных наркотиков с рискованным поведением, которые, хотя и стерилизуют, но все еще пользуются общими инструментами.

Так как этот показатель включает в себя лишь тех, кто использовал наркотические вещества путем инъекций в течение последнего месяца, он довольно точно определяет последние тенденции в практике инъекционного употребления наркотиков. В странах, где политика поддержки методов безопасного употребления инъекционных наркотиков не является последовательной, может проследиваться довольно большая вариативность этого показателя. Применение суровых мер со стороны полиции по отношению к потребителям, торговцам или службам поддержки, таким, как центры по обмену игл, могут за очень короткий период времени привести к значительным изменениям в практике использования инъекционных наркотиков.

Этот показатель не является попыткой проследить стабильность отказа от использования общих игл. Он ставит вопрос только об одной, последней по времени инъекции. Этот метод сводит к минимуму погрешности в ответах и доказал свою надежность в других сферах исследования, таких, как использование презерватива во время последнего полового акта. Вопрос стабильности рассматривается в следующем показателе.

Потребление инъекционных наркотиков. Показатель 2

Потребители инъекционных наркотиков, которые не пользовались общим инъекционным инструментарием на протяжении последнего месяца.

Ключевой показатель для умеренных и концентрированных эпидемий со значительными или растущими группами ПИН.

Определение

Процент опрошенных ПИН, которые ответили, что ни разу не пользовались общими инъекционными инструментами на протяжении последнего месяца.

Методика измерения

ФХИ ОПН (потребители инъекционных наркотиков)

Что измеряется данным показателем

Общее использование инъекционного инструментария ВИЧ-инфицированными и неинфицированными ПИН является чрезвычайно эффективным способом распространения ВИЧ-инфекции. Так как риск передачи инфекции в результате одной инъекции очень высок, программы должны быть направлены не просто на уменьшение числа случаев использования общего инъекционного инструментария, а на полное прекращение такого поведения.

Предшествующий показатель использует надежную методику, которая даст достоверную картину роста безопасного инъекционного потребления наркотиков, но не отразит в полной мере роста стабильно безопасного поведения, на достижение которого направлены профилактические программы для ПИН.

Этот показатель измеряет тенденции в стабильно безопасном поведении ПИН, которые продолжают употреблять наркотики инъекционным путем.

Как измеряется данный показатель

При проведении поведенческого исследования среди потребителей инъекционных наркотиков, их спрашивали про их инъекционные привычки. Те, кто ответил, что пользовались общими иглами, шприцами или другими инъекционными инструментами в течение последнего месяца, исключены из числителя. Знаменатель - это число всех респондентов, которые употребляли наркотики инъекционным путем на протяжении последнего месяца.

Как и в предшествующем показателе, анкеты должны включать в себя все местные типы инструментария, которые могут привести к обмену биологическими жидкостями организма.

Сильные стороны и ограничения

Этот показатель имеет те же сильные стороны и ограничения, что и Показатель 1. Кроме того, он, похоже, больше страдает от погрешностей в ответах. В зависимости от местной практики употребления наркотиков, ПИН могут употреблять инъекционные наркотики несколько раз в день. Вызов в памяти обстоятельств каждой инъекции за последние 30 дней может быть проблематичным.

Тенденции, определенные с помощью данного показателя, должны подтвердить изменения, отмеченные в показателе, который рассматривает поведение только во время последней инъекции. Несовпадение двух этих показателей может быть использовано для выявления слабых мест программы.

Потребители инъекционных наркотиков. Показатель 3

Использование презервативов потребителями инъекционных наркотиков во время последнего сексуального контакта, по типу партнера

Дополнительный показатель для умеренной и концентрированной эпидемий со значительной или возрастающей группой ПИН

Определение

Процент потребителей инъекционных наркотиков среди опрошенных, которые использовали презерватив во время последнего полового акта в коммерческих целях, со случайным или постоянным партнером, среди тех, кто имел сексуальные контакты на протяжении последнего года.

Методы измерения

ФХИ ОПН (ПИН)

Что измеряется данным показателем

ПИН часто имеют сексуальных партнеров, которые не потребляют инъекционные наркотики. Из-за широкой распространенности ВИЧ среди ПИН эти партнеры подвергаются особенно высокому риску инфицирования половым путем, если не используется презерватив. Они обеспечивают канал, по которому вирус может попасть к большому количеству людей, которые являются сексуально активными, но не имеют прямых контактов с ПИН.

Хотя мероприятия для ПИН в основном сосредоточены на правилах безопасного выполнения инъекций, многие из них также активно пропагандируют использование презервативов во время сексуального контакта с целью свести к минимуму передачу ВИЧ от ПИН населению в целом. Данный показатель прослеживает изменения в использовании презервативов потребителями инъекционных наркотиков с течением времени по типу партнера.

Как измеряется данный показатель

Различаются три типа партнеров, которые можно рассматривать как три потенциальных суб-показателя.

В ходе исследования ПИН респондентов спрашивают о сексуальных контактах в коммерческих целях на протяжении последнего года. Затем их спрашивают, кто платил – они сами или их сексуальные партнеры, и когда в последний раз они оказывали сексуальные услуги за плату. Показателем выступает количество респондентов, сообщивших, что они использовали презерватив во время последнего сексуального контакта за наркотики или деньги, разделенное на количество всех тех, кто продавал сексуальные услуги на протяжении последнего года.

Во время исследования ПИН респондентов также спрашивают относительно сексуальных контактов со случайными и постоянными партнерами на протяжении последнего года и об использовании презерватива во время последнего по времени полового акта с партнером каждого типа. Показателем является количество респондентов, сообщивших, что они использовали презерватив во время последнего сексуального контакта с определенным типом партнера, разделенное на всех тех, кто имел сексуальные контакты с данным типом партнера на протяжении последнего года. По каждому типу партнера составляется отдельный отчет.

Сильные стороны и ограничения

По причинам, приведенным в разделе о сексуальном поведении, перекрестная оценка использования презерватива во время последнего полового акта дает довольно достоверную картину общего уровня использования презервативов. Основным ограничением такого измерения среди ПИН является то, что оно не проводит различие между партнерами, которые также являются ПИН, и теми, кто ими не являются. Мужчины и женщины, которые потребляют инъекционные наркотики, находятся под угрозой ВИЧ в большей степени из-за употребления наркотиков инъекционным путем, чем из-за своего сексуального поведения – незащищенный секс с партнером, который также является ПИН, вероятно, означает для них лишь небольшой дополнительный риск

инфицирования. Кроме того, пары, которые знают, что они оба ВИЧ-инфицированы, едва ли будут использовать презерватив при половом акте друг с другом. В этом случае незащищенный секс не представляет собой никакого риска. Наибольший риск передачи инфекции половым путем возникает, если ПИН имеет незащищенный секс с кем-либо, кто не потребляет инъекционные наркотики.

Однако проведение различий между партнерами, которые также являются ПИН и теми, кто ими не является, может оказаться неосуществимым. Люди могут не знать инъекционный статус их партнера – в особенности это касается ПИН, которые поддерживают свою привычку за счет секса в коммерческих целях. Также вероятны неточности в воспоминаниях, когда людей спрашивают об использовании презерватива во время сексуального контакта с последним по времени партнером, который не был потребителем инъекционных наркотиков.

Данный показатель различает типы партнеров в интересах программ. В то время как с эпидемиологической точки зрения риск передачи потребителями инъекционных наркотиков ВИЧ-инфекции половым путем не зависит от типа партнера, это имеет большое значение для дальнейшего распространения ВИЧ. Низкий уровень использования презервативов во время секса в коммерческих целях среди ПИН, которые обеспечивают себе возможность покупать наркотики путем продажи сексуальных услуг, с точки зрения эпидемиологии вызывает большую озабоченность, чем низкий уровень использования презервативов с постоянными партнерами, просто потому, что в коммерческом сексе участвует большее число партнеров. Для более эффективной пропаганды использования презервативов с разными типами партнеров могут понадобиться различные виды мероприятий.

3.11 Безопасность крови

Цели программы

На протяжении первых лет эпидемии СПИДа основные усилия были направлены на снижение передачи ВИЧ, связанной с переливанием крови. Эти усилия были сконцентрированы на скрининге антител к ВИЧ, отборе донорской крови, предупреждении переливаний, которых можно избежать, создании банков крови и других мероприятиях.

Большинство этих мероприятий получило активную поддержку со стороны ВОЗ/ВПС. В то время как продолжается работа по обеспечению запаса не инфицированной ВИЧ крови, роспуск ВПС привел к тому, что в странах с ограниченным количеством ресурсов и доноров вопрос безопасности крови утратил приоритетное значение. Это представляет наибольшую проблему в странах Африки к югу от Сахары. При высоком уровне распространения ВИЧ и большом числе случаев переливания крови высочайший риск передачи ВИЧ на этой территории связан с переливанием крови. По данным ЮНЭЙДС, в 1995 году на территории Африки к югу от Сахары одна четвертая часть из 2,3 миллионов порций сданной донорами крови не прошла скрининг на ВИЧ.

Многие из переливаний, которые делают в странах Африки к югу от Сахары, не являются необходимыми, несмотря на высокий уровень реальной потребности в переливании крови среди населения с высоким уровнем рождаемости и распространенными малярией и анемией. В некоторых больницах доноров обычно не проверяют на ВИЧ, поскольку они являются родственниками пациентов. Там, где существуют мероприятия по скринингу, их внедрению часто препятствует недостаток реагентов, квалифицированного персонала или инструментария.

Во многих странах снова начинают уделять внимание этой важной и до недавнего времени игнорируемой области. Прилагаются усилия для разработки и введения в действие нормативов по безопасности крови, особое

внимание обращается на обеспечение контроля качества.

Переливание инфицированной крови, возможно, остается главнейшим источником инфицирования ВИЧ в учреждениях системы здравоохранения. Но существует также риск инфицирования, связанный с другими аспектами лечения. Медицинские работники могут инфицироваться ВИЧ при ранении шприцевой иглой или во время хирургического вмешательства. Некачественные процедуры по уходу со стороны ВИЧ-инфицированного медперсонала также могут подвергнуть пациента риску инфицирования. В медицинских учреждениях ВИЧ может также передаваться от ВИЧ-инфицированного пациента неинфицированному, если инъекционный инструментарий и прочее оборудование недостаточно простерилизованы. Разрабатываются «универсальные меры предосторожности» для сведения к минимуму подобных случаев, но недостаточное снабжение хирургическими перчатками или стерильными иглами, плохая стерилизация инструментария и перегруженный персонал, который не может выполнять трудоемкий повседневный уход за оборудованием для обеспечения безопасности, часто приводят к нарушению этих мер предосторожности.

Ключевые вопросы

- Существуют ли руководящие принципы национальной политики по скринингу донорской крови на ВИЧ?
- Существует ли национальная стратегия относительно использования крови добровольных неоплачиваемых доноров и банков крови?
- Производятся ли переливания крови, которые не являются необходимыми?
- Проводится ли предварительный скрининг доноров крови с целью минимизации риска при заборе крови?
- Надлежащим ли образом проводится скрининг запаса крови?

Задачи измерения

Существует очень мало систематических показателей для любых аспектов безопасности крови, от скрининга доноров до качества существующих систем скрининга на ВИЧ. Крайне необходимы стандартизованные профилактические показатели в сфере безопасности крови; необходимо проводить

мероприятия по скринингу доноров и определению коэффициента переливаний, а также скрининг порций крови. Тем не менее, следует отметить, что при очень высоком уровне распространения эпидемии, например, в случаях, если более одного взрослого из пяти ВИЧ-инфицированы, полезность политики скрининга доноров, возможно, уменьшается. Лучше использовать ресурсы для мониторинга качества процедур скрининга крови. Действительно, чем шире распространение ВИЧ среди населения, тем выше приоритет безопасности крови для национальной программы.

Недостаток квалифицированного персонала и других необходимых средств, таких как реагенты и надежное охлаждение, значительно ограничивают возможность содержания безопасного запаса крови во многих странах. Можно с уверенностью сказать, что подобные препятствия также будут влиять на возможность мониторинга и оценки безопасности крови.

Мониторинг безопасности крови намного проще проводить в тех странах, где вся кровь для переливания собирается централизованно управляемой национальной службой переливания крови, или где вся кровь, независимо от ее происхождения, проходит скрининг в центральных лабораториях. Однако такие службы встречаются довольно редко. Во многих странах обычно существуют частные банки крови, и во многих случаях отдельные больницы используют собственные запасы крови. Много переливаний проводится в частных больницах или клиниках, увеличивая шансы того, что данные об общем количестве переливаний могут быть неполными. Скрининг доноров и порций крови может существенно различаться в отдельных службах. Это означает, что в случаях, если универсальный контроль качества невозможен, решающую роль будет играть структура выборки для мониторинга и оценки, базирующихся на существующих возможностях.

Безопасность крови. Показатель 1

Процент перелитых порций крови, которые прошли скрининг

Ключевой показатель для всех типов эпидемии

Определение

Процент порций крови, перелитых за последние 12 месяцев, которые прошли надлежащий скрининг на ВИЧ, согласно национальным нормативам или нормативам ВОЗ.

Методы измерения

Оценочный проект МОАИР– протокол безопасности крови.

Что измеряется данным показателем

Цель программ по безопасности крови - обеспечить, чтобы подавляющее большинство (в идеале 100 процентов) порций крови проходили скрининг на ВИЧ, а также чтобы порции, включенные в национальный запас крови, были на самом деле не инфицированы. Во многих странах это очевидно не так. Некоторые порции крови совсем не проходят скрининг, для других скрининг проводит неквалифицированный персонал, использующий устаревшее оборудование или несоответствующие затратные материалы. Более того, тестирование крови несоответствующими средствами означает, что какое-то количество крови проходит скрининг с использованием тестов на антитела после того, как донор был инфицирован ВИЧ, но до того, как у него выработались антитела к вирусу. В совокупности эти факторы означают, что значительная часть порций крови может быть признана безопасной, даже будучи инфицированной. Данный показатель дает представление об общем проценте порций крови, которые прошли скрининг по довольно высоким стандартам и поэтому могут уверенно быть названными свободными от ВИЧ.

Как измеряется данный показатель

Для данного показателя необходимы три вида информации: количество порций крови, перелитых за последние 12 месяцев, количество порций крови, которые прошли скрининг на ВИЧ за последние 12 месяцев, и, в том числе,

количество порций крови, которые прошли скрининг согласно стандартам ВОЗ или национальным стандартам.

Количество перелитых порций крови и количество порций, которые прошли скрининг, можно узнать от информационных систем здравоохранения (см. Показатель безопасности крови 2). Качество скрининга может быть определено с помощью специального исследования, во время которого проводится повторное тестирование образца крови, уже прошедшего скрининг, или путем проведения оценки условий, в которых проходил скрининг. Чтобы адекватно оценить кровь, которая прошла скрининг, в ситуации, когда нельзя применить вышеизложенный способ, для этого показателя могут быть использованы данные о процентном соотношении учреждений с надлежащей отчетностью о проведении скрининга и переливании крови при отсутствии дефицита комплектов для тест-систем.

Сильные стороны и ограничения

В тех случаях, когда существует достаточная информация для получения показателя, данное измерение является четким показателем общей безопасности запаса крови. Хотя изменения данного показателя могут отображать изменения в соотношении порций крови, которые прошли скрининг, или изменения в качестве процесса скрининга. На показатель может также повлиять успешная кампания по уменьшению числа ненужных переливаний крови, поскольку общее количество перелитых порций уменьшится и соответственно возрастет часть порций, которые прошли скрининг по стандартам ВОЗ/национальным стандартам. Поэтому для программных целей данные по разным элементам этого показателя должны быть представлены по отдельности.

Там, где системы здравоохранения являются децентрализованными, или там, где в скрининге и сохранении крови принимает участие частный сектор, получение достаточно надежной информации для вычисления устойчивого показателя в национальных масштабах может оказаться затруднительным. В этом случае, вероятно, для исследований переливания крови и качества скрининга, базирующихся на существующих возможностях, будет необходимо выбрать дозорные больницы и лаборатории как в государственном, так и в частном секторе.

Безопасность крови. Показатель 2

Снижение количества переливаний крови

Дополнительный показатель для всех типов эпидемии

Определение

Количество порций крови, перелитых за последние 12 месяцев, на 1000 человек населения

Методы измерения

Оценочный проект МОАИР– протокол безопасности крови

Что измеряется данным показателем

Большая часть всех переливаний крови во многих странах не является необходимой, и это верно также для африканских стран с высоким уровнем распространения ВИЧ. Из этого вытекает, что значительная часть всех переливаний крови, которые приводят к инфицированию ВИЧ, фактически не являются необходимыми. Признание этого факта привело к тому, что во многих странах были введены или усилены меры, предназначенные для уменьшения количества переливаний, которые не являются необходимыми. Данный показатель представляет приблизительную оценку успеха в достижении этой цели.

Как измеряется данный показатель

Числитель – общее количество порций крови, перелитых за последние 12 месяцев – составляет знаменатель Показателя безопасности крови 1. В странах с централизованными услугами по переливанию крови или с надежными медицинскими информационными системами данные о количестве порций крови, перелитых ежегодно по всей стране, можно получить из типовых служебных записей. Знаменатель берется по данным переписи населения или другой стандартной информации о населении.

В некоторых странах может возникнуть необходимость ввести систематическое ведение

учета в дозорных больницах и выводить оценки на основании опыта, полученного на дозорных объектах. В таком случае знаменателем будет население района или города, которое обслуживается этой больницей.

Сильные стороны и ограничения

Данный показатель не сможет показать, какие из переливаний являются необходимыми, а какие нет, поэтому в лучшем случае он дает приблизительную характеристику прогресса в уменьшении общего количества переливаний. Однако если желательнее дальнейшее изучение этого вопроса и есть основания для проведения дополнительной работы, могут быть собраны дополнительные данные. Этот показатель для разных стран не подлежит сравнению, поскольку настоящая потребность в переливаниях может различаться от страны к стране, но он дает представление о тенденциях в течение времени в отдельной стране. Если существуют национальные нормативы по переливанию крови, то на основании отчетности больниц можно определить количественное соотношение переливаний, которые не были необходимыми.

Безопасность крови. Показатель 3

Районы или регионы, в которых есть подбор доноров и службы по переливанию крови

Ключевой показатель для всех типов эпидемии

Определение

Процент районов или регионов, в которых есть доступ к службам по переливанию крови, которые не платят донорам крови и не подбирают доноров среди родственников пациента

Методы измерения

Оценочный проект МОАИР– протокол безопасности крови

Что измеряется данным показателем

При отсутствии банка крови доноров часто подбирают среди родственников человека, которому требуется сделать переливание крови, или среди лиц, которые хотят сдать кровь за плату. В некоторых случаях семья обязана найти донора для пополнения запасов крови до того, как будет выдана кровь для переливания. Как выяснилось, такая практика значительно повышает риск переливания инфицированной крови, даже если кровь пройдет скрининг на ВИЧ. Для снижения риска инфицирования ВИЧ путем переливания крови использовался подбор доноров-добровольцев в группах низкого риска, например, среди учеников средней школы, и использование простых скрининговых вопросов при подборе доноров. В некоторых странах плата донору является обычной, в то время как в других странах платная сдача крови запрещена. Оплачиваемые доноры обычно представляют значительно больший риск, чем доноры-добровольцы, даже если случаи очевидно «высокого риска» исключаются или самоисключаются на основе простых скрининговых вопросов.

Во многих странах, где ведется работа над улучшением доступа к безопасной крови, созданы службы переливания крови, в том числе банки крови на региональном или районном уровне, а также проводится систематическая работа по увеличению подбора

доноров-добровольцев и уменьшению или полному отказу от сдачи крови родственниками и оплачиваемыми донорами. Данный показатель определяет, насколько это удалось осуществить на уровне, обусловленном национальной политикой.

Как измеряется данный показатель

Данный показатель по району или региону считается положительным, если, по меньшей мере, 95% крови, переливаемой в крупнейшей больнице, поставляется региональной или местной службой переливания крови, которая проводит скрининг доноров на рискованное поведение и не принимает кровь от родственников и оплачиваемых доноров.

Сильные стороны и ограничения

Данный показатель касается лишь запаса крови в основных учреждениях системы здравоохранения. Во многих районах или регионах разные учреждения будут работать по-разному. Данный показатель необходимо интерпретировать вместе с другими показателями безопасности крови. Простое существование службы по переливанию крови не гарантирует адекватного качества запаса крови и мероприятий по ее хранению и проведению надлежащего скрининга на антитела к ВИЧ.

Безопасность крови. Показатель 4
Учреждения системы здравоохранения
с нормативами и процедурами
профилактики случайного
инфицирования ВИЧ

Дополнительный показатель для генерализованной эпидемии

Определение

Процент медицинских учреждений по данным исследования медицинских учреждений, в которых есть нормативы профилактики нозокомиального инфицирования ВИЧ, адекватные процедуры стерилизации и запас хирургических перчаток

Методы измерения

МОАИР: оценка уровня предоставляемых услуг (ОПУ); Оценочный проект МОАИР-протокол безопасности крови

Что измеряется данным показателем

Если среди пациентов медицинских учреждений возрастает распространение ВИЧ, возрастает также и опасность случайной передачи ВИЧ между медицинским работником и пациентом, или от одного пациента другому. Такое инфицирование может произойти вследствие неправильной стерилизации или из-за небрежности при утилизации оборудования или инструментов, которые контактировали с биологическими жидкостями организма, или в результате случайного ранения во время хирургического вмешательства или повседневного ухода.

Риск случайного инфицирования может быть уменьшен путем постоянного использования хирургических перчаток в любой деятельности по уходу, надлежащей стерилизации медицинского инструментария и осторожного обращения, хранения и утилизации инструментария. Данный показатель дает представление о количественном соотношении медицинских учреждений, которые выполняют минимальные условия, необходимые для снижения случайного инфицирования ВИЧ.

Как измеряется данный показатель

При проведении опроса в выбранных по случайной схеме медицинских учреждениях первого, второго и третьего уровней, медицинских работников просят показать документы, содержащие нормативы по предотвращению случайного инфицирования ВИЧ. Также проверяется запас хирургических перчаток и оборудования для стерилизации. Следует понаблюдать, как проводится стерилизация, чтобы увидеть, отвечает ли она этим нормативам. При отсутствии нормативных документов способы стерилизации должны отвечать национальным (а если такие отсутствуют, международным) стандартам. Если нет возможности наблюдать за стерилизацией, можно опросить медицинских работников. Данные, полученные в результате такого опроса, скорее всего, окажутся необъективными.

Учреждения, в которых есть нормативные документы по правилам безопасности, надлежащим образом проводится стерилизация и на текущий момент есть запас хирургических перчаток, составляют числитель данного показателя. Учреждения, не получившие положительной оценки по всем трем условиям, не включаются в числитель. Знаменатель составляют все исследуемые учреждения.

Сильные стороны и ограничения

Преимуществом данного показателя является относительная легкость, с которой он может быть составлен во время текущих исследований в медицинских учреждениях, которые проводятся для мониторинга служб по уходу и поддержке.

Это косвенное измерение риска передачи ВИЧ в медицинских учреждениях. Существование нормативов не обязательно означает, что текущая деятельность отвечает их требованиям. Наличие перчаток также не означает, что перчатки всегда надеваются в ситуациях, когда их использование может минимизировать риск инфицирования ВИЧ. Действительно, в некоторых учреждениях, где риск инфицирования низкий, работники системы здравоохранения сознательно избегают надевать перчатки, во избежание стигматизации ВИЧ-инфицированных пациентов. Степень соответствия деятельности нормативам будет отображена в оценке компонента стерилизации, которая определяется путем проверки

соответствия способов стерилизации контрольной таблице, взятой из местных, национальных или международных стандартов.

Запись фактических происшествий, которые являются рискованными с точки зрения инфицирования ВИЧ – например, ранение иглой, повреждение перчаток во время хирургического вмешательства, - может более точно сосчитать рискованные действия в медицинских учреждениях. Однако опыт показывает, что полнота отчетов по таким происшествиям широко варьируется. В странах с широким распространением ВИЧ-инфекции и высоким уровнем стигматизации, медицинские работники часто решают не сообщать о ранении из-за политики принудительного тестирования на ВИЧ для пострадавших. (Эти тесты зачастую следует проводить перед началом профилактического лечения антиретровирусными препаратами после происшествия.) Случаи, внесенные в отчет, также не отображают опасность инфицирования между пациентами.

Для достижения программных целей данный показатель необходимо детализировать по компонентам, а также по уровню медицинского учреждения.

3.12 Уход за больными и профилактика ИПП

Цели программы

Инфекции, передающиеся половым путем (ИПП), являются основной проблемой государственного здравоохранения во многих странах. Поскольку наличие других ИПП повышает вероятность инфицирования ВИЧ, наступление СПИДа дало новый импульс для лечения и профилактики ИПП. Данный комплекс по уходу за больными включает синдромный подход к ИПП. Пациента опрашивают и проводят медицинское обследование. Если наличествующие симптомы говорят об инфицировании, проводится курс лечения пациента от всего спектра возбудителей, которые могут вызвать данные симптомы. Это избавляет от необходимости в сложном с точки зрения материально-технического обеспечения и порой дорогостоящем лабораторном тестировании.

В центре внимания многих программ находится также увеличение числа обращений в учреждения по лечению ИПП, в особенности среди молодежи, чьи потребности почти полностью игнорировались предшествующими системами. Что касается мониторинга и оценки, следует продолжать работу мониторинговых программ с целью обеспечения высокого качества услуг по лечению ИПП. Также необходимо проводить мониторинг числа обращений в учреждения по лечению ИПП, как точки отсчета в профилактике дальнейшего рискованного сексуального поведения, а также как возможности доступа (путем направления партнера) к другим людям с высоким риском инфицирования ВИЧ и ИПП.

Ключевые вопросы

- Существуют ли национальные нормативы по соответствующему подходу к ИПП в службах здравоохранения?
- Существуют ли нормативы по скринингу сифилиса в женских консультациях?
- Обеспечивают ли службы лечения ИПП соответствующий уход за мужчинами и женщинами, инфицированными ИПП?
- Доступны ли препараты, необходимые для лечения?
- Насколько эффективно используются службы по лечению ИПП в качестве точки отсчета для профилактики ВИЧ?

Задачи измерения

В МиО программ по ИПП накоплено больше опыта, чем в большинстве других областей программной деятельности, связанной с ВИЧ. В условиях эпидемии ВИЧ особенно важен мониторинг ИПП на двух уровнях: эффективное лечение ИПП имеет большое значение, поскольку ИПП существенно увеличивают шанс инфицирования ВИЧ в результате незащищенного секса между инфицированным и неинфицированным партнерами. На уровне воздействия можно использовать ИПП как надежный критерий воздействия программ профилактики ВИЧ, поскольку ИПП, как и ВИЧ, является признаком незащищенного секса с моногамным партнером.

Однако в отличие от ВИЧ, бактериальные ИПП излечимы, поэтому новые случаи обычно отображают недавнюю рискованную сексуальную активность, а ВИЧ может быть признаком рискованного поведения на протяжении десятилетия. Таким образом, программы профилактики ВИЧ должны оказать ощутимое воздействие на ИПП до того, как будут наблюдаться значительные изменения в распространении ВИЧ. Показатели воздействия программ обсуждаются в последней части данного документа.

Услуги, связанные с лечением ИПП.

Показатель 1

Надлежащее диагностирование и лечение ИПП

(Модифицированный показатель профилактики ВОЗ/ГПС 6)

Ключевой показатель для всех типов эпидемии

Определение

Процент пациентов с ИПП в выбранных медицинских учреждениях с правильно поставленным диагнозом и лечением согласно национальным нормативам, от всех пациентов с ИПП в этих центрах

Методы измерения

Исправленные и дополненные нормативы ВОЗ/ЮНЭЙДС по оценке услуг, связанных с ИПП; МОАИР оценка уровня предоставления услуг (ОПУ)

Что измеряется данным показателем

Программы, связанные с ИПП, уделяют особое внимание синдромному подходу как наиболее целесообразному в ситуации широкого распространения и небольшого количества ресурсов. Переход к синдромному подходу увеличил потенциальный охват услугами по предоставлению ухода, с тех пор как уменьшилось количество препятствий для диагностики. Это потребовало очень больших инвестиций в обучение медицинских сестер и других медицинских работников, которые ничего не знали об этом подходе, а часто и об уходе за больными ИПП вообще.

Данный показатель отображает успешность такого обучения вкупе с мероприятиями по обеспечению пунктов предоставления услуг соответствующими запасами препаратов и других необходимых материалов. Он также отслеживает изменения в обеспечении надлежащего ухода за пациентами, нуждающимися в лечении от ИПП.

Большое значение для исследования имеет выбор пунктов по уходу за больными ИПП. Традиционно данный показатель составлялся в основном для государственных венерологических клиник. В большинстве

случаев это происходило потому, что сначала обучение синдромному подходу проводилось для работников государственного сектора. Однако широко известно, что больные ИПП часто обращаются за лечением к представителям других секторов – или в частные клиники, или в аптеки или к традиционным целителям. В некоторых странах их начали включать в программы обучения синдромному подходу, и в этих секторах были успешно проведены оценки с использованием данного показателя. В исследование работы пунктов по предоставлению услуг следует включать представителей всех секторов, которые проходили обучение синдромному подходу к ИПП.

Как измеряется данный показатель

Данные собираются во время наблюдений и опроса работников выбранных медицинских учреждений, которые осуществляют уход за больными ИПП. Работников оценивают по ведению историй болезни, обследованию и лечению пациентов. Работник должен получить положительную оценку по всем трем аспектам при взаимодействии с клиентом для того, чтобы этот клиент вошел в числитель данного показателя.

С момента разработки профилактических показателей 6 и 7 ВОЗ/ВПС (ПП6 и 7) разработчики протоколов провели испытание несколько альтернативных методов сбора данных. Вместо, а в некоторых случаях, в дополнение к наблюдению и опросу работников данные собирались с помощью «интервью на выходе» с клиентами и взаимодействия с «подсадными» клиентами – то есть, подготовленными специалистами, которые выступали в роли клиентов.

«Надлежащий» диагноз и лечение оцениваются соответственно национальным нормативам, которые регулируют услуги, связанные с ИПП. В развивающихся странах в них обычно содержатся протоколы по синдромному подходу к распространенным в данной местности патогенным микроорганизмам, которые передаются половым путем, а также по лечению препаратами, которые указаны в национальных списках препаратов. В некоторых странах приемлемыми считаются и синдромный, и этиологический подходы, соответственно диагностическим возможностям учреждений, которые обеспечивают услуги. Там, где нет национальных нормативов по синдромному подходу, для оценки соответствия

лечения могут быть использованы нормативы ВОЗ по синдромному подходу к ИПП.

Сильные стороны и ограничения

Данный показатель, полученный путем наблюдений с использованием опроса работников в процессе сбора данных с целью анализа, получил широкое применение и доказал свою пригодность. Изучалась степень отрицательного влияния на данные методов прямого наблюдения и опроса работников. Считается, что во время наблюдения сотрудники работают лучше, чем обычно, или сообщают о большем количестве «правильных» диагнозов и лечения, преуменьшая разрыв между знаниями и практической деятельностью. Использование методов интервью на выходе с клиентами и «подсадных» клиентов, равно как и проверка на пригодность, продемонстрировали, что погрешности не так велики, как предполагалось. Разрыв между знаниями и практической деятельностью в сфере лечения часто определяется тем, что медицинские работники не выполняют «надлежащие» правила просто потому, что знают о том, что препаратов нет в наличии или они недоступны по цене. Поэтому рекомендуется представлять данный показатель вместе с показателем наличия препаратов в виде, предложенном в разделе «Услуги, связанные с лечением ИПП. Показатель 3.»

Как и во всех других составных показателях, улучшения в одних сферах могут маскировать ухудшение в других. Если в какой-либо одной сфере услуги некачественные, учреждение получит низкую оценку по показателю, даже если обеспечение услугами в других сферах значительно улучшилось. Руководителям программы необходимо, чтобы знания и практическая деятельность оценивались отдельно для того, чтобы определить слабые места и улучшить программы обучения.

Услуги, связанные с лечением ИПП. Показатель 2

Консультирование больных ИПП по профилактике и направление в учреждения, проводящие тестирование на ВИЧ

(Модифицированный показатель профилактики ВОЗ/ВПС 7)

Ключевой показатель для всех типов эпидемии

Определение

Процент больных на ИПП, которые были проконсультированы относительно использования презерватива и предупреждения партнера и направлены на ВИЧ-тестирование

Методы измерения

Исправленные и дополненные нормативы ВОЗ/ЮНЭЙДС по оценке услуг, связанных с ИПП; МОАИР оценка уровня предоставления услуг (ОПУ)

Что измеряется данным показателем

В задачи входит не только лечение ИПП, но и предупреждение рецидивов путем пропаганды использования презервативов и поощрения лечения партнеров во избежание повторного инфицирования. Возрастает роль программ ухода за больными ИПП как основания для направления на добровольное ВИЧ-тестирование. Данный показатель измеряет, насколько эффективно реализуются эти аспекты работы служб по лечению ИПП.

Как измеряется данный показатель

Профилактический показатель ВОЗ/ВПС 7 (ПП 7) включал только два первых элемента данного показателя. Для того чтобы клиент вошел в числитель этого показателя, медицинское учреждение или работник должны проконсультировать его как по вопросу использования презерватива, так и по предупреждению партнера. Данный показатель, Показатель по услугам, связанным с ИПП 2, включает в себя третий элемент: направление на добровольное ВИЧ-тестирование. Однако если национальная стратегия не предусматривает направления больных ИПП на консультирование и тестирование на ВИЧ или

если услуги по ДКТ отсутствуют или активно не пропагандируются национальными программами по борьбе с ИПП и ВИЧ, направление на ДКТ должно быть исключено из показателя. И ПП7, и Показатель по услугам, связанным с ИПП 2, измеряются в ходе исследований работы медицинских учреждений путем прямого наблюдения за взаимодействием медицинских работников и клиентов.

По вышеупомянутым причинам по разным компонентам данного показателя необходимо составлять отдельные отчеты.

Сильные стороны и ограничения

Если клиент находится в венерологической клинике, это значит, что предыдущая работа по пропаганде безопасного поведения в его случае не имела успеха. Данное измерение не помогает оценке успеха профилактических мероприятий, а лишь показывает, в какой степени медицинские учреждения придерживаются стандартов.

Проходило обсуждение того, насколько методы прямого наблюдения ведут к искажению данных. Считается, что под наблюдением медицинские работники лучше выполняют свои обязанности. Также существует мнение, что при составлении данного показателя интервью на выходе с клиентами будет, вероятно, более рентабельным методом, чем наблюдение за взаимодействием. Однако существует возможность того, что клиенты неверно сообщат о реальном содержании консультации. Для определения надежности интервью на выходе при сборе данных для этого показателя необходимо дальнейшее исследование.

Пропаганда использования презервативов, консультации об уведомлении партнера и направление на ВИЧ-тестирование фактически являются абсолютно разными видами деятельности. Поэтому ценность детализированного показателя в данной сфере отчасти ограничена, по крайней мере, для сотрудников программы. Вдобавок, направление в службы тестирования на ВИЧ будет зависеть от наличия этих служб на местах. Также добавление этого компонента нарушит картину развития во времени тенденций в тех странах, где высчитывался подобный Профилактический показатель 7 ВОЗ/ВПС. Поэтому необходимо обеспечить гарантию того, что по всем трем элементам данного показателя будут составляться отдельные отчеты.

Услуги, связанные с лечением ИПП. Показатель 3

Запас препаратов в учреждениях по уходу за больными ИПП

*Ключевой показатель для всех типов эпидемии
Дополнительный показатель для
генерализованной эпидемии*

Определение

Процент клиентов, которые обслуживаются медицинскими учреждениями по уходу за больными ИПП, в которых есть текущий запас необходимых препаратов для лечения ИПП и нет сообщений о дефиците этих лекарств, продолжавшемся более одной недели за последние 12 месяцев

Методы измерения

Исправленные и дополненные нормативы ВОЗ/ЮНЭЙДС по оценке услуг, связанных с ИПП; МОАИР оценка уровня предоставления услуг (ОПУ)

Что измеряется данным показателем

Правильное ведение истории болезни, диагностирование и назначение лечения – это все очень хорошо, но если нет лекарственных препаратов, эти компоненты не превратят случаи заболевания в вылеченные, и поэтому не окажут положительного воздействия на вероятность инфицирования ВИЧ.

Национальные программы по ВИЧ/СПИДу, работающие над повышением качества услуг, связанных с ИПП, вкладывают время и деньги в повышение качества услуг по распределению препаратов и в попытки обеспечить соответствующее производство или импорт препаратов для синдромного подхода к ИПП. Данный показатель измеряет степень успешности данных мероприятий для обеспечения наличия в медицинских учреждениях постоянного запаса препаратов, необходимых для их эффективной работы.

Как измеряется данный показатель

В странах, где пропагандируется синдромный подход к ИПП, обычно имеются правила назначения препаратов в соответствии с

синдромом. Они подкреплены включением соответствующих препаратов в национальный список необходимых препаратов. Препараты, необходимые для лечения любого из важных синдромов, должны учитываться при проверке запасов для данного показателя.

В ходе исследования среди выбранных по случайной схеме учреждений, предоставляющих услуги, связанные с ИПП, проверяется наличие указанных препаратов в текущих запасах. Руководство клиники опрашивает о запасах за последние 12 месяцев и проверяют клинические записи относительно запасов за этот период. Фиксируется также количество клиентов. В выборку могут быть включены частные клиники и больницы, негосударственные службы и государственные учреждения.

При составлении показателя каждое учреждение оценивается по количеству клиентов. Это объясняется тем, что перебои в запасах маленькой сельской клиники окажут меньшее воздействие на эпидемию на национальном уровне, чем дефицит запасов в большой городской клинике, в которую обращается в несколько раз большее количество пациентов.

Данный показатель состоит из общего количества клиентов, которые обращаются в клиники, предоставляющие услуги, связанные с ИПП, в которых есть текущий запас необходимых препаратов для лечения любого из важных синдромов ИПП и нет сообщений о дефиците этих лекарств, продолжавшемся более одной недели за последние 12 месяцев, разделенного на общее количество клиентов, которые обращались во все исследуемые учреждения по лечению ИПП.

В зависимости от национальной политики в данный показатель можно включать разнообразные учреждения, которые обеспечивают услуги, связанные с уходом за ВИЧ-инфицированными. Сюда могут входить комплексные центры репродуктивного здоровья, учреждения частного сектора и аптеки, сотрудники которых прошли обучение методам обеспечения ухода за больными ИПП.

Сильные стороны и ограничения

С помощью данного показателя осуществляется квалифицированное измерение постоянных запасов препаратов в учреждениях,

предоставляющих услуги, связанные с ИПП; а также обеспечивается минимальное измерение доступности препаратов. Однако известно, что очень часто клиенты покупают препараты у других поставщиков, даже если они обращаются для диагностики в учреждение по лечению ИПП. На самом деле, в тех странах со слабым контролем за поставками препаратов, дефицит запасов в государственной клинике может просто означать, что запас препаратов был направлен в другое близлежащее учреждение. Это может повлиять на цену (и, следовательно, доступность) препарата для клиента, но не влияет на физическую доступность препарата.

К тому же, значительное влияние на данный показатель может иметь выбор учреждений, связанных с ИПП. В список учреждений для исследования следует постараться включить все основные категории учреждений, как в государственном, так и в частном секторе.

Услуги, связанные с лечением ИПП. Показатель 4

Мужчины и женщины, которые обращаются за лечением ИПП

Дополнительный показатель для генерализованной эпидемии
Ключевой показатель для подгрупп населения с высоко рискованным сексуальным поведением в условиях концентрированной эпидемии

Определение

Процент мужчин и женщин, сообщивших о симптомах ИПП за последние 12 месяцев, которые обращались за лечением в учреждения, персонал которых обучен уходу за больными ИПП, среди всех респондентов 15-49 лет при исследовании, проводимом среди населения в целом или в целевых группах

Методы измерения

Исследование, проведенное ЮНЭЙДС среди населения в целом; Модуль о СПИДе ИДЗ; ФХИ ОПН (для взрослых).

Что измеряется данным показателем

Цель программ по ИПП - не только повышение качества услуг, но и увеличение процента людей, знающих о том, что они инфицированы, и обращающихся за соответствующими услугами. Данный показатель отслеживает изменения в поведении, которые происходят вследствие мероприятий по пропаганде поведения, направленного на здоровый образ жизни, во время обращения за лечением среди мужчин и женщин, которые считают, что они могут быть инфицированы ИПП.

Как измеряется данный показатель

Составление данного показателя будет зависеть от программной стратегии по ИПП в конкретной стране. В его числитель войдут мужчины и женщины, которые обратились за лечением в учреждения,

которые считаются “подходящими” с точки зрения этой стратегии в связи с тем, что уход обеспечивают работники, обученными в соответствии с национальными стандартами по уходу за больными ИПП. В большинстве стран это будут исключительно официальные медицинские учреждения, в том числе венерологические клиники. В некоторых странах сюда добавятся аптеки и народные целители.

При проведении исследования среди населения в целом или, в условиях концентрированной эпидемии, среди подгрупп населения с типичным высоко рискованным сексуальным поведением, таких, как работники секс-бизнеса или рабочие-мигранты, респондентов спрашивают, замечали ли они генитальные выделения или язвы в течение последних 12 месяцев. Если да, то их спрашивают, обращались ли они за лечением, за каким видом лечения они обращались, и что они сделали в первую очередь для получения консультирования или лечения. Респондентам напоминают об источниках получения ухода, включая медицинские центры, аптеки, народных целителей и друзей или родственников. Если в каком-либо из источников ухода, куда они обращались, был персонал, обученный в соответствии с национальными стандартами обеспечения услуг, связанных с ИПП, респондентов учитывают в числителе.

Данный показатель - это количество мужчин и женщин, сообщивших, что они обращались за лечением к источнику, который согласно классификации по национальным стандартам предоставляет квалифицированный уход (например, медицинский работник в клинике, больнице или аптекарь), разделенное на общее количество мужчин и женщин, сообщивших о симптомах, которые могут свидетельствовать об ИПП.

Данный показатель необходимо составлять по отдельности для мужчин и женщин. Для программных целей он также должен быть

детализирован в соответствии с типом учреждения, которое предоставляет услуги.

Сильные стороны и ограничения

Данный показатель дает представление о распространении надлежащего обеспечения услуг, связанных с ИПП. Интерпретация данного показателя усложняется двумя разными аспектами программной деятельности. Во-первых, кампании ИОК могут работать над повышением распознавания ИПП и их симптомов и ростом числа обращений за лечением. Во-вторых, они работают над уменьшением рискованного сексуального поведения и, таким образом, снижением количества случаев заболеваний ИПП. Если показатель обнаруживает повышение процента мужчин и женщин, которые сообщают об обращении за лечением ИПП, это может означать, что за время между исследованиями распространение ИПП увеличилось, но процентная доля инфицированных людей, обратившихся за лечением, осталась неизменной. С другой стороны, это может означать, что изменений в уровне инфицировании не было, а просто больше мужчин и женщин узнают и сообщают о том, что они инфицированы и обращаются за лечением.

Еще большая проблема в интерпретировании вызвана недостаточным обеспечением обучения ведению больных ИПП. Например, если национальной программой была проведена работа по обучению рабочих аптек синдромному подходу к ИПП, но на данный момент удалось обучить лишь 20 процентов всех фармацевтов, следует ли оценивать их для этого показателя как персонал, который может предоставить квалифицированные услуги, или нет? Считается, что не следует учитывать категорию поставщиков услуг, если обучение методам обеспечения услуг, связанных с ИПП, прошло менее 50 процентов работников данной категории.

Полезность данного показателя зависит от наличия активной кампании по обеспечению поведения, направленного на

ведение здорового образа жизни, и, в частности, от кампании, которая пропагандирует обращение к определенным категориям поставщиков услуг, связанных с ИПП.

В то время как основные вопросы исследования упоминают все типы учреждений или лиц, которые обеспечивают услуги (и показатель конструируется с использованием разнообразных ответов), респондентов также спрашивают о первом для них источнике ухода. Эта информация может помочь руководителям программы при определении целей будущих мероприятий ИОК и работы по обучению.

3.13. Уход и поддержка ВИЧ-инфицированных и их семей

В начале развития эпидемии ВИЧ, как при создании программ, так и во время их мониторинга и оценки, внимание сосредоточивалось на профилактике инфицирования. Сейчас недостатки профилактики на раннем этапе превращаются в потребности в уходе. Уже существует насущная необходимость в уходе за людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом. Большое количество больничных коек во многих странах заняты пациентами с ВИЧ-инфекцией, а, учитывая хроническую природу этого заболевания и динамику эпидемии, в будущем бремя ВИЧ-инфекции на систему здравоохранения во многих странах увеличится.

Цели программы

Термин «уход и поддержка», как и термин «профилактика», охватывает большое количество сфер деятельности программ и услуг. Они включают клиническое ведение заболевания, медицинское обслуживание и уход на дому, консультирование и психологическую поддержку ВИЧ-инфицированным и их семьям, а также социальную помощь ВИЧ-инфицированным, их семьям и общинам. Некоторые программные аспекты, которые входят в сферу ухода и поддержки, такие как консультирование и тестирование, а также уменьшение стигматизации и дискриминации, рассматриваются в отдельных главах данного пособия.

Многие страны мечтают о предоставлении полного спектра услуг от антиретровирусной терапии до консультационной поддержки для семей-опекунов, и лишь несколько развивающихся стран, преимущественно в Латинской Америке, близко подошли к тому, чтобы делать это, по крайней мере, для части населения. Однако в большинстве стран с высоким уровнем распространения инфекции развитие этих услуг находится в зачаточном состоянии. Первичная медицинская помощь часто была фрагментарной даже до эпидемии ВИЧ, и сейчас там, где она существует, она часто слишком перегружена. Учреждения второго и третьего уровней доступны лишь небольшой части населения. Эпидемия ВИЧ усилила давление на систему здравоохранения

на всех уровнях. Многие страны, не имеющие возможности предоставить надлежащий уход с помощью системы здравоохранения, обращаются к моделям ухода на общинной основе. Возможности общин для предоставления такого ухода оценить нелегко.

Определение основных и дополнительных показателей в сфере ухода и поддержки будет значительно варьироваться в зависимости от стратегии предоставления ухода и поддержки в отдельной стране. Там, где больше внимания отводится общинному и домашнему уходу, основными могут считаться показатели охвата. В странах, которые сосредоточиваются на широко распространенном обеспечении более совершенной медпомощи ВИЧ-инфицированным, преимущественное значение будут иметь показатели, касающиеся медицинских учреждений. Определение основных и дополнительных показателей в этом документе основывается на потребностях стран с нехваткой ресурсов, в которых степень распространения ВИЧ является высочайшей, – в особенности стран Африки к югу от Сахары. Страны с генерализованной эпидемией, но разными ресурсами сделают разный выбор.

Ключевые вопросы

- Существует ли национальная политика относительно включения методов лечения ВИЧ-ассоциированных состояний в учебные программы медицинских учебных заведений?
- Включены ли препараты для лечения оппортунистических инфекций в перечень основных медикаментов?
- Что делается для ухода за ВИЧ-инфицированными лицами и их семьями?
- Достаточен ли охват услугами?
- Отвечает ли требованиям качество услуг?

Задачи измерения

Мониторинг ухода и поддержки является непростым делом. Во-первых, ВИЧ-статус редко известен и о нем нельзя спрашивать во время исследований среди населения в целом для целей МиО, поскольку невозможно определить, сколько ВИЧ-инфицированных людей имеют доступ к необходимым им уходу и поддержке. Показатели, касающиеся медицинских учреждений, не дают представления об охвате, а могут дать лишь ограниченное представление о степени предоставления ухода на “надлежащем” (то есть

наиболее доступном и рентабельном) уровне системы здравоохранения.

Даже если люди получают уход, необходимость сохранения конфиденциальности становится помехой для любых систематических оценок качества помощи. Прямое наблюдение за предоставлением услуг возможно для состояний, которые обычно, но не исключительно, ассоциируются с ВИЧ. Интервью «на выходе» с ВИЧ-инфицированными возможны крайне редко, и их тяжело обобщить. Например, можно попробовать включить интервью в анонимную анкету, заполняемую самим респондентом, для лиц, которые активно участвуют в группах поддержки людей, живущих с ВИЧ, но, как правило, они значительно отличаются от типичных представителей людей, живущих с ВИЧ.

Еще одним сложным моментом в оценке качества и полноты ухода является установление «золотых стандартов» или хотя бы минимальных стандартов ухода для определенной страны. Лишь несколько стран имеют четкое представление об услугах, которые они готовы предложить для ВИЧ-инфицированных, или на уровне общины, или в рамках системы здравоохранения. Впрочем, мало кто имеет официальные нормативы для ухода и поддержки, по которым можно было бы измерять качество предоставления услуг. ВОЗ активно старается разработать минимальные стандарты ухода в этих сферах, однако многое еще нужно сделать. Что составляет адекватную поддержку сирот? Помощь с пищей, поддержка в оплате обучения в школе, психологические консультации? Как насчет ухода за ВИЧ-инфицированными на дому? Можно ли определить, не имея критерия, «качество жизни» лиц и семей, затронутых СПИДом? До тех пор, пока не установлены стандарты этих услуг, будет сложно отслеживать их выполнение, не говоря уже о показателях, которые можно сравнить с показателями других стран.

На уровне общин уход и поддержку обычно предоставляют небольшие частные организации, реагирующие на срочную местную потребность. Их возможности по предоставлению услуг являются ограниченными, не говоря уже о возможности сбора и передачи данных в систему мониторинга и оценки.

Уход и поддержка. Показатель 1.

Медицинский персонал, обученный методам ухода за ВИЧ-инфицированными больными

Дополнительный показатель для эпидемий всех типов

Определение

Процент выпускников медицинских учебных заведений, училищ и учреждений последиplomного образования за последние 24 месяца, которые изучали ход развития ВИЧ-инфекции, методы диагностики и лечения обычных оппортунистических инфекций.

Методы измерения

Оценка уровня предоставления услуг (ОПУ) МОАИР; статистика медицинских учебных заведений.

Что измеряется данным показателем

Знания по надлежащему ведению ВИЧ-инфицированных и больных с ВИЧ-ассоциированными инфекциями являются важной предпосылкой для предоставления качественного ухода на всех уровнях системы здравоохранения. Многие национальные программы борьбы со СПИДом проводят обучение имеющихся медицинских работников с целью повышения их квалификации и уровня знаний в этой области. Впрочем, в перспективе наиболее простым и приемлемым средством обеспечения соответственного уровня знаний является включение информации относительно ВИЧ-инфекции в стандартные учебные программы для врачей, медсестер и среднего медицинского персонала.

С помощью данного показателя измеряется, в какой степени эта информация интегрирована в стандартные учебные программы, предназначенные для всего медицинского персонала.

Как измеряется данный показатель

Для измерения данного показателя существует два способа. Первый: в ходе исследования, которое проводится в медицинском

учреждении, медицинских работников спрашивают о конкретных темах, которые они изучали во время получения медицинского образования, и это позволяет получить соответствующую информацию. Используя данные о годе выпуска, можно получить информацию о временном промежутке (например, «выпускники медицинских учреждений за последние два года до проведения исследования»).

Второй способ: на основе отчетов министерств здравоохранения и образования составляется перечень всех учебных заведений, которые дают профессиональное образование и медицинские степени, готовят средний медицинский персонал или проводят последиplomное образование. В эти учреждения рассылается анкета с перечнем вопросов относительно преподавания предметов, связанных с ВИЧ-инфекцией и ведением ВИЧ-инфицированных пациентов. Этот перечень может быть составлен в соответствии с национальными или международными стандартами ухода и ведения ВИЧ-инфицированных пациентов. Обычно он включает вопросы по эпидемиологии и ходу развития ВИЧ-инфекции, первичному профилактическому консультированию, диагностике и ведению больных обычными оппортунистическими инфекциями, практике выдачи направлений в другие учреждения. К организациям также обращаются с просьбой сообщить численность выпускников всех уровней за последние 24 месяца.

Показателем является количество выпускников медицинских учебных заведений за последние 24 месяца (в случае необходимости включая медицинские училища и курсы подготовки среднего персонала), которые изучали все основные темы, касающиеся ВИЧ-инфекции и ведения больных ВИЧ, разделенное на общее количество выпускников медицинских учебных заведений за последние 24 месяца. Выпускники курсов повышения квалификации или учреждений последиplomного образования также включаются в этот показатель.

Сильные стороны и ограничения

Этот показатель относительно легко рассчитать, если привлеченные учебные заведения возвратят заполненные анкеты. Основным его ограничением является то, что он не пытается измерить качество и глубину полученных знаний.

Показатель оценивает подготовку недавних выпускников. Если тема ВИЧ-инфекции в учебных программах является новой, а также если не проводятся программы повышения квалификации, то показатель не даст хорошей картины современного уровня знаний в системе здравоохранения, поскольку многие из работающих сегодня медицинских сотрудников получили образование до введения новой учебной программы. Впрочем, он дает общее представление о тенденциях к изменению минимальной доли медиков, обученных методам лечения и ухода за больными ВИЧ-ассоциированными инфекциями.

Учебные программы должны соответствовать национальным руководящим принципам ухода за ВИЧ-инфицированными пациентами. Отсутствие таких руководящих принципов само по себе является показателем того, что, вероятно, услуги по уходу и поддержке ВИЧ-инфицированных людей не отвечают требованиям. Впрочем там, где таких принципов не существует, для измерения пригодности учебных программ можно воспользоваться международными стандартами.

Уход и поддержка. Показатель 2.

Медицинские учреждения, которые имеют возможность предоставить надлежащий уход ВИЧ-инфицированным пациентам

Ключевой показатель для генерализованных эпидемий

Определение

Процент медицинских учреждений разных уровней в системе здравоохранения, которые имеют возможность предоставлять надлежащий паллиативный уход, лечение оппортунистических инфекций и выдавать направление ВИЧ-инфицированным пациентам согласно национальным руководящим принципам.

Методы измерения

Проект протокола ВОЗ относительно оценки мероприятий по уходу и поддержке в связи с ВИЧ/СПИДом; протокол ЮНЭЙДС относительно оценки мероприятий по уходу и поддержке.

Что измеряется

В первые годы развития эпидемии ВИЧ-инфекции многих пациентов с ВИЧ-ассоциированными заболеваниями автоматически направляли в учреждения третьего уровня, так как медицинские учреждения других уровней не имели ни обученного персонала, ни возможностей для надлежащей работы с такими больными. Часто даже отсутствовали руководящие принципы относительно того, что считать «надлежащим лечением». Постоянная выдача направлений в учреждения высшего уровня привела к неэффективному использованию ресурсов системы здравоохранения.

В последние годы были сделанные попытки обеспечения того, чтобы болезнями, связанными с ВИЧ-инфекцией, занимались на соответствующих уровнях системы здравоохранения, а направления, в случае необходимости, выдавались в обоих направлениях. Во многих странах были разработаны руководящие принципы, которые

помогают поставщикам медицинских услуг выбирать надлежащие методы ухода за ВИЧ-инфицированными пациентами. Паллиативный уход и лечение обычных и менее опасных оппортунистических инфекций могут предоставляться на первичном уровне, а больные с более сложными случаями оппортунистических инфекций могут направляться на более высокие уровни системы здравоохранения. Тем, кому полагается, следует также давать направления для получения социальной и психологической поддержки.

С помощью этого показателя измеряется степень возможностей системы здравоохранения относительно обеспечения потребностей в лечении, уходе и поддержке ВИЧ-инфицированных пациентов на соответствующих уровнях системы здравоохранения согласно национальным руководящим принципам.

Как измеряется данный показатель

Во время исследования медицинских учреждений, которое включает проверку учреждения, опрос сотрудников и изучение записей, эти учреждения оцениваются по стандартной контрольной таблице. Эта таблица, которую можно адаптировать в соответствии с местными условиями, будет изменяться в зависимости от уровня организации системы здравоохранения. Как правило, в нее входят вопросы о наличии обученного персонала, соответствии диагностического оборудования современным требованиям, соответствии нормам санитарных условий, правильности ухода за больными, методике ведения записей, профилактическом консультировании, выдаче направлений в медицинские учреждения более высокого уровня и общественные организации по поддержке, если такие есть в наличии.

Оценка «соответствующих» и «надлежащих» условий и услуг должна соответствовать национальным руководящим принципам ухода за ВИЧ-инфицированными пациентами. Отсутствие таких руководящих принципов само по себе является показателем возможной неадекватности услуг по уходу и поддержке ВИЧ-инфицированных людей. Впрочем, если таких принципов не существует, то сейчас ВОЗ разрабатывает международные стандарты, которыми можно воспользоваться для

определения стандартов оценки медицинских учреждений.

Наличие лекарств и процедур для предупреждения случайной передачи ВИЧ-инфекции в медицинских учреждениях измеряется с помощью других показателей, которые здесь не рассматриваются (См. “Показатели безопасности крови”, стр. +++).

Показателем является количество медицинских учреждений, которые соответствуют минимальным требованиям по обеспечению надлежащего ведения ВИЧ-инфицированных больных или превышают их, разделенное на общее количество исследованных медицинских учреждений. Для программных целей эта цифра должна быть детализирована согласно уровню медицинских учреждений, а также в зависимости от вида предоставляемых услуг.

Сильные стороны и ограничения

Данный показатель является совокупностью множества разных аспектов ухода и предоставления услуг, которые должны набрать минимальное количество баллов, если мы собираемся включить то или иное учреждение в числитель этого показателя. Поскольку улучшение услуг происходит неравномерно, особенно при условии ограниченных ресурсов, конечный показатель может определенное время оставаться низким. Разбивка показателя будет отображать те области, где качество услуг повысилось, и те, где оно остается невысоким.

Определение количества компонентов показателя обязательно будет несколько субъективным. Это может повлиять на сравнение между разными странами, а с течением времени и на тенденции, если поменяется группа, которая проводит мониторинг.

Этот показатель не учитывает количество клиентов, так как рассматриваются учреждения на разных уровнях предоставления услуг. Если будет учитываться количество клиентов, то учреждения третьего уровня и больницы, в которые направляются больные, могут приобрести чрезмерный вес в этом показателе, несмотря на тот факт, что первый контакт с системой здравоохранения у большинства пациентов происходит в медицинских учреждениях первого уровня.

Этот показатель похож (но не идентичен) на Показатель 1 ВОЗ “Уход и поддержка” (УПП1). Поскольку УПП1 еще широко не используется, едва или это повлияет на тенденции в течение времени во многих странах.

Уход и поддержка. Показатель 3.

Медицинские учреждения, в которых имеются запасы лекарств для лечения оппортунистических инфекций и предоставления паллиативного медицинского ухода.

Дополнительный показатель для генерализованных эпидемий.

Определение

Процент медицинских учреждений, у которых в настоящее время есть в наличии одобренные в масштабе всей страны лекарства для лечения оппортунистических инфекций и предоставления паллиативного ухода, и которые не сообщали о дефиците лекарств за последние 12 месяцев.

Методы измерения

Проект протокола ВОЗ по оценке мероприятий по уходу и поддержке в связи с ВИЧ/СПИДом; оценка уровня предоставления услуг (ОПУ), разработанная организацией МОАИР; протокол ЮНЭЙДС относительно оценки мероприятий по уходу и поддержке.

Что измеряется

Какими бы высокими не были уровень диагностики, квалификация медсестер и медицинских специалистов-консультантов, результаты их работы будут незначительными, если отсутствуют необходимые лекарства. В конце 90-х гг. минувшего века уровень снабжения антиретровирусными препаратами, за исключением дородовых женских консультаций в странах, которые наиболее всего пострадали от эпидемии ВИЧ-инфекции, был настолько низким, что измерение этого показателя едва ли считалось надлежащим использованием средств. Снабжение лекарствами для лечения наиболее распространенных оппортунистических инфекций является более реальной задачей, и само по себе может обеспечить годы здоровой и продуктивной жизни инфицированным людям при относительно умеренных затратах. Паллиативный уход также может улучшить качество жизни людей при незначительных затратах. Вследствие этого в рамках

национальных программ борьбы с СПИДом осуществляются мероприятия по снабжению лекарствами для лечения оппортунистических инфекций и по обеспечению паллиативного ухода в учреждениях здравоохранения.

Данный показатель предназначен для измерения непрерывного снабжения лекарствами государственных медицинских учреждений для лечения обычных местных оппортунистических инфекций и предоставления паллиативного ухода.

Как измеряется данный показатель

Во время исследования медицинского учреждения проводится проверка запасов лекарств, определенных в национальных руководящих принципах как надлежащие средства для лечения трех распространенных в данной местности оппортунистических инфекций, а также проверяется наличие одного препарата для предоставления паллиативного ухода. Лекарства могут отличаться в зависимости от патогенов, типичных для данной местности, и от перечня утвержденных препаратов, но, скорее всего, в этот перечень будут входить препараты от диареи, противогрибковые и обезболивающие средства. Руководство больниц опрашивается относительно дефицита лекарств за последние 12 месяцев; изучается складская документация за этот период. Также очень важно измерить наличие запасов противотуберкулезных препаратов, но это невозможно сделать во всех больницах, так как такие препараты обычно поставляются в специализированные туберкулезные клиники.

Показателем является количество медицинских учреждений, которые в данное время имеют в наличии два наименования лекарств от оппортунистических инфекций и одно для паллиативного ухода и не сообщали о дефиците этих лекарств за последние 12 месяцев, разделенное на общее количество исследованных медицинских учреждений. В список исследуемых учреждений следует включить учреждения первичной медицинской помощи, а также медицинские учреждения высших уровней.

Сильные стороны и ограничения

Если в стране не существует национальных руководящих принципов ухода, а объем достоверных данных об оппортунистических

инфекциях ограничен, будет очень трудно определить, какие лекарства должны быть учтены. ВОЗ и ЮНЭЙДС предлагают международные руководящие принципы относительно необходимых лекарств для лечения оппортунистических инфекций: в некоторых случаях ими можно пользоваться вместо национальных руководящих принципов.

Страны, которые не уделяют внимания предоставлению надлежащего ухода на всех уровнях системы здравоохранения, не будут заинтересованы в этом показателе. Даже в странах, которые прилагают значительные усилия в этой сфере, данный показатель может быть очень низким, так как перебои в снабжении лекарствами являются хроническим недостатком систем здравоохранения многих стран. Впрочем, пока не будут приняты серьезные меры по преодолению этого недостатка, затраты на обучение персонала методам надлежащего ведения заболеваний, вызванных ВИЧ/СПИДом, можно считать напрасными. Вот почему стоит проводить мониторинг развития ситуации в этой области.

Уход и поддержка. Показатель 4.
Семьи, которые получают помощь в уходе за хронически больными молодыми людьми.

Ключевой показатель для генерализованных эпидемий.

Определение

Процент семей, один из членов которых в возрасте 15-59 лет болеет не менее трех месяцев подряд за последние 12 месяцев, и которые получали внешнюю помощь в уходе за больным или возмещение затрат на предоставление такой помощи.

Методы измерения

Исследование населения в целом, организованное ЮНЭЙДС.

Что измеряется

Поскольку эпидемия ВИЧ крайне истощает системы здравоохранения, бремя предоставления ухода за пострадавшими от нее во многих странах ложится на семьи и общины. В некоторых странах национальные программы борьбы с СПИДом и их партнеры проводят активную работу по поддержке таких семей, предоставляя услуги с целью усиления ухода на дому. Эти услуги включают в себя психологическую поддержку, помощь по уходу за больными, обучение людей, которые присматривают за больными на дому, предоставление субсидий для компенсации утерянных заработков.

Там, где осуществляется такая работа, она часто охватывает лишь небольшую часть нуждающихся. Одной из величайших проблем в странах, которые пропагандируют домашний и общинный уход за людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом, является обеспечение полного охвата. Этот показатель предназначен для отображения процента семей, которые страдают от потенциальной опасности потери возможностей вследствие ВИЧ/СПИДа и которые охвачены программами по уходу на дому или другими программами поддержки силами общин.

Как измеряется данный показатель

Респондентов, которые принимают участие в исследовании населения в целом, спрашивают, был ли кто-нибудь в их семье слишком больным, чтобы работать или выполнять обычные обязанности, на протяжении трех месяцев подряд за последние 12 месяцев. Этот вопрос должен распространяться на людей, умерших в течение последних 12 месяцев, и на тех, кто утратил работоспособность как минимум за три месяца до смерти. Семьи, в которых есть нетрудоспособные члены, спрашивают о возрасте этих лиц, а также о том, получала ли семья какую-либо помощь в уходе за ними из внешних источников. Тех, кто получил такую помощь, спрашивают о ее источнике и зачитывают перечень потенциальных источников, включая членов семьи, церковные группы, сельских медиков, работников больниц, народных целителей, частных врачей и т.п. Кроме того, по каждому источнику их спрашивают, платили ли они за полученную помощь.

Показателем является количество семей, получивших бесплатную помощь в уходе за больным в возрасте 15-60 лет, которые болели более трех месяцев за последние 12 месяцев (или теми, кто болел в течение трех месяцев до своей смерти за последние 12 месяцев), из любых источников кроме собственной семьи или соседей, разделенное на общее количество семей, присматривающих за лицами в возрасте до 60 лет, которые болеют более трех месяцев за последние 12 месяцев (или теми, кто болел в течение трех месяцев до своей смерти за последние 12 месяцев).

Сильные стороны и ограничения

Цель данного показателя – дать представление об охвате программ по домашнему уходу путем оценки потенциальных потребностей и измерения степени удовлетворения потребностей. Таким образом, в нем используется измерение потребностей, которое, в лучшем случае, является несовершенным. Не все семьи, которые присматривают за больными, действительно нуждаются во внешней помощи. Другим же может потребоваться помощь по уходу за членами семьи, которые болеют, но продолжают ходить на работу большую часть времени своей болезни, поэтому они не могут быть включены в этот показатель.

В данном показателе не делается даже попытки провести различие между ВИЧ-инфекцией и другими серьезными заболеваниями, не считая возрастного ограничения в связи с тем, что в данном возрастном диапазоне большинство заболеваний в регионах с высоким уровнем распространенности инфекции связано с ВИЧ. И хотя можно спросить о характерных симптомах, обычно связанных с ВИЧ-инфекцией, например, о хронической диарее, большинство ответов, скорее всего, будут недостоверными. Понятно, что недопустимо задавать прямые вопросы о ВИЧ-статусе. На самом деле, отсутствие такой информации не имеет большого значения, так как отображает возрастающую тенденцию программ по уходу на дому не делать различий между связанными и не связанными с ВИЧ заболеваниями. Эта тенденция возникла вследствие того, что в некоторых общинах предоставление услуг по уходу вызвало проблемы из-за того, что получателей услуг стали подозревать в том, что они ВИЧ-инфицированы.

Этот показатель не оценивает качество домашнего ухода – это наиболее неприятный вопрос, хотя и один из самых важных для разработчиков программ. Задается целый ряд вопросов о типах предоставляемого ухода, и эту информацию могут использовать разработчики программ, но она не входит в составление данного показателя. Там, где эти услуги вообще практически отсутствуют, измеримый рост охвата *любыми* видами домашнего ухода можно считать успехом. Но очевидно, что нужно также разработать единицы измерения качества ухода.

Разбивка этого показателя в зависимости от пола хронически больных лиц может выявить разницу в поведении семей по поиску ухода (или в предоставлении услуг организациями) в зависимости от того, какого пола больной: мужского или женского.

Этот показатель полезен только для генерализованных эпидемий.

Уход и поддержка. Показатель 5. Семьи, получающие помощь по уходу за сиротами

Дополнительный показатель для генерализованных эпидемий

Определение

Процент семей, которые присматривают за сиротами и получают бесплатную помощь по уходу за ними из внешних источников в течение последних 12 месяцев.

Методы измерения

Исследование населения в целом, организованное ЮНЭЙДС.

Что измеряется

Поддержка сирот является одной из областей ухода и поддержки, которой уделяется наибольшее внимание. Потребность в этой поддержке является реальной и постоянно возрастает. Она относительно бесспорна и получает широкую поддержку со стороны общин и донорских организаций. Помимо уменьшения затруднений, которые испытывают дети, потерявшие родителей, удачные системы поддержки сирот могут играть важную роль в профилактике ВИЧ-инфекции. Это связано с чрезвычайно высокой вероятностью того, что сироты, которые не получают поддержки, бросят школу, будут вести нестабильную жизнь, подвергнутся риску жестокого сексуального обращения и будут практиковать рискованные способы выживания.

Программы поддержки сирот могут осуществляться в форме регулярного посещения сирот и их опекунов в семьях, предоставления психологической поддержки, помощи в приобретении одежды или оплате школы, или создания возможностей заработка. Несмотря на то, что в наиболее пострадавших странах работа в этом направлении постоянно увеличивается в объеме, она далеко не всегда успевает за возрастающими потребностями.

С помощью этого показателя измеряется охват программ поддержки сирот. По определению,

сироты – это дети младше 15 лет, потерявшие одного или обоих родителей.

Как измеряется данный показатель

В ходе исследования населения в целом при заполнении раздела “Семья” респондентам задается вопрос, присматривает ли в настоящий момент их семья за какими-либо детьми в возрасте до 15 лет, мать, отец ли оба родителя которых умерли. Если да, то их спрашивают, получали ли они какую-нибудь помощь извне по уходу за таким ребенком в течение последних 12 месяцев. Тех, кто получал помощь, просят назвать ее источник и зачитывают перечень потенциальных источников помощи, включая членов семьи, церковные группы, сельских медиков, работников социальных служб и т.п. По каждому источнику их спрашивают, платили ли они за предоставление помощи.

Показателем является количество семей, получивших бесплатную помощь в уходе за сиротами за последние 12 месяцев из любых источников кроме собственной семьи или соседей, разделенное на общее количество семей, которые в данное время присматривают за сиротами.

Сильные стороны и ограничения

Основным ограничением данного показателя является его невозможность определить, были ли удовлетворены потребности. Не все семьи, которые присматривают за сиротами, нуждаются в помощи. Потребности семей, которые заботятся о нескольких сиротах, значительно выше потребностей семей, которые присматривают за одним сиротой, но данный показатель этого не отображает. К сожалению, оценка потребностей не входит в задачи обычных опросов населения в целом. Опыт показывает, что процент утвердительных ответов является очень высоким, если людей спрашивают, нуждаются ли они в дополнительной поддержке, хотя более качественные исследования показывают значительные различия в реальных возможностях семей, утверждающих, что им требуется дополнительная помощь. Хотя данный показатель дает представление об общем охвате программ поддержки сирот, он не измеряет степень, в какой эта поддержка доходит до наиболее нуждающихся граждан.

Сироты являются очень мобильной группой населения. Те, кто более всего нуждается в уходе, могут жить в семьях, главами которых тоже являются дети, но их часто даже не включают в исследования. Уличные дети и дети, не живущие в нормальных семьях, также не будут охвачены вниманием; в некоторых городах эти дети составляют значительную долю наиболее нуждающихся в уходе сирот.

При использовании метода измерения, основанного на количестве детей, которым в данное время предоставляется уход, будут также пропущены семьи, недавно передавшие сирот в другие семьи (возможно, именно потому, что они не получали никакой помощи). Впрочем, использование метода измерения, основанного на количестве сирот, живших в семьях в течение последних 12 месяцев, может создать проблему двойного счета и другие трудности в вычислениях.

3.14 Последствия эпидемии: ВИЧ, ИПП, смертность и сиротство

Задача программы

Все аспекты программ профилактики ВИЧ-инфекции и ИПП имеют общую цель: снизить передачу ВИЧ-инфекции и других ИПП. Если программы достигают успеха в формировании изменений относительно риска инфицирования ВИЧ, то уровень заболеваемости ВИЧ также обязательно изменяется.

Ключевые вопросы

- Существует ли национальный план эпиднадзора за ВИЧ/ИПП?
- Каковы уровни и тенденции заболеваемости ВИЧ и ИПП в разных группах населения, которые могут подвергаться риску ВИЧ-инфекции?
- Насколько типичны уровни и тенденции заболеваемости в группах эпиднадзора для больших групп населения?
- В какой степени изменения в воздействии эпидемии можно отнести на счет осуществления программ?

Задачи измерения

Меньший уровень инфицирования ВИЧ означает меньшее количество новых случаев заболевания. Впрочем, обычным системам мониторинга очень тяжело измерять количество новых случаев – данные о заболеваемости, как правило, поступают только на основе проведения очень сложных, дорогих и продолжительных когорт. Национальные системы мониторинга и оценки, таким образом, часто используют перекрестные данные о распространенности инфекции для мониторинга темпов ее роста. Но если речь идет о хронических заболеваниях, таких, как ВИЧ, то использовать данные о распространенности в качестве замещающего показателя новых случаев инфицирования проблематично. Это особенно верно, если данные поступают из систем дозорного эпиднадзора, сформированных вокруг отобранных групп населения, таких, как женщины, посещающие родовые женские консультации (ДЖК). Данные ДЖК о ВИЧ могут быть необъективными вследствие учета смертности,

снижения рождаемости среди ВИЧ-инфицированных женщин и других факторов.

Эпиднадзор второго поколения стремится к лучшему использованию данных дозорного эпиднадзора, частично путем изменения выборки и стратегий анализа, чтобы данные лучше отображали недавние случаи инфицирования (См. Таблицу 4).

Одним из ограничений дозорного эпиднадзора за ВИЧ в генерализованных эпидемиях является то, что только небольшое количество надзорных систем предоставляют информацию о мужчинах. Можно использовать заместительные единицы измерения воздействия эпидемии на мужчин, например, количество клинических случаев заболевания ИПП или случаев, про которые больные сообщили лично. Поскольку мероприятия, направленные на снижение распространения ВИЧ-инфекции, также влияют и на ИПП – и даже быстрее достигают в этом успеха – измерения относительно ИПП могут быть полезными как показатели недавних изменений поведения, связанного с риском инфицирования ВИЧ.

По крайней мере, теоретически беременные женщины, посещающие ДЖК, регулярно проходят обследования на сифилис и, в случае необходимости, получают лечение. Такие регулярные обследования являются потенциально важным источником данных о влиянии программ борьбы с СПИДом, поскольку они дают немного более реальное представление о существующих тенденциях рискованного поведения, чем данные о распространенности ВИЧ. Впрочем, даже там, где тестирование проводится регулярно, эти данные редко вносятся в отчеты программ борьбы со СПИДом. Это прекрасный пример того, как системы мониторинга и оценки могут лучше использовать существующие данные. Измерения заболеваемости ВИЧ и ИПП и распространенности инфекции дают представления о воздействии эпидемии ВИЧ на здоровье и о влиянии программ, которые должны их уменьшить. Данные о смертности также являются убедительными показателями воздействия. Впрочем, широко признается, что воздействие ВИЧ/СПИДа касается не только здоровья или даже смертности. Показатели заболеваемости или продолжительной нетрудоспособности и сиротства дают только общее представление о потенциальном социальном и экономическом воздействии

эпидемии на уровне семей; их значение будет возрастать вместе с развитием эпидемии. Необходимы более детальные показатели для измерения социально-экономического воздействия эпидемии ВИЧ/СПИДа – и успехов национальных программ по СПИДу в смягчении этого воздействия. Есть надежда, что существующий набор средств будет расширен, и что в него будут включены дополнительные единицы измерения социально-экономического воздействия, как только будут разработаны новые методики.

Последствия эпидемии. Показатель 1.

Распространенность ВИЧ-инфекции среди беременных женщин.

Ключевой показатель для всех типов эпидемий.

Определение

Процент ВИЧ-положительных образцов крови, взятых у женщин в возрасте 15-24 лет во время обычного дозорного эпиднадзора в выбранных женских консультациях.

Методы измерения

Эпиднадзор второго поколения ЮНЭЙДС/ВОЗ; рекомендации ВОЗ относительно эпиднадзора за ВИЧ.

Что измеряется

Беременные женщины по определению имели время от времени незащищенный секс в течение последних 10 месяцев. Уровень ВИЧ-инфекции среди этих женщин не отображает уровень инфицирования среди женщин, не имеющих половых отношений, среди бесплодных женщин или среди женщин, которые постоянно пользуются средствами контрацепции, включая такие средства предохранения, как презервативы, которые также предупреждают инфицирование ВИЧ.

Данный показатель ограничивается женщинами в возрасте до 25 лет с целью получения представления о последних тенденциях инфицирования. Большинство случаев инфекции в этой возрастной группе являются относительно новыми, и данные, полученные от этих молодых женщин, содержат меньше погрешностей, чем данные по всем женщинам репродуктивного возраста. Показатель предназначен для женщин в возрасте 15-24 лет. Впрочем, рекомендуется определить две отдельные цифры: одна для женщин в возрасте 15-24 лет, и другая для всех женщин репродуктивного возраста (от 15 до 49 лет). Поскольку многие стран в прошлом не предоставляли данных о распространенности ВИЧ-инфекции, разбитых по возрастным группам, очень важно продолжать регистрировать данные о распространенности ВИЧ-инфекции в группе населения 15-49 лет

для того, чтобы можно было провести сравнения за определенный промежуток времени.

Дополнительную информацию можно получить, рассматривая данные о распространенности ВИЧ-инфекции с точки зрения способности матерей к деторождению. Такую информацию обычно собирают во время дозорного эпиднадзора, а объединение этих данных с анализом тенденций способности матерей к деторождению от 0 до 1 является хорошим дополнительным показателем тенденций заболеваемости ВИЧ среди молодых женщин.

Как измеряется данный показатель

Данные для этого показателя получают от национальных систем дозорного эпиднадзора за ВИЧ; показатель рассчитывается путем несвязанного анонимного тестирования на ВИЧ образцов крови, взятых у женщин в дозорных женских консультациях, выбранных для отображения ситуации в городских, сельских, этнических районах и других социально-географических единицах в стране.

Даже при наличии программ, которые предлагают беременным женщинам немедленное консультирование и добровольное тестирование на ВИЧ для уменьшения случаев передачи инфекции от матери ребенку, только результаты несвязанного анонимного скрининга крови, взятой для других целей, можно использовать для расчета этого показателя распространенности ВИЧ. Отказ и прочие уклонения от участия в исследовании в значительной мере сокращаются при проведении несвязанного анонимного тестирования на ВИЧ по сравнению с другими видами тестирования.

Сильные стороны и ограничения.

Показатель дает довольно достоверное представление об относительно новых тенденциях инфицирования ВИЧ в масштабах страны, если основным путем развития эпидемии являются гетеросексуальные отношения. Этот показатель менее надежно отображает общие тенденции эпидемии в регионах, где основная доля ВИЧ-инфекции приходится на подгруппы населения, практикующие чрезвычайно рискованное поведение.

Даже в странах с генерализованной эпидемией среди гетеросексуального населения существуют значительные региональные, этнические и прочие различия в тенденциях передачи ВИЧ-инфекции. Они могут быть утеряны при сведении данных в одну общенациональную цифру. Для целей программы всегда следует предоставлять данные о распространенности по отдельным позициям, а также общую национальную цифру. Оценочные данные о распространенности ВИЧ по отдельным позициям следует давать осторожно, учитывая возможное деликатное политическое значение этих результатов.

В прошлом размеры выборки во время обычного дозорного эпиднадзора определялись для измерения изменения тенденций во всей возрастной группе 15-49 лет. Разбивка этого возрастного диапазона на секции по 5 лет едва ли предоставит надежные данные о тенденциях, особенно по отдельным дозорным пунктам. Для создания надежного показателя для более узких возрастных групп необходимо пользоваться большим размером выборки в младших возрастных группах.

Разумеется, тенденции распространения ВИЧ-инфекции среди беременных женщин не совсем адекватно отображают наиболее важные изменения в поведении, поддерживаемые программами борьбы с СПИДом – воздержание и постоянное использование презервативов во всех группах населения, а не только среди посетительниц женских консультаций. Тенденции распространения ВИЧ-инфекции нельзя точно определить вследствие целого ряда погрешностей, описанных выше. Информация о распространенности ВИЧ среди беременных женщин дает представление о тенденциях его распространенности среди населения в целом, но не является точным отображением ее общих уровней среди всех женщин, не говоря уже про всех мужчин.

Данные о распространенности, таким образом, следует сообщать вместе с данными о поведении (например, средний возраст начала половой жизни или использование презервативов во время последнего полового акта), что поможет лучше интерпретировать ситуацию.

Последствия эпидемии. Показатель 2

Распространенность сифилиса среди беременных женщин

Ключевой показатель для эпидемий всех типов

Определение

Процент образцов крови, взятых у женщин в возрасте 15-24 года с положительным результатом теста РПР на сифилис, проведенного во время обычного эпиднадзора в выбранных женских консультациях.

Методы измерения

Рекомендации ВОЗ относительно эпиднадзора за ИПП и ВИЧ-инфекцией.

Что измеряется

ИПП передаются теми же путями, что и ВИЧ-инфекция, поэтому их можно предупредить, практикуя то же самое безопасное поведение, которое пропагандируют программы профилактики ВИЧ-инфекции. Поскольку бактериальные ИПП излечимы, случаи ИПП обычно отображают более недавнее рискованное поведение, чем случаи ВИЧ-инфекции, остающейся в организме инфицированного человека до самой смерти. Это действительно так, потому что помимо ВИЧ, программы профилактики ВИЧ-инфекции направлены на рост выявления и лечения ИПП. Таким образом, измерение распространенности ИПП является довольно хорошим индикатором для последних тенденций рискованного сексуального поведения.

Как измеряется данный показатель

В большинстве стран беременные женщины в женских консультациях регулярно проходят обследование на сифилис с помощью тест-систем РПР с целью лечения инфицированных и предупреждения неонатальной передачи сифилиса новорожденным. Действительно, если у беременных берут кровь для проведения обычного скрининга на сифилис и лечения инфицированных женщин, это может служить этическим оправданием для проведения несвязанного анонимного тестирования неиспользованного остатка этой крови на ВИЧ. Таким образом, скрининг на сифилис следует

проводить на протяжении года во всех женских консультациях страны. Впрочем, системы отчетности могут содержать ошибки, а качество тестирования трудно гарантировать. Связанные образцы крови следует проверять на сифилис, чтобы предоставить больным женщинам надлежащее лечение. Впрочем, что касается определения этого показателя, рекомендуется, чтобы образцы крови, присланные в центральную лабораторию для проведения несвязанного анонимного тестирования на ВИЧ, проверялись еще и на сифилис. Это гарантирует взаимную согласованность между наборами данных относительно выбора места и периода сбора образцов, а также обеспечивает контроль качества.

Рассчитывая данный показатель, страны, которые имеют мощные системы здравоохранения, могут включать данные о распространенности сифилиса из большего количества женских консультаций, не ограничиваясь теми, которые были выбраны для проведения дозорного эпиднадзора за ВИЧ.

Мы настоятельно рекомендуем предоставлять отчеты с двумя отдельными цифрами по распространенности сифилиса: среди женщин в возрасте 15-24 года и среди всех женщин репродуктивного возраста (15-49 лет).

Показателем является количество положительных тестов на сифилис среди женщин в возрасте 15-24 года, разделенное на общее количество анализов крови на сифилис, проведенных среди женщин в возрасте 15-24 года.

Сильные стороны и ограничения

Поскольку сифилис – излечимая болезнь, случаи инфекции, выявленные с помощью тест-системы РПР, вероятно, являются относительно недавними. Таким образом, рекомендуется проводить эти измерения среди всех женщин репродуктивного возраста (15-49 лет), чтобы получить представление о существующем рискованном поведении. Однако, признается, что этот показатель может быть в определенной мере неточным вследствие связи между сифилисом и бесплодием.

Для программных целей, в частности, для отслеживания изменений в рискованном поведении среди молодежи, данные следует разбить по возрастным группам: 15-19, 20-24 и 15-24 года, а также получить обобщенные данные для возрастной группы 15-49 лет в целом.

Последствия эпидемии. Показатель 3.

Распространенность ВИЧ-инфекции в группах рискованного поведения.

Ключевой показатель для концентрированных эпидемий.

Дополнительный показатель для генерализованных эпидемий.

Определение

Распространенность ВИЧ-инфекции среди членов определенных групп, подверженных высокому риску заражения или передачи ВИЧ.

Методы измерения

Рекомендации ЮНЭЙДС/ВОЗ относительно эпиднадзора второго поколения; Рекомендации ФХИ относительно выборки в группах населения.

Что измеряется

В странах с концентрированной эпидемией отслеживание ВИЧ-инфекции среди беременных женщин можно считать напрасной тратой ресурсов. В любом случае, в условиях концентрированных эпидемий основная масса мероприятий часто направлена на модели поведения или группы, которые вносят наибольший вклад в распространение эпидемии. В условиях концентрированных эпидемий можно выделить несколько подобных групп: потребители инъекционных наркотиков, мужчины, которые имеют секс с мужчинами, работники секс-бизнеса и их частые клиенты.

При разработке систем эпиднадзора второго поколения необходимо принять во внимание состояние развития эпидемии. В странах с незначительными или концентрированными эпидемиями эпиднадзор за ВИЧ-инфекцией, а также поведенческий надзор должны сосредоточиться на тех группах населения, где сконцентрированы как инфекции, так и мероприятия против них. Изменения в уровне распространенности ВИЧ-инфекции в этих группах отображают успех или неудачу профилактических мероприятий.

Как измеряется данный показатель

Отслеживание ВИЧ-инфекции в подгруппах населения может быть трудной с материально-технической и этической точек зрения, в особенности, если эти группы обособлены или если их деятельность считается противозаконной. При этом основными вопросами становятся проведение выборки и оценка общего размера этих групп. Для толкования данного показателя необходимо понимание того, как выборка соотносится с любой большой группой населения, практикующего подобное рискованное поведение. Для некоторых групп необходимо будет применять те же методы выборки, что и для населения в целом. В других случаях можно пользоваться данными пунктов эпиднадзора. Дозорные пункты для таких групп, как правило, связаны с предоставлением медицинских услуг – например, это может быть урологическая клиника в районе с высокой концентрацией секс-баров для гомосексуалистов или центр реабилитации наркоманов.

Данный показатель представляет собой количество представителей групп рискованного поведения с положительным результатом тестирования на ВИЧ в пунктах эпиднадзора, разделенное на общее количество представителей групп рискованного поведения, протестированных на ВИЧ.

Сильные стороны и ограничения

В связи с трудностью доступа к указанным подгруппам, погрешности в данных дозорного эпиднадзора могут быть значительно больше (и значительно меньше) предсказуемыми, чем в данных о более обобщенных группах населения, например, о женщинах, которые посещают женские консультации. Там, где пункты эпиднадзора предоставляют медицинские услуги указанным подгруппам, использование этих пунктов можно связать с проблемами, которые в свою очередь связаны с ВИЧ-инфекцией.

Особенно сложно свести к минимуму погрешности, связанные с возрастом, так как возраст представителей особенно рискованных групп может сильно варьироваться. Поэтому нежелательно ограничивать анализ только молодежью, как это делается в дозорных женских консультациях.

Несмотря на все эти трудности, необходимо отслеживать ВИЧ-инфекцию в группах высокого риска в условиях концентрированных эпидемий. Информация может быть несовершенной, но некоторый прогресс или его отсутствие будут иметь большое значение для обеспечения поддержки профилактических программ, направленных на неблагополучные подгруппы населения.

Последствия эпидемии. Показатель 4.

Процент детей-сирот

Ключевой показатель для генерализованных эпидемий.

Определение

Процент детей в возрасте до 15 лет, мать, отец или оба родителя которых умерли (по данным исследования семей).

Методы измерения

Раздел «Схема проведения исследования семей» в исследовании населения в целом, которое проводится ЮНЭЙДС; Схема проведения исследования семей, которое проводится ИДЗ; данные переписи населения.

Что измеряется

ВИЧ-инфекция изменяет картину смертности среди взрослых во многих общинах, убивая мужчин и женщин именно в том возрасте, когда они обычно создают семьи и воспитывают детей. После их смерти остаются сироты, нуждающиеся в уходе, который, как правило, предоставляют другие члены общины. Социально-экономические последствия роста сиротства могут быть очень значительными, поэтому национальные программы борьбы с СПИДом, занимающиеся проблемами сирот, должны быть лучше оснащены, чтобы спланировать мероприятия по смягчению этих последствий. С помощью данного показателя отслеживается уровень сиротства в стране.

Как измеряется данный показатель

Во время проведения исследования семей или в ходе национальной переписи населения, респондентов спрашивают о возрасте всех детей в семье, а также, живы ли их родители. Количество детей в возрасте до 15 лет, мать, отец или оба родителя которых умерли, составляет числитель данного показателя. Знаменателем является общее количество детей в возрасте до 15 лет, перечисленных респондентами данного исследования.

Важно разбить эти результаты по следующим категориям: умерла мать, умер отец, умерли оба родителя.

Сильные стороны и ограничения

Данные о росте сиротства могут быть очень значительным показателем эпидемии ВИЧ/СПИДа. Кроме отслеживания воздействия смертей от СПИДа на общины, у этого показателя есть также большие возможности для пропагандистского использования.

Одним из ограничений этого показателя является то, что он не может проводить различия между сиротством, связанным со СПИДом, и сиротством, вызванным другими причинами. Впрочем, поскольку в большинстве стран в течение нескольких лет до появления ВИЧ-инфекции уровень смертности среди молодых взрослых был стабильным или снижался, есть основания предположить, что возрастание сиротства выше исходных показателей вызвано главным образом именно эпидемией ВИЧ-инфекции.

Сироты могут быть более мобильными, чем другие дети. Те, кто более всего нуждается в уходе, могут жить в семьях, главами которых тоже являются дети, но их часто даже не включают в исследования. Уличных детей, которые живут в приютах, также часто “забывают” опросить. Семьи, члены которых умерли от СПИДа, часто полностью распадаются после смерти главы семьи, а детей отсылают к родственникам, живущим в этом же или в другом районе. Использование исследования семей и вопрос, живы ли родители этих детей, поможет смягчить основной вопрос о причинах распада семьи.

В разных странах приняты разные определения сиротства. Например, в некоторых из них юридическое определение сиротства включает в себя всех детей в возрасте до 18 лет, которые потеряли одного или обоих родителей, а в других – всех детей в возрасте до 15 лет, которые потеряли мать. Поэтому мы предлагаем пользоваться стандартным определением, которое дается в данном показателе для перекрестного сравнения среди разных групп населения. Впрочем, в некоторых странах могут быть использованы собственные показатели, основанные на принятом в них определении сиротства. Методология составления данного показателя остается неизменной.

Последствия эпидемии. Показатель 5. Соотношение между детьми-сиротами и не сиротами, посещающими школу

Дополнительный показатель для генерализованных эпидемий.

Определение

Соотношение детей-сирот в возрасте 10-14 лет и детей того же возраста, не являющихся сиротами, которые посещают школу (по данным исследования семей).

Методы измерения

Схема проведения исследования семей, которое проводится ИДЗ; Раздел “Схема проведения исследования семей” в исследовании населения в целом, которое проводится ЮНЭЙДС

Что измеряется

Результаты нескольких исследований общин показывают, что одним из первых последствий болезней и смертей от СПИДа является то, что детей забирают из школ. Это может произойти по многим причинам: дети могут быть нужны дома для ухода за больными родителями или младшими детьми, за которыми их мать больше не может ухаживать. Этот показатель сосредоточен только на тех детях, которые утратили одного или обоих родителей. Детей могут забрать из школы для зарабатывания денег, чтобы как-то компенсировать потерю заработка, связанную со смертью одного из взрослых. Кроме того, потеря источников заработка и стоимость ухода могут привести к тому, что семья просто больше не может позволить себе оплачивать обучение детей в школе. В некоторых случаях девочки, пытающиеся повысить доходы семьи, продавая сексуальные услуги за деньги или другое вознаграждение, оставляют школу вследствие беременности – что становится косвенным следствием смерти родителей.

То, что дети оставляют школу, в свою очередь, приводит к ограничению их дальнейших возможностей и к выбору ими рискованных способов заработка и выживания, что передает повышенную уязвимость к ВИЧ-инфекции следующему поколению.

Впрочем, на тенденции школьного обучения влияют и другие факторы кроме сиротства. В попытке отделить влияние сиротства на посещаемость школы от других тенденций, данный показатель формируется как соотношение сирот и не сирот в школе. Он дает довольно приблизительную оценку влияния смерти родителей на обучение детей в школе.

Как измеряется данный показатель

Во время проведения исследования семей респондентов просят указать всех детей в семье, их возраст, живы ли их мать и отец, и посещают ли они школу в данный момент. Показатель формируется путем сравнения количества детей в возрасте 10-14 лет, которые подходят под определение сирот и посещают школу, и количества детей того же возраста, которые не являются сиротами и также посещают школу.

В разных странах также может по отдельности рассматриваться развитие тенденций за определенный промежуток времени в процентном соотношении сирот и не сирот в школе. Разрыв между ними даст представление о последствиях смерти родителей для школьного обучения детей.

Показатель охватывает детей в возрасте 10-14 лет, так как возраст начала школьного обучения в разных странах может сильно отличаться, поэтому включение младших возрастных групп может привести к большим расхождениям, которые не связаны с потерей родителей. Расчеты следует проводить отдельно для мальчиков и для девочек.

Сильные стороны и ограничения

Так же, как и подобные оценки социального и экономического воздействия эпидемии, данная оценка абсолютно не различает причины сиротства. Предполагается, что высокий процент смертности взрослых, имеющих детей школьного возраста, в условиях генерализованной эпидемии ВИЧ-инфекции может быть связан с ВИЧ.

Потенциальным ограничением этого показателя является непропорционально высокая вероятность того, что сироты, которые не посещают школу, не живут в стабильных семьях, а значит, не будут учтены во время исследования семей.



Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу

ЮНЭЙДС

ЮНИСЕФ • ПРООН • ЮНФПА • ЮНДКП
МОТ • ЮНЕСКО • ВОЗ • Всемирный банк

UNAIDS – 20 avenue Appia – 1211 Geneva 27 – Switzerland

Telephone: (+41) 22 791 36 66 – Fax: (+41) 22 791 41 87

E-mail: unaids@unaids.org – Internet: <http://www.unaids.org>