Сбор поведенческих данных для национальных программ по профилактике ВИЧ/СПИДа и ИППП

Совместный семинар ИМПАКТ/ФХИ/ЮНЭЙДС: отчет и выводы

1998 г. Издано
на Русском языке в 2002 г.

ЮНЭЙДС

USAID

FHI

Impact Implementing AIDS Prevention and Care Project

Сбор поведенческих данных для национальных программ по профилактике ВИЧ/СПИДа и ИППП

Совместный семинар ИМПАКТ/ФХИ/ЮНЭЙДС: отчет и выводы

1998 г.
Издано на Русском языке в 2002 г.

Соавторы документа: Элизабет Писани, Тим Браун, Тоби Сайдел, Томас Рел, Мишель Караёль

Impact Implementing AIDS Prevention and Care Project

Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу
ЮНЭЙДС
ЮНИСЕФ • ПРООН • ЮНФПА • ЮНДКП
МОТ • ЮНЕСКО • ВОЗ • Всемирный банк

USAID

Содержание

Введение 1

Зачем изучать поведение? 3

Связь между поведенческими данными и серологическим надзором за ВИЧ 9

Что необходимо для понимания и прослеживания поведения? 13

Говорят ли люди правду о своем сексуальном поведении и употреблении наркотиков? 31

Рекомендуемое сочетание методов сбора данных 33

Что дальше? 51

Обеспечение сбора поведенческих данных на долгосрочный период 55

Библиография 57

Приложение 60

1

Введение

ВИЧ продолжает распространяться в большинстве стран мира. Знания о вирусе расширяются, однако многие поведенческие аспекты эпидемии по-прежнему не полностью документированы и недостаточно осмыслены. Во многих случаях изменения уровня инфицирования ВИЧ с течением времени не поддаются интерпретации из-за того, что программы зачастую страдают отсутствием вспомогательной информации об изменениях в поведении. Иногда национальные профилактические программы составляются на основе ограниченных представлений о размерах различных групп населения, уязвимых к ВИЧ, а также о природе и определяющих факторах риска в этих группах. Влияние профилактических программ на поведение нередко остается неясным, так как поведенческие данные не собираются или отличаются существенной неполнотой.

В какой-то степени такие пробелы в знаниях присущи самой природе ВИЧ. Распространение вируса происходит в основном за счет поведения, (сексуального и связанного с потреблением наркотиков), которое носит приватный, иногда незаконный, характер, что нередко затрудняет открытое его обсуждение. Кроме того, эти виды поведения весьма динамичны и иногда радикально меняются в течение короткого периода времени по мере того, как страны захватывают социальные и экономические перемены. Но *именно* поведение является двигателем эпидемии. Без усилий, направленных на улучшение его понимания и более тщательное количественное измерение, невозможно определить, какие группы населения

подвергаются риску инфицирования, или оценить изменения в поведении, которые могут увеличить или уменьшить риск инфицирования или уязвимость в отношении ВИЧ. В результате это приведет к слабому и непродуктивному использованию имеющихся ресурсов при весьма ограниченной эффективности.

В последние годы многие национальные программы по СПИДу, действуя совместно с национальными и зарубежными партнерами, приступили к сбору информации о поведении, связанном с риском ВИЧ-инфицирования. Несколько стран посчитали такую информацию бесценной в плане убеждения людей в необходимости поддержки мероприятий против СПИДа. Кроме того, информация оказалась полезной для разработки и управления эффективными программами, направленными на отказ от поведения, связанного с риском, а также в качестве доказательства того факта, что поведение людей действительно становится более безопасным.

По мере того, как накапливался опыт сбора информации о поведении, стало очевидным, что потребности стран отличаются, и данные о поведении могут по-разному удовлетворять эти потребности при использовании различных методологий и инструментов.

Целью настоящего документа является описание вклада, который данные о поведении могут внести в планирование, реализацию и мониторинг мероприятий по профилактике ВИЧ. В нем рассматриваются имеющиеся инструменты, и даются рекомендации по созданию минимального пакета данных, состав которого меняется в зависимости от стадии эпидемии ВИЧ в той или иной стране. Данный документ призван послужить в качестве руководства для национальных программ при организации эффективных программ по оценке и мониторингу поведения, с целью оказания помощи в их разработке, уточнении направленности и оценке.

В этом документе, подготовленном "Фэмили Хелс Интернэшнл" (Family Health International) и ЮНЭЙДС, использован опыт сбора данных о поведении, накопленный несколькими организациями и странами.

2

Зачем изучать поведение?

В течение примерно первых десяти лет эпидемии ВИЧ многие страны направляли средства на изучение распространения самого вируса. Промышленно развитые страны сосредоточили внимание на регистрации случаев заболевания, а многие развивающиеся государства, в частности страны, расположенные к югу от Сахары, вводили системы дозорного эпиднадзора с целью отслеживания распространения ВИЧ. После удаления индивидуальных данных о пациентах с образцов крови, взятых для других целей (чаще всего для анализа на сифилис у беременных женщин в антенатальный период), службы дозорного эпиднадзора проводили тестирование крови на ВИЧ. Считается, что эти данные дают некоторое представление об уровне ВИЧ-инфекции среди населения в целом.

Тем не менее, с учетом того, что у инфицированного человека какие-либо симптомы могут не проявляться в течение десяти и более лет, показатель уровня распространенности ВИЧ может отражать сочетание недавних случаев инфицирования со случаями многолетней давности. Поэтому показатель распространенности отражает изменения в новых случаях инфицирования с большим опозданием. Стабильная или снижающаяся распространенность может означать, что поведение людей характеризуется большей степенью безопасности, и количество случаев инфицирования, по сравнению с предыдущими годами, снизилось. Однако это может быть просто отражением того факта, что ВИЧ-инфицированные лица "выпадают" из тестируемого населения, так как успели умереть, сменить место жительства или слишком больны, чтобы обратиться в медицинское учреждение, в котором проводятся такие тесты. Это может означать, что

почти все лица, поведение которых связано с риском, уже инфицированы, либо, что группа тестируемых лиц с течением времени изменилась. Действительно, между показателями частоты инфицирования (заболеваемости) и распространенности ВИЧ существует настолько сложная взаимосвязь, что в некоторых случаях снижение распространенности может скрывать продолжающийся рост частоты инфицирования, особенно среди молодежи.

Таким образом, очевидно, что показатель распространенности ВИЧ не может служить достоверным индикатором изменений числа новых случаев инфицирования, или мерилом успешности программ, направленных на снижение числа новых случаев. Каковы альтернативы? Измерение заболеваемости представляется проблематичным и дорогостоящим, так как подразумевает неоднократное тестирование одних и тех же групп лиц через определенные промежутки времени, либо применение дорогостоящих методов тестирования среди большого числа людей с целью выявления небольшого числа вновь инфицированных. Другими физическими маркерами, которые более тщательно, чем ВИЧ, отслеживают сексуальное поведение, связанное с риском, являются излечимые инфекции, передаваемые половым путем (ИППП). Показатели распространенности бактериальных ИППП лучше отражают показатели заболеваемости, так как обычно после обнаружения, эти болезни лечат антибиотиками. Тем не менее, в большинстве стран качество эпиднадзора за ИППП ниже, чем качество эпиднадзора за ВИЧ. К тому же, во многих странах эпиднадзор оказывается в высшей степени неполным, так как основная часть данных собирается в государственном секторе, в то время как лечение осуществляется, главным образом, в частном секторе.

Несмотря на то, что оценку изменений в показателях новых случаев инфицирования ИППП и ВИЧ провести трудно, можно проследить изменения в формах поведения, которые привели к этим инфекциям. Для этого есть несколько причин, и их значимость меняется в зависимости от масштаба распространенности ВИЧ в данной стране, и от того, какие сообщества поражены.

2.1 Поведенческие данные служат в качестве системы раннего оповещения в отношении ВИЧ и ИППП

Среди населения поведенческий риск распределяется неравномерно. В среднем, поведение одних групп населения или сообществ может быть сопряжено с более высокой степенью риска, чем других. Данные о том, какие именно группы или сообщества оказываются уязвимыми, могут значительно меняться от страны к стране, и требовать уточнения на месте в плане выяснения занятости, миграционного статуса, сексуальной ориентации, географического местоположения, уровня доходов или любых других факторов. Поведенческие данные могут помочь в выявлении групп или сообществ, подверженных риску на местах, и дать представление о возможных путях передачи вируса в случае непринятия мер по

прекращению его распространения. Кроме того, они могут указывать на уровень поведения, связанного с риском, в обществе в целом, а также на поведенческие "мостики" между населением в целом и более уязвимыми группами. В случае прочности этих "мостиков", раннее сдерживание передачи ВИЧ в уязвимых группах или сообществах становится неотложным и критически важным компонентом в деле замедления распространения вируса среди населения в целом.

Такого рода поведенческая информация может послужить призывом "к оружию" для многих людей – политиков, религиозных и общественных лидеров, а также тех, кто сам может оказаться в ситуации, сопряженной с риском, – и сигнализировать о том, что угроза ВИЧ весьма реальна даже там, где она пока невидима. Такие данные представляют собой мощное орудие для обеспечения принятия неотложных мер.

2.2 Поведенческие данные – источник информации для разработки эффективных программ и определения их направленности

Страны осуществляют мониторинг эпидемии ВИЧ, с тем, чтобы замедлить распространение вируса посредством эффективных профилактических программ. Эффективной является такая профилактика, которая позволяет людям перейти к более безопасным формам поведения, и защитить себя от связанного с риском поведения своих партнеров. Однако для эффективной профилактики недостаточно лишь знать, кто подвергается риску. Необходимо знать, почему эти люди ведут себя таким образом, побудить их снизить степень риска, привив им знания и навыки профилактики, обеспечив более широкий и приемлемый для них доступ к средствам профилактики, а также создав социальные и политические условия, которые помогли бы им изменить свое поведение. При таких условиях возникает серьезная необходимость в качественных данных, позволяющих выявить и прояснить детерминанты риска в конкретных группах населения и ситуациях. Без хорошего понимания контекста и форм поведения, связанного с риском, в каждой конкретной уязвимой группе населения или рискованной ситуации, невозможно обеспечить и эффективно поддерживать соответствующее безопасное альтернативное поведение. Таким образом, данные поведенческих исследований могут помочь сообществам и разработчикам программ сформулировать инициативы, точно нацеленные на разрушение определенных звеньев в цепи передачи вируса в конкретной стране, регионе или группе.

Кроме того, исследовательские поведенческие данные могут количественно показывать, кто именно подвергается наибольшему риску заражения или передачи ВИЧ-инфекции, и почему. Они могут служить документальным подтверждением уровней риска в конкретных сообществах, которые наиболее подвержены быстрому распространению ВИЧ, или выявлять характерные особенности лиц, которые подвергаются наибольшему риску, позволяя определять приоритетность профилактических мероприятий и уточнять их

направленность, с целью обеспечения максимального воздействия.

2.3 Слежение за поведением улучшает оценку программ

Хорошая система сбора поведенческих данных может составить картину изменений, происходящих с течением времени в сексуальном поведении и поведении, связанном с употреблением наркотиков, - как среди населения в целом, так и в уязвимых подгруппах. Система зарегистрирует снижение уровня рискованных сексуальных отношений точно так же, как устойчивое поведение, связанное с риском, или изменения в типичной модели риска. Эти изменения могут свидетельствовать об успешности всего пакета мероприятий, направленных на пропаганду безопасного поведения и снижение показателя распространения ВИЧ среди населения в целом и в конкретных уязвимых группах.

Демонстрация того, что поведение может изменяться, и действительно изменяется в результате национальных мероприятий по профилактике сексуального поведения, сопряженного с риском, и сокращению употребления наркотиков, чрезвычайно важна для укрепления поддержки продолжающихся профилактических мероприятий. Однако несмотря на то, что поведенческие данные помогают специалистам по оценке документировать эти изменения, важно помнить, что они не показывают прямую причинную связь между вмешательством и конкретным уровнем изменения поведения. Большинство людей получают информацию из множества источников и принимают решения на основе многих (причем сложных) критериев. Информация или мероприятия, представленные в рамках программы по профилактике, окажут влияние на решения, принимаемые людьми, и на их поведение, однако в этом уравнении может быть множество других факторов. Сама по себе регистрация поведенческих данных редко позволяет вычленить изменение и отнести его к отдельному компоненту программы.

2.4 Изменения в поведении помогают объяснить изменения в распространенности ВИЧ

Как уже отмечалось, изменение поведения и связанное с этим снижение числа новых случаев ВИЧ-инфицирования, – лишь одна из возможных причин изменения показателей распространенности ВИЧ. Это, конечно, самое обнадеживающее объяснение для тех, кто пытается замедлить распространение вируса. Однако без сбора данных, прослеживающих поведенческие тенденции с течением времени, специалисты по оценке программ не смогут выяснить, влияет ли изменение поведения на изменение показателей распространенности ВИЧ.

Концентрация внимания исключительно на показателе распространенности ВИЧ без дополнительных поведенческих данных может также ввести в заблуждение. Когда этот показатель стабилизируется, – даже на очень высоких уровнях, – нередко возникает тенденция к самоуспокоенности: проблема

достигла максимума, хуже уже не будет. Это может быть опасным заблуждением. Например, в Бангкоке показатель распространенности ВИЧ среди лиц, употребляющих наркотики инъекционным способом, оставался стабильным почти десять лет, однако тщательное изучение групп потребителей наркотиков показало, что процесс их инфицирования продолжался со скоростью от 5 до 10 процентов в год. Показатель распространенности выглядел стабильным за счет того, что количество вновь инфицированных потребителей наркотиков примерно равнялось числу "выбывших" из-за смерти или прекращения инъекционного употребления наркотиков.

Поведенческие данные, указывающие на отсутствие изменений в высоком уровне рискованного поведения, или показывающие постоянное присутствие риска в определенных возрастных группах или слоях населения, должны послужить сигналом тревоги даже в тех случаях, когда показатель распространенности ВИЧ выглядит стабильным. На наблюдаемую стабилизацию или снижение распространенности ВИЧ в конкретных обстоятельствах могут повлиять несколько факторов, которые не связаны с результатами вмешательства. К ним относятся уровень смертности (особенно в условиях распространившейся эпидемии), эффект насыщения в группах повышенного риска, различные модели миграции, связанные с эпидемией, погрешности выборки и ошибки, допущенные при сборе и анализе данных.

2.5 Поведенческие данные могут помочь в объяснении колебаний показателя распространенности

Хотя сравнение данных по различным регионам, культурам и странам требует чрезвычайной осторожности, поведенческие данные, тем не менее, могут оказать помощь при объяснении разницы в уровне инфекции в одних регионах по сравнению с другими. Особенно это касается случаев, когда индикаторы поведения, связанного с риском, стандартизированы для всех исследований и наблюдений, с использованием одинаковых формулировок и базовых периодов.

3

Связь между поведенческими данными и серологическим надзором за ВИЧ

В связи с тем, что сложность взаимосвязи между частотой инфицирования и распространенностью ВИЧ по мере распространения эпидемии возрастает, ЮНЭЙДС и ее партнеры пропагандируют усиление и развитие существующих систем дозорного эпиднадзора с целью их преобразования в системы эпиднадзора "второго поколения", неотъемлемым компонентом которых является сбор поведенческих данных. Системы второго поколения более пристально изучают сегменты населения, в которых сконцентрировано наибольшее количество новых случаев инфицирования, в частности, молодежь. Показатель распространенности ВИЧ среди молодежи используется в качестве заменителя показателя частоты инфицирования, поскольку период, прошедший с момента начала сексуальной активности, у молодежи невелик.

Для национальных программ он служит приближенным показателем текущей заболеваемости, который дополняет собираемые текущие данные о распространенности. Таким образом, добавление сбора поведенческих данных к системе эпиднадзора второго поколения дает возможность одновременно использовать и сопоставлять данные серологического надзора и поведенческие данные, обеспечивая национальным программам лучшее понимание и объяснение текущих тенденций, наблюдаемых в эпидемии ВИЧ в стране.

В любой системе, занимающейся сбором данных, чувствительных к погрешностям, таких, как информация о серологическом статусе, или рискованном поведении, связанном с сексуальными отношениями или приемом наркотиков, необходимы меры по минимизации погрешностей. С этой целью в антенатальных клиниках обычно проводят серологический надзор, используя несвязанные анонимные образцы крови, которые регулярно собираются для других целей, например, для анализа на сифилис. Такой подход уменьшает погрешность, возникающую, когда люди отвечают отказом на просьбу о сдаче крови для анализа на ВИЧ. Аналогично, при работе с выборкой молодых женщин с целью получения ответов на вопросы о сексуальном поведении и поведении, связанном с приемом наркотиков, велика вероятность, что некоторые из них откажутся от собеседования. При попытках получить и то, и другое, то есть образец крови и интервью по поводу рискованного поведения, особенно у женщин с большим сроком беременности, суммарная пропорция отказов может оказаться довольно высокой. Более того, вопросы о сексуальном поведении и применении презервативов, задаваемые женщинам на поздних сроках беременности, скорей всего не дадут результатов хотя бы в незначительной степени типичных для женского населения в целом (не говоря уже об этических и практических сложностях). Точно такие же сложности возникают с интерпретацией тенденций в сексуальном поведении мужчин-пациентов с ИППП , поскольку они по определению имеют отношение к тем или иным видам поведения, связанного с высокой степенью риска.

Таким образом, с целью минимизации погрешностей и сбора более полноценных поведенческих данных о населении в целом, а также во избежание риска искажения серологических данных, обычно рекомендуется, чтобы для забора образцов крови и проведения интервью по поводу поведения, связанного с риском, выбирались разные люди. Однако для выявления отчетливой связи между поведением и распространенностью ВИЧ в сообществе, необходимо, чтобы данные по серологическому статусу ВИЧ и поведению собирались у одного и того же населения-источника. Эти две задачи не являются несовместимыми. Нет необходимости в том, чтобы образцы крови и поведенческие данные собирались у одних и тех же людей (хотя это позволило бы добиться максимальной информативности), необходимо лишь, чтобы была выявлена взаимосвязь между населением-источником серологических данных, и населением-источником поведенческих данных.

Выявление таких взаимосвязей требует точной идентификации населения, которое посещает основной участок дозорного эпиднадзора (например, крупную городскую антенатальную клинику), и сбора поведенческой информации методом случайной выборки по месту жительства в том же районе охвата. Если такая работа проводится в рамках национальных или региональных поведенческих исследований, она может представлять собой намеренное использование выборки с запасом

среди населения, охватываемого основными участками дозорного эпиднадзора (то есть, все население, обслуживаемое данным конкретным участком).

Поскольку женщины, посещающие антенатальные клиники, не являются случайно выбранными представителями населения, они могут значительно отличаться от прочих членов населения-источника. Например, молодые женщины, посещающие антенатальные клиники, представляют, в основном, ту часть молодого женского населения, у которой сексуальная активность наступила в более раннем возрасте, чем это происходит в среднем. Для того чтобы связать поведенческие данные с данными о распространенности ВИЧ, рекомендуется, чтобы все посетительницы антенатальных клиник на дозорных участках отвечали на минимальный набор социально-демографических вопросов. Вопросы должны включать возраст, количество родов в прошлом, интервал после последних родов, уровень образования, род занятий, и продолжительность проживания в данном районе (как показатель миграции). Затем эти показатели могут быть сопоставлены с ответами населения на вопросы, касающиеся поведения, что позволит выявить любые систематические различия между двумя группами и внести поправки при анализе.

Более прямым способом увязки поведения и серостатуса является проведение обследования населения, в ходе которого собираются и данные по ВИЧ, и поведенческие данные. Однако результативность такого подхода бывает различной. В некоторых странах поведенческое обследование населения было успешно дополнено серологическим тестированием на ВИЧ. С информированного согласия участников, у них брались образцы крови или слюны для анонимного тестирования (всем участникам была предоставлена возможность пройти консультирование, а также выбрать, будет ли их кровь тестироваться отдельно от исследовательского проекта, с тем, чтобы они могли узнать свой ВИЧ-статус). Однако в других странах уровень отказов от тестирования при проведении обследования населения оказался довольно высоким, а результаты плохо поддавались обобщению. Кроме того, вероятность наличия ВИЧ-инфекции среди лиц, не охваченных обследованием по месту жительства (например, из-за частых командировок), может оказаться непропорционально высокой.

4

Что необходимо для понимания и прослеживания поведения?

Существует немало способов сбора данных о поведении. В этом разделе описаны достоинства и недостатки методов, которые чаще всего используются при решении задач планирования и оценки национальных программ. Возможно, некоторые из этих методов уже используются в данной конкретной стране. Большинство стран могут предпочесть использование сочетания нескольких методов сбора поведенческой информации, в зависимости от конкретной стадии эпидемии, применяемых противоэпидемических мер, а также политической и социальной обстановки в стране.

Независимо от того, какие методы выбраны, важно, чтобы при их разработке учитывались потребности конкретной страны. Поведенческие данные, которые не заслуживают доверия и не могут быть использованы при проведении мероприятий по предупреждению дальнейшего распространения ВИЧ, не принесут практической пользы. Это означает, что собранные поведенческие данные должны обеспечивать ясное понимание моделей поведения и распределения риска среди населения, а системы, применяемые для мониторинга поведенческого риска, должны давать информацию для планирования, управления и оценки мероприятий по профилактике.

Принимая решения в связи с потребностями своей страны по сбору данных, руководители программ должны помнить, что некоторые группы и уязвимые категории населения встречают большее сочувствие со стороны политических лидеров и общественности, чем другие. Нередко политическая поддержка,

оказываемая мероприятиям по профилактике среди социально изолированных, но чрезвычайно уязвимых групп населения, оказывается слабой. Поведенческие исследования могут помочь в усилении поддержки этих насущно важных мероприятий, продемонстрировав, что поведение, связанное с риском, и уязвимость всего населения или политически важных групп тесно связаны с тем риском, который существует в упомянутых уязвимых группах населения. Иногда такие данные могут выступить в роли критически важного дополнительного рычага, необходимого для поощрения и усиления помощи в проведении неотложных профилактических мероприятий среди уязвимых групп населения.

4.1 Роль национальных программ в сборе поведенческих данных

Поскольку эффективные программы должны опираться на реалистичную оценку поведенческого риска и отслеживать воздействие, регистрируя изменения, происходящие в поведении с течением времени, руководителям национальных программ по борьбе со СПИДом необходимо взять на себя ответственность по координации сбора данных, касающихся сексуального поведения и поведения, связанного с приемом наркотиков. Кроме того, они должны обеспечить, чтобы собранные данные отвечали информационным потребностям их стран и программ. Однако НЕТ необходимости в том, чтобы ответственность за сбор всех данных лежала на национальных программах по борьбе со СПИДом. В отдельных случаях это возможно, но чаще ограниченность возможностей и недостаток персонала национальных программ не позволяет проводить поведенческие исследования, поэтому приходится привлекать помощь со стороны, или использовать для получения поведенческих данных имеющиеся ресурсы.

Если имеются действующие программы, например, по охране здоровья или рождаемости, либо проводятся исследования по репродуктивному здоровью, то они, бесспорно, могут добавить модуль сексуального поведения в будущие исследовательские циклы. Один из таких примеров – Международная программа медико-демографических исследований, однако многие страны проводят аналогичные исследования на национальном уровне и на более регулярной основе. Нередко научные сотрудники, НПО и частные фирмы, занимающиеся изучением рынка, уже провели или регулярно проводят собственные поведенческие исследования в ходе исследовательской, профилактической и маркетинговой деятельности. В тех случаях, когда это осуществимо и уместно, они могут предоставить свои данные национальной системе сбора поведенческих данных, либо предложить идеи по созданию новой или совершенствованию уже существующей системы сбора данных. Подобным образом национальные программы во многих случаях могут использовать возможности проведения поведенческих исследований, имеющиеся у университетов, НПО или частного сектора, для сбора

фактических данных, предоставляя ресурсы или организуя помощь из других источников.

Таким образом, обязанностью руководителей программ в отношении сбора поведенческих данных является, в первую очередь, определение потребностей в поведенческих данных; планирование и координация мероприятий и ресурсов национальных, международных и двусторонних организаций, необходимых для удовлетворения этих потребностей, а также поиск национальных учреждений, наиболее подходящих для реализации рекомендованных методов сбора данных. Это поможет обеспечить значительную заинтересованность со стороны выбранных национальных учреждений и партнеров в сборе качественных данных, и может привести к появлению постоянно действующих систем сбора данных для действующих в стране программ.

4.2 Основные компоненты систем сбора поведенческих данных

Создание любой системы поведенческой оценки должно начинаться с тщательной предварительной оценки поведенческой ситуации (если она еще не проводилась). Такая оценка должна включать несколько компонентов, в том числе обзор поведенческих исследований и источников данных в стране, быструю оценку рискованных форм поведения, картирование зон риска и тех, кто ему подвергается, а также созидательную качественную работу по выявлению возможностей, препятствий и соответствующих подходов, стимулирующих изменения в поведении.

Первым этапом предварительной оценки является обзор имеющихся данных. Обзор необходимо проводить регулярно, с тем, чтобы национальные программы могли расширить свое понимание нередко динамичных поведенческих ситуаций, и могли избежать дублирования усилий и ненужного расходования средств. В большинстве стран многочисленные университеты, НПО и частные фирмы уже провели значительное количество небольших по масштабу поведенческих исследований. Нередко эти организации проводят обсуждения с опросными группами и углубленные интервью с целью разработки мер вмешательства или выпуска продукта, например, нового вида презервативов. Такие качественные исследования могут подсказать, какие группы общества подвергаются наибольшему риску, а также выявить определенные взгляды или виды поведения, изменение которых могло бы сделать сексуальные отношения или употребление наркотиков более безопасными. Некоторые из этих организаций, включая различные государственные агентства, также могут проводить качественные поведенческие исследования, например, в области маркетинга или исследования в сфере репродуктивного здоровья. До начала проведения дополнительной поведенческой оценки или мониторинга, необходимо тщательно изучить имеющиеся данные с целью определения уже известных фактов, основных вызывающих обеспокоенность областей , пробелов

в имеющихся знаниях, а также методов и подходов, применение которых представляется наиболее эффективным для местных условий. Такое изучение имеющихся источников данных поможет национальным программам в определении дополнительных информационных потребностей при формулировании соответствующих политик и программ.

Если в ходе изучения существующей информации обнаруживаются области недостаточных поведенческих сведений, национальным программам следует производить быструю предварительную поведенческую оценку с целью заполнения пробелов в наиболее неотложных и важных областях информации о рискованных видах поведения среди населения и в уязвимых группах. Предварительная оценка, на которую требуется около шести месяцев, решает три основных задачи. Во-первых, это помощь национальным программам в определении приоритетности профилактических мероприятий путем дальнейшего выявления рискованных форм поведения, способствующих местному распространению эпидемии, и в определении размеров различных групп риска. Во-вторых, оценка поможет в разработке эффективных профилактических программ за счет углубления понимания факторов, которые оказывают влияние на рискованное поведение, и определения возможностей и препятствий на пути к изменению поведения, а также определения приемлемых и целесообразных методов профилактики среди групп населения, считающихся наиболее важными с эпидемиологической и поведенческой точек зрения. И, в-третьих, оценка даст информацию для разработки поведенческих инструментов и средств, необходимых для долгосрочного прослеживания поведения в стране, которое необходимо для определения текущих профилактических потребностей и оценки эффективности профилактических программ. Проведение такой предварительной оценки будет связано с применением целого ряда различных качественных подходов, включая методики быстрой оценки, географическое и социальное картирование рискованных форм поведения и групп риска среди населения, углубленные интервью, интервью с основными информантами, а также обсуждения с опросными группами. Более подробно эти подходы будут рассмотрены в следующем разделе.

Необходимо, чтобы в основе систем сбора поведенческих данных, ориентированных на отслеживание изменений в поведении с течением времени, использовались два сквозных метода:

- охват населения в целом (**по месту жительства**), как, например, в исследовании, описанном в "*Evaluation of a National AIDS Programme: A Methods Package*" (*Оценка национальной программы по СПИДу: пакет методов*). Женева: ВОЗ/ГПС, 1994;
- повторные поведенческие обследования в выбранных (**не по месту жительства**) группах населения, как, например, описанные в "*HIV Risk Behevioural Surveillance: Methodology and Issues in Monitoring HIV Risk Behaviours*" (*Поведенческий надзор в связи с*

риском ВИЧ: Методология и проблемы мониторинга поведения, связанного с риском ВИЧ). Резюме семинара. Бангкок: Family Health International, 1997.

Даже после того, как эти системы были созданы, национальные программы смогут и в дальнейшем использовать качественные подходы по мере необходимости, для того, чтобы обеспечить более глубокое понимание поведенческого риска, или для анализа факторов, влияющих на изменения поведения, обнаруженные такими системами прослеживания поведения.

Сбор полезных поведенческих данных всегда должен дополняться другой доступной информацией, которая может помочь в проверке наблюдаемых поведенческих тенденций и результатов. Это позволяет производить "триангуляционную" сверку, с тем, чтобы определить, согласуются ли друг с другом поведенческие данные, полученные от респондентов, и результирующие биологические и программные индикаторы. Например, снижение заболеваемости ИППП в полученных отчетах может быть сопоставлено с зарегистрированным сокращением рискованного поведения, а объемы продаж презервативов в регионе или стране могут служить подтверждением уровня использования презервативов по отчетным данным.

4.3 Экспресс оценка, картирование и качественные исследования

Что они собой представляют?

Методики быстрой оценки и картирования и качественные методы исследований были разработаны в различных областях, однако могут успешно применяться для изучения поведения, сопряженного с риском, в особенности применительно к труднодостижимым группам населения, о которых национальные программы в настоящее время знают немного.

Быстрые оценки обычно проводятся группой исследователей, обладающих разнообразием навыков (например, проведения опросов, работы с опросными группами и антропологических исследований), которые работают в контакте с членами изучаемого сообщества, с тем, чтобы составить быструю, но всестороннюю картину рисковой ситуации в данном сообществе, и факторов, обусловливающих риск. Эта картина формируется с использованием комбинации углубленных интервью, обсуждений в опросных группах, наблюдений за сообществом, и небольших быстрых опросов (включающих лишь несколько необходимых вопросов). Использование многостороннего подхода дает возможность обнаруживать и выявлять причины несоответствий в информации непосредственно в полевых условиях, что дает группе исследователей и сообществу более ясное понимание ситуации к моменту завершения исследования. Обычно все исследование занимает от одного до двух месяцев полевой работы, и требует определенного времени на подготовку и анализ результатов. Анализ должен проводиться

совместно с членами сообщества, которые обеспечивают обратную связь в отношении его точности, – это является обязательным этапом процесса.

Методики картирования используются для того, чтобы получить численную оценку количества точек определенного типа, связанных с риском, либо численности данного сообщества с поведением, характеризующимся более высокой степенью риска. При использовании метода картирования группа исследователей устанавливает типы мест, в которых возникает рискованное поведение или в которых собираются члены сообщества, а затем пытается систематически наносить на карту эти места, используя сочетание географического картирования, метод "снежного кома", и других методов. При географическом картировании исследователи методично "прочесывают" данный район и наносят на карту местоположения организованных точек, таких, как учреждения коммерческого секса, классифицируя их по типам, и проводя этнографическое исследование рисковой ситуации на этих участках. Даже крупный город обычно может быть занесен на карту менее чем за месяц. Метод "снежного кома" часто наиболее пригоден в отношении чрезвычайно скрытых сообществ, таких, как мужчины, имеющие сексуальные отношения с мужчинами: ключевые информанты помогают установить точки входа, и затем происходит прослеживание сети контактов, с тем, чтобы попытаться составить карту текущей ситуации. Эти методы могут быть дополнены также методами повторного охвата для того, чтобы оценить размер определенных групп населения с более высоким поведенческим риском. Эти методы не могут предоставить данные, которые будут вполне сопоставимы с течением времени, поскольку лица, охваченные исследованием, не являются случайной выборкой из всей изучаемой группы населения, и поэтому не могут считаться репрезентативными для данной группы населения. Вместе с тем, особенно в отношении труднодостижимых групп населения, несовершенная информация лучше, чем ее полное отсутствие.

Методики качественных исследований, включая обсуждения в опросных группах, углубленные интервью, и опрос ключевых информантов, предназначены для обеспечения более глубокого понимания рисковых ситуаций. В опросных группах собирают от шести до десяти членов изучаемого сообщества, чтобы подробно обсудить ограниченный набор вопросов. Акцент делается на взаимодействие группы, при этом куратор, ведущий дискуссию, стимулирует активное обсуждение среди членов группы. В углубленных интервью респондентам дается возможность ответить на детальный набор вопросов в неструктурированной форме. В интервью с ключевыми информантами, конкретных лиц, имеющих ясные представления о местных точках или ситуациях, связанных с риском, таких, как барменов ночных клубов, водителей такси или лидеров из уязвимого сообщества, просят поделиться своими знаниями и опытом. Затем эта информация используется при

формулировании более целенаправленного исследования, которое позволит улучшить понимание более широкого сообщества.

Что они дают, и что для них требуется?

Эти три подхода обладают двумя главными преимуществами. Во-первых, они позволяют количественно определить рисковую ситуацию в данной уязвимой группе населения или сообществе в виде количества точек или численности населения. Это может являться необходимым компонентом в определении приоритетности профилактических программ и принятия решений относительно того, на чем следует сосредоточить усилия.

Во вторых, они обеспечивают более глубокое понимание форм поведения, связанных с риском, и факторов, мотивирующих их, чем это могут обеспечить более структурированные исследовательские подходы. Без такой информации разработка действенных профилактических программ была бы затруднена, или вообще невозможна. Качественные подходы особенно ценны для разработчиков профилактических программ тем, что они позволяют респондентам высказать свои собственные тревоги, а не давать отклик лишь на те проблемы, которые видятся исследователям. Если такая информация используется разумно, то это, вероятно, приведет к большей целесообразности профилактических программ для конкретных сообществ. Эти же качественные методы должны использоваться и для "полевых испытаний" альтернативных профилактических подходов среди членов сообщества, а также для их адаптации, с тем, чтобы обеспечить наибольшее соответствие потребностям сообщества до их осуществления в широком масштабе.

Использование этих подходов для предварительной оценки требует участия группы исследователей, имеющих навыки применения различных методов. Многие ошибочно полагают, что после минимального обучения их сможет применять любой человек. Однако, реальность такова, что качество собранных данных является функцией качества исследовательской группы и способности группы контролировать наложение ее собственных искажений на полученные результаты. Таким образом, национальные программы должны принимать на работу опытных социологов, чтобы помочь в планировании исследования, обучении полевого персонала и реализации этих подходов. Эти исследования также требуют активного участия изучаемого сообщества в планировании исследования, а также в анализе и распространении его результатов. Члены сообщества знают собственную рисковую ситуацию лучше, чем любой посторонний. Именно они являются истинными "экспертами" по риску в их собственных обстоятельствах, и при интерпретации результатов к их мнениям следует внимательно прислушиваться.

Другие аспекты, которые необходимо учитывать

Ускоренные оценки, картирование и качественные исследования могут приоткрыть двери к затронутым сообществам в качестве первых шагов в повестке дня организованных исследований для обеспечения информацией национальных программ. Национальные программы часто испытывают серьезные трудности в охвате и работе с такими группами населения, как работники коммерческого секса, мужчины, имеющие сексуальные отношения с мужчинами, и другими маргинальными сообществами, несмотря на то, что во многих случаях они являются приоритетными группами с точки зрения профилактических мероприятий. Поскольку эти подходы строятся на сильном взаимодействии с сообществом, они могут помочь сформировать связи между затронутыми сообществами и национальными программами. В случаях, когда национальная программа испытывает недостаток возможностей для вовлечения сообщества в исследование или не готова к этому, она может привлечь к этому неправительственные организации или организации на уровне сообщества, уже работающие с конкретными сообществами. Это положит начало процессу установления связей и формирования групп, необходимых для разработки и осуществления направленных и целесообразных профилактических программ для этих сообществ.

Одним из вызывающих обеспокоенность аспектов применения этих подходов является серьезная потенциальная опасность нанесения ущерба исследуемым сообществам, особенно если они уже обособлены от общества или подвергаются стигматизации. В то время как карты учреждений коммерческого секса ценны для планирования и осуществления профилактических мероприятий, они могут также использоваться властями для принятия силовых мер против этих участков. Достаточно лишь одного инцидента подобного рода, чтобы навсегда разрушить отношения между национальной программой и затронутым сообществом, что затруднит или сделает невозможным развертывание столь необходимых профилактических программ. В связи с этим, необходимо сохранять абсолютную конфиденциальность всех потенциально разрушительных результатов исследований, а каждый член исследовательской группы должен быть согласен с необходимостью такой конфиденциальности.

Одна из действительно сильных сторон качественных подходов (интервью с ключевыми информантами, углубленных интервью, и обсуждений в опросных группах) состоит в том, что они стимулируют возникновение новых идей. Поскольку инструкции, которые формулируются для этих интервью, обычно не налагают каких-либо ограничений, респонденты или участники опросных групп свободны в своих ответах. Такая обстановка значительно повышает вероятность того, что участники выскажут свои реальные проблемы. Использование этой информации при разработке профилактических программ улучшает их значимость.

Одно из ограничений качественных подходов состоит в том, что они *не являются представительными* для исследуемой группы населения в целом. Из-за интенсивных потребностей в кадровых ресурсах для проведения, расшифровки и анализа большого числа углубленных интервью или обсуждений в фокус-группах, невозможно собрать достаточно большую выборку, которая могла бы представлять все сообщество. Кроме того, неструктурированный характер ответов часто затрудняет численное распределение результатов по удобным категориям. Помимо этого, ключевые информанты, респонденты для углубленных интервью, и участники опросных групп обычно выбираются не по признаку их представительности, а лишь в качестве "хорошего примера" членов данного сообщества. Таким образом, любая попытка обобщить результаты на сообщество в целом без последующего количественного исследования (которое будет рассмотрено в двух последующих разделах) может привести к опасности получения неправильных выводов.

4.4 Поведенческие обследования населения в целом

Что они собой представляют?

Поведенческое обследование населения в целом представляет собой сквозное обследование по месту жительства посредством случайной выборки населения. Обследования могут быть региональными или на уровне сообщества, и могут охватывать возрастные группы от 15 до 49 лет, или сосредотачиваться на молодежных возрастных группах от 15 до 24 лет. Опрос всегда проводится по месту жительства. Обследования в рамках населения должны повторяться с регулярными интервалами через несколько лет для того, чтобы получить картину временных тенденций в поведении.

Что они дают, и что для них требуется?

Обследования по месту жительства могут обеспечить достоверную картину распространенности рискованного поведения среди населения в целом, а также связей между населением и группами, характеризующимися поведением с более высокой степенью риска, такими, как работники коммерческого секса или потребители инъекционных наркотиков. Понимание масштабов этих связей необходимо для планирования эффективной национальной программы и направления ресурсов. Если связи с широким населением ограничены, профилактические ресурсы могут быть сосредоточены в значительной степени на более уязвимых группах населения, при этом мероприятия по населению в целом могут развертываться постепенно. В то же время, если эти связи обширны, то потенциал быстрого распространения ВИЧ среди всего общества высок, и необходима мобилизация ресурсов, чтобы обеспечить широкий охват населения профилактическими программами, при продолжающейся интенсивной и всесторонней работе с уязвимыми группами населения.

Обследования по месту жительства зачастую сложны с материально-технической точки зрения. Вместе с тем, во многих странах имеется опыт проведения таких обследований в рамках национальных переписей населения и обследований экономики здравоохранения. Во многих случаях в национальных статистических организациях, местных университетах или частных фирмах уже имеются основы выборок и опыт составления выборок. Разумеется, существующие программы обследований в других областях могут дать возможность сбора поведенческих данных, связанных с ВИЧ, без создания отдельной структуры для проведения обследований.

Поскольку участники обследований по месту жительства выбираются среди населения случайным образом, погрешность выборки минимизируется, при условии, что процент отказов от ответа сохраняется на минимальном уровне. Объемы выборки могут быть достаточно велики, с тем, чтобы обеспечить возможность расчета частоты рискованного поведения для различных возрастных групп с небольшими доверительными интервалами. Кроме того, при проведении повторных обследований стандартные процедуры составления выборки легко воспроизводятся.

При увязывании дозорных данных по ВИЧ, полученных на ключевых участках, с поведенческими данными в районах, окружающих ключевые дозорные участки, может быть полезным использование выборок с запасом по частоте дискретизации, при условии, что район, охватываемый выборкой, определен таким образом, чтобы в выборку входило то же самое население, которое посещает дозорный участок. В этом случае выборка с запасом поможет обеспечить в данных районах сбор поведенческих данных, достаточных для информированной интерпретации изменений, наблюдаемых в серологической распространенности ВИЧ.

Если обследование по месту жительства включает сбор данных относительно серологического статуса по ВИЧ, это дает возможность устанавливать взаимосвязи между рискованным поведением и ВИЧ-инфекцией на индивидуальном уровне. Эти данные также могут быть неоценимы для калибровки результатов дозорного серологического эпиднадзора среди беременных женщин (см. также "Второе поколение эпидемиологического надзора за ВИЧ: следующее десятилетие". Женева: ЮНЭЙДС и ВОЗ, 1998). Вместе с тем, включение данных по ВИЧ-серостатусу значительно усложняет материально-техническую сторону, и увеличивает расходы на обследование по месту жительства. В некоторых местах сбор данных по ВИЧ – даже если он производится с использованием неинтрузивных методов, таких, как тестирование слюны – может привести к увеличению процента отказов от участия в обследовании. Таким образом, маловероятно, что такие обследования серостатуса могут быть присоединены к существующим программам сбора данных по репродуктивному здоровью или в других областях без существенного искажения результатов. Такие мероприятия следует рассматривать в

большей мере как исследовательский инструмент, чем как метод эиднадзора.

Другие аспекты, которые необходимо учитывать

Поскольку обследования по месту жительства обеспечивают достоверную информацию относительно населения в целом, они представляют собой важный инструмент пропаганды. В нескольких странах общенациональные или региональные обследования сексуального поведения послужили сигналом тревоги в коридорах власти, и стимулировали организацию или укрепление профилактических мероприятий в масштабе страны (таблица 1).

Если обследования по месту жительства проводятся с использованием международных стандартизированных индикаторов рискованного поведения, то информация может использоваться для сопоставлений между странами. К этому, однако, следует подходить с осторожностью, поскольку погрешности отчетов в различных странах могут варьироваться.

Обследования по месту жительства непригодны для прослеживания редких событий или типов поведения, которые не являются частыми среди населения. Чтобы получить статистически значимую меру изменений в поведении, которое не распространено широко в определенных районах, как, например, инъекционное употребление наркотиков или гомосексуализм, объем выборки при обследовании по месту жительства должен быть намного больше, чем это осуществимо с материально-технической и финансовой точки зрения.

Кроме того, обследования по месту жительства обычно неполно представляют категорию людей, с которыми трудно установить контакт на дому. Лица, проживающие вне дома, как, например, студенты университетов и военнослужащие, или мобильные группы мужчин, работающих вдали от дома (например, шахтеров, сельскохозяйственных рабочих или водителей грузовиков дальнего следования), обычно не включаются в выборки населения по месту жительства.

Опыт показывает, что при попытках провести обследования населения самостоятельно, национальные программы по СПИДу сталкиваются с многочисленными трудностями. Некоторые национальные программы не смогли избежать недостатков в управлении данными и их своевременном анализе. В некоторых странах отчеты по данным поведенческого обследования не обсуждались, а их выводы не были приняты во внимание при планировании или реорганизации профилактических мероприятий. В других странах не было уделено достаточного внимания тому, чтобы соседи или другие члены семьи не могли случайно подслушать ответы респондентов на деликатные вопросы, что привело к серьезному искажению результатов. Кроме того, некоторые респонденты отказываются обсуждать деликатные вопросы сексуальных отношений или употребления наркотиков с людьми, которых они воспринимают как представителей власти в данном районе или сообществе.

Таблица 1: ОБСЛЕДОВАНИЯ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА ПРОВОДИВШИЕСЯ ПРИ ПОДДЕРЖКЕ ВОЗ/ГПС И ЮНЭЙДС В РАЗВИВАЮЩИХСЯ СТРАНАХ

Страна	Тип обследования	Охват	продолжи-тельность полевой работы
Бенин	ПИ	1 город	1997
Ботсвана	ЗОПП	общенациональный	1994
Бразилия	ОП	1 город	1990
Бурунди	ЗОПП, ПИ	общенациональный	1989, 1993
Камерун	ЗОПП, ПИ	1 провинция, 1 город	1993, 1996
Чили	ПИ	общенациональный	1995
Центральноафри-канская Республика	ЗОПП	общенациональный	1989
Коста-Рика	ПИ	общенациональный	1996
Кот-д'Ивуар	ОП	общенациональный	1989
Куба	ПИ	общенациональный	1995
Джибути	ПИ	общенациональный	1994
Эфиопия	ПИ	5 городов	1993
Гвинея-Бисау	ЗОПП/ОП	общенациональный	1990
Гонконг	ОП	общенациональный	1992
Индия	ПИ	5 штатов	1995
Ямайка	ПИ	общенациональный	1994
Кения	ЗОПП, ПИ	общенациональный, 1 город	1990,1996
Лесото	ЗОПП/ ОП	общенациональный	1989
Маврикий	ЗОПП	общенациональный	1989
Мексика	ПИ	1 город	1995
Нигер	ЗОПП/ ОП	общенациональный	1993
Филиппины	ЗОПП, ПИ	1 город	1990,1996
Сенегал	ПИ	1 город	1997
Сингапур	ОП	общенациональный	1990
Шри-Ланка	ЗОПП, ПИ	общенациональный, 1 город	1989,1993
Судан	ПИ	4 города	1995
Танзания	ОП, ПИ	общенациональный, 1 город	1990, 1993
Таиланд	ОП	общенациональный	1990
Уганда	ЗОПП,ОП; ПИ	общенациональный, 5 районов	1991, 1994
Замбия	ЗОПП, ПИ	1 город, 1 город	1990, 1996
Зимбабве	ПИ	общенациональный	1995

ЗОПП=знания, отношение, поведение, практика; ОП=отношения между партнерами; ПИ=профилактические индикаторы; /=комбинированная анкета

И, наконец, обследования этого типа не могут обеспечить глубокого понимания факторов, влияющих на рискованное поведение, которое является необходимым для разработки профилактических программ. Несмотря на то, что повторные обследования по месту жительства могут выявлять тенденции в поведении, связанном с риском, они обычно не в состоянии объяснить эти тенденции. Для такого объяснения обычно требуются последующие качественные исследования результатов, представляющих интерес, с использованием углубленных интервью, обсуждений в опросных группах, антропологических наблюдений и других качественных подходов.

4.5 Повторные поведенческие обследования отдельных групп населения

Что они собой представляют?

Повторные поведенческие обследования в отдельных группах населения также проводятся по сквозной схеме с целью регулярного сбора поведенческих данных с периодичностью один или два раза в год. Подход к формированию выборки должен быть единообразным и воспроизводимым, с тем, чтобы иметь возможность определения тенденций в выбранных подгруппах населения с течением времени. Для повышения качества результатов, везде, где это возможно, следует использовать вероятностные выборки.

Чаще всего целевые поведенческие обследования подгрупп населения нацелены на сбор данных относительно таких групп, поведение которых сопряжено с высокой степенью риска инфицирования ВИЧ, которые, однако, трудно охватить в рамках обследований по месту жительства. В таких случаях более целесообразно включать в поведенческие обследования определенные подгруппы населения, характеристики которых соответствуют поведенческим характеристикам групп, намеченных для осуществления вмешательства.

Такие системы обследований могут быть созданы для многих подгрупп населения различного типа. Опыт, накопленный в применении методики ФХИ ("Family Health International") при проведении поведенческих обследований, показывает значительную степень подобия между группами, в которых производятся выборки, при том, что в большинстве стран выбираются разнообразные группы, охватывающие широкий диапазон социально-экономических и профессиональных характеристик (см. таблицу 2). Выбор тех или иных групп зависит от конкретной рисковой ситуации в каждой стране, а также потребностей различных организаций, сообществ и лиц, которые будут пользоваться результатами. Таким образом, следует поощрять активное участие организаций и лиц, которые будут использовать результаты, в выборе групп населения, подлежащих обследованию.

Что они дают, и что для них требуется?

Поведенческие обследования в отдельных группах населения

обеспечивают информацию о поведении людей, подверженных значительному риску инфицирования ВИЧ, которые не могут быть охвачены в достаточном количестве и с необходимой частотой обследованиями населения в целом. Эти люди часто являются причиной роста эпидемии на ее ранних стадиях, и могут послужить "мостиком" для передачи ВИЧ широкому населению. Таким образом, сокращение уровня рискованного поведения среди этой категории абсолютно необходимо для обеспечения эффективности национальных профилактических мер.

Таблица 2: ПРИМЕРЫ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЙ ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

	Камбоджа	Индия (шт. Тамил Наду)	Индонезия	Сенегал	Таиланд
Женщины	Работницы коммерческого секса Продавцы пива Женщины-рабочие	Работницы коммерческого секса Фабричные рабочие Студенты университетов	Работницы коммерческого секса Работницы коммерческого секса, работающие вне публичных домов Фабричные рабочие Учащиеся средней школы	Зарегистрированные РКС Студенты университетов Учащиеся средней школы Домохозяйки Женщины-участницы предпринимательских групп Офисные служащие	Непосредственные РКС Косвенные РКС Фабричные рабочие Студентки профессионально-технических учебных заведений
Мужчины	Военнослужащие/полицейские Водители мотоциклов Студенты профессионально-технических учебных заведений	Водители грузовиков/ помощники Фабричные рабочие Студенты университетов Посетители венерологических клиник	Водители грузовиков Моряки/ портовые рабочие Фабричные рабочие Учащиеся средней школы	Студенты университетов Учащиеся средней школы Водители грузовиков Ученики-подмастерья в неофициальном секторе Рабочие	Армейские призывники Фабричные рабочие Студенты профессионально-технических учебных заведений

В соответствии с этим, во многих странах в качестве цели первоначальных профилактических инициатив выбирают группы населения с более высокими уровнями рискованного поведения. Это особенно важно на ранних стадиях эпидемии ВИЧ, поскольку, если эти лица воспримут более безопасные формы поведения, вирус может медленнее распространяться среди населения в целом. Отслеживая тенденции в этих группах, повторные поведенческие обследования могут показывать, действительно ли изменилось поведение после осуществления профилактических мероприятий, и устойчивы ли эти изменения. Эти системы могут также выявлять сохраняющиеся формы поведения, связанные с риском, на которых следует сосредоточить внимание дальнейших профилактических мер.

Ключевыми требованиями для успешного проведения обследований в отдельных группах населения являются ясное определение и доступность группы населения, а также реалистичная основа выборки. В некоторых уязвимых сообществах эти требования легче выполнить, чем в других. Например, работники коммерческого секса в публичных домах легче поддаются численному определению, чем потребители инъекционных наркотиков или работники коммерческого секса, работающие индивидуально. Выборку среди мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами, легче составить в таких районах, где имеются организованные места встреч, такие, как бары для геев, чем в местах, где сексуальные контакты между мужчинами обычно происходят вне социально выраженного гомосексуального контекста.

Кроме того, необходимо, чтобы существовал доступ к достаточно большому числу членов этих групп, с тем, чтобы иметь возможность идентифицировать поведенческие тенденции. В тех странах, где такое поведение может вести к социальному остракизму и даже тюремному заключению, выполнение этого критерия может оказаться трудным, а в некоторых случаях - этически недопустимым.

Другие аспекты, которые необходимо учитывать

Методика повторных поведенческих обследований целевых групп обеспечивает программы краткосрочными показателями достигнутого прогресса. В этом их отличие от эпидемиологических данных, таких, как тенденции распространенности ВИЧ, – поскольку воздействие профилактической программы не становится очевидным в течение нескольких лет, – и которые находятся под влиянием многих других факторов, не связанных с вмешательствами.

Обследования в отдельных группах населения сосредоточивают ресурсы на измерении поведения тех людей, которые, наиболее вероятно, являются распространителями эпидемии, и/или поведение которых может измениться быстрее, чем поведение всего населения. Это может помочь сосредоточить внимание там, где передача ВИЧ происходит наиболее быстро, и усилить поддержку профилактических мероприятий среди этих групп. Оба результата

особенно важны на ранних стадиях эпидемии, когда ресурсы недостаточны, а сокращение рискованного поведения среди групп, имеющих высокий показатель передачи ВИЧ, может оказать наибольшее воздействие на развитие эпидемии.

Поскольку эта методика обследования охватывает людей вне домашних условий, они могут иметь возможность говорить более свободно о своем сексуальном и других видах поведения, подвергающих их риску. До настоящего времени, однако, нет оснований полагать, что результаты хорошо разработанных и хорошо проведенных обследований по месту жительства менее достоверны, чем обследований, проводимых в других местах. Очевидно, эта тема требует дальнейших исследований.

Системы обследования в отдельных группах населения часто концентрируют внимание на поведении, которое многие предпочитают игнорировать, или на группах, которые часто обособлены от общества. Как следствие, поведенческая информация относительно отдельных групп в некоторых странах вызывает проблематичные реакции со стороны высших чиновников. Обследования среди молодежи, например, часто игнорируются, поскольку многие лидеры сообществ упорно отказываются признавать степень сексуальной активности среди молодых людей. Обследования среди работников коммерческого секса могут использоваться для пропаганды усиления принудительных мер против них, которые приводят к тому, что работники коммерческого секса становятся недоступны для профилактических мероприятий, однако не делают ничего для того, чтобы уменьшить спрос на их услуги. Таким образом, если эти системы нужны для мобилизации дальнейших действий, необходимо, чтобы основные заинтересованные стороны, включая высших чиновников, участвовали в их разработке. Кроме того, очень важно, чтобы результаты распространялись такими способами, которые отвечают чаяниям заинтересованных сторон, но не усугубляют обособленность обследуемых групп населения.

Многие группы населения, такие, как работники коммерческого секса или фабричные рабочие, характеризуются текучестью состава или частыми миграциями. Так как цель поведенческого наблюдения состоит в прослеживании поведенческих тенденций в подгруппах населения, такая ускоренная ротация не имеет, или имеет лишь несущественное значение для достижения целей выборки. Вместе с тем, поскольку информация о значительной ротации важна для интерпретации данных поведенческих наблюдений и для осуществления программы, в анкетный опрос должны включаться вопросы о предшествующих перемещениях и продолжительности контакта с обследуемым участком/местом.

Большинство стран еще мало знакомы с повторными обследованиями среди труднодостижимых групп населения с повышенными уровнями риска инфицирования ВИЧ, которые требуют навыков, чуткости и поддержки обследуемых сообществ, для развития которых может понадобиться время. В дальнейшем,

эти навыки и причастность сообщества будет необходимо поддерживать в течение какого-то времени, для чего потребуется тщательно выбрать устойчивое сообщество или институциональную базу. Тем не менее, ценность информации, которую они обеспечивают, оправдывает все эти усилия. Происходящее в результате усиление потенциала исследовательских учреждений послужит также для мероприятий по сбору данных для страны в целом.

Так же, как и в случае обследований населения в целом, повторные поведенческие обследования в определенных группах населения должны быть дополнены последующими качественными исследованиями, с тем, чтобы осмысленно интерпретировать их результаты, которые могут послужить основой для разработки и определения направленности программы.

5

Говорят ли люди правду о своем сексуальном поведении и употреблении наркотиков?

Одной из причин, в силу которых в прошлом поведенческие данные не собирались в больших объемах, является то, что многие глубоко сомневаются в достоверности данных, сообщаемых людьми о своем сексуальном поведении. По их рассуждениям, "все люди лгут о своей сексуальной жизни, - так зачем тратить время на расспросы?" Всего 20 лет назад то же самое говорилось о вопросах относительно использования контрацептивных средств, однако сегодня обследования рождаемости и репродуктивного здоровья регулярно проводятся на всех континентах. Вероятность того, что люди будут лгать о своем сексуальном поведении, по всей видимости, возрастает в зависимости от того, какая степень общественного осуждения связана с данным поведением. В большинстве обществ, например, внебрачные сексуальные отношения женщин осуждаются в большей степени, чем внебрачные отношения мужчин, что приводит к большему занижению данных об этом поведении женщинами, чем мужчинами.

Растущий опыт сбора данных о сексуальном поведении показывает, что люди не всегда лгут. Вместе с тем, вероятность того, что они скажут правду, в некоторых ситуациях больше, чем в других. Степень, в которой люди склонны открыто и правдиво ответить на вопросы о сексе, зависит от формулировки вопроса. Обеспечены ли секретность и конфиденциальность? Проявляет ли интервьюер симпатию, и принадлежит ли он к тому же полу и возрастной категории, что и респондент? Содержат ли вопросы оценку поведения? Социальным

наукам известен длинный список факторов, потенциально искажающих ответ. Вопросы о сексуальном поведении лишь находятся на наиболее чувствительном конце спектра сбора поведенческих данных.

Очевидно, что путем прямого наблюдения подтвердить достоверность данных о сексуальных привычках невозможно. Однако это можно сделать посредством их "триангуляционной" сверки с данными из других источников, с тем, чтобы убедиться, является ли полученная картина согласованной и достоверной. Например, оценочные данные относительно объема продаж презервативов, интенсивности взаимного просвещения среди сверстников или качества и охвата кампаний, проводимых через средства информации, могут быть объединены с анализом данных о поведенческих результатах, чтобы обеспечить понимание процесса, посредством которого достигается эффект вмешательства. Кроме того, результаты поведенческих обследований должны анализироваться совместно с результатами качественных оценок (например, обсуждений в опросных группах, интервью с ключевыми информантами и ускоренных этнографических исследований) проведенных в подвыборках по обследуемым целевым группам населения.

Кроме того, специалисты, прослеживающие развитие эпидемии ВИЧ, возможно, меньше озабочены точной оценкой уровня риска поведения населения, чем тенденциями, возникающими в формах поведения. Тенденции в поведении представляют значительный интерес с точки зрения объяснения изменений распространенности ВИЧ. Даже в тех случаях, когда собираемые данные ошибочны, повторные поведенческие обследования способны показать изменения в тенденциях с течением времени, при условии, что величина или характер ошибок не претерпевают значительных изменений.

Опыт сбора данных о сексуальном поведении, накопленный к настоящему времени, позволяет предположить, что он может успешно осуществляться практически при любых обстоятельствах, при условии, что соблюдаются некоторые основные критерии. Анкеты, используемые для опроса, должны быть тщательно разработаны и испытаны, чтобы гармонично учитывать потребности местного сообщества и интересы региональной и международной стандартизации. Интервьюеры должны быть тщательно отобраны, хорошо обучены, и подготовлены к такому стилю общения с респондентами, который создает доверие и исключает суждения об их поведении. Интервью должны проводиться наедине, и респонденты должны быть уверены в том, что информация, которую они предоставляют, останется конфиденциальной.

И, наконец, при оценке изменений в поведении важно понимать, что профилактическая программа должна осуществляться в течение достаточно длительного периода времени и в достаточно большом масштабе, чтобы оказать воздействие на личное поведение, социальные нормы, сообщества, и на эпидемию.

6

Рекомендуемое сочетание методов сбора данных

Очевидно, что различные методы сбора данных **обеспечивают получение различных продуктов, при различных уровнях затрат и сложности. Для того чтобы использовать свои ресурсы с максимальной эффективностью, национальная программа должна принять решение о том, какое сочетание методов применять, с какой периодичностью, и в каких масштабах. Это решение будет зависеть от стадии эпидемии в стране, а также от политической и социальной обстановки, имеющегося исследовательского потенциала и доступных ресурсов.**

"Фэмили Хелс Интернэйшнл", ЮНЭЙДС и организации-партнеры разработали рекомендации по минимальному пакету сбора поведенческих данных для каждой из основных стадий эпидемии. Эти рекомендации входят в состав методических рекомендаций ЮНЭЙДС/ВОЗ по второму поколению систем эпидемиологического надзора, и основаны на предположении, что серологический эпиднадзор за ВИЧ в стране уже осуществляется или находится на стадии реализации в соответствии с этими методическими рекомендациями.

Во многих странах, разумеется, уже введены в действие некоторые, или все рекомендуемые механизмы сбора данных. Таблицы 4 - 6, в которых отражены минимальные пакеты для каждой стадии эпидемии, могут послужить в качестве контрольного списка для стран, планирующих усилить свои мероприятия по сбору поведенческих данных.

6.1 Стадии эпидемии ВИЧ

В различных частях мира эпидемия ВИЧ развивалась по-разному. Первоначально, по главным способам передачи, страны

классифицировались на страны "модели один", где вирус концентрировался главным образом в сообществах гомосексуалистов и инъекционных наркоманов, и страны "модели два", где распространение ВИЧ происходило главным образом между мужчинами и женщинами во время сексуальных контактов. Изменения, произошедшие за последнее время в моделях распространения инфекции в некоторых странах, вызвали необходимость в новой классификации, которая учитывает перемещение стран или регионов между категориями. ЮНЭЙДС и ее партнеры разработали классификацию, которая группирует эпидемии ВИЧ по трем стадиям: начальной, концентрированной, и генерализованной (таблица 3). Страны испытывают различные информационные потребности для каждой эпидемической стадии, и эти потребности могут изменяться, если эпидемия развивается и переходит из одной стадии в другую.

Таблица 3. СТАДИИ ЭПИДЕМИЙ ВИЧ

Стадия	**Определяющие характеристики**
НАЧАЛЬНАЯ:	распространенность ВИЧ не превышает пяти процентов ни в одной из установленных групп.
КОНЦЕНТРИРОВАННАЯ:	ВИЧ-инфекция остается сконцентрированной в наиболее уязвимых группах; зарегистрированная распространенность превышает пять процентов по крайней мере в одной из этих групп, при этом среди беременных женщин распространенность составляет менее одного процента.
ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ:	распространенность ВИЧ среди беременных женщин составляет более одного процента.

Эпидемия в начальной стадии: эпидемия с оцениваемой распространенностью ВИЧ-инфекции менее пяти процентов во всех известных подгруппах населения, предположительно характеризуемых поведением, сопряженным с повышенной степенью риска. Страны с эпидемиями в начальной стадии могли бы первоначально сосредоточить мероприятия эпиднадзора на группах населения, характеризующихся более высокой степенью поведения, способствующего передаче ВИЧ, таких, как работники коммерческого секса, водители грузовиков, мигрирующие рабочие, военнослужащие, мужчины, имеющие сексуальные отношения с мужчинами, и потребители инъекционных наркотиков. Цель при этом состоит в том, чтобы осуществлять мониторинг тенденций и уровней распространения инфекции в пределах этих групп, а также картировать динамику

инфекции и модели сексуальных связей, которые по своему характеру сопряжены с высокой или низкой степенью риска.

Концентрированная эпидемия: эпидемия с распространенностью ВИЧ, превосходящей пять процентов в одной или более подгруппах населения, которым присуще поведение с высокой степенью риска, однако сохраняющейся на уровне менее одного процента среди беременных женщин.

Генерализованная эпидемия: стадия эпидемии, на которой ВИЧ распространился далеко за пределы подгрупп населения высокого риска, которые к этому моменту в значительной степени поражены инфекцией. Распространенность ВИЧ среди беременных женщин выше одного процента. На этой стадии эпидемии уровни распространения инфекции среди сельского населения могут стать быстрым отражением распространения инфекции в городских районах. Большинство африканских стран к югу от Сахары характеризуются укоренившейся эпидемией, которая вышла далеко за пределы групп населения, которым присуще поведение с высокой степенью риска. Генерализованный характер эпидемии в этом регионе требует от систем эпиднадзора сквозной характеристики распространенности инфекции среди населения в целом.

6.2 Сбор поведенческих данных в условиях начальной стадии эпидемии

На начальной стадии эпидемии риск инфицирования ВИЧ с наибольшей вероятностью сосредоточен среди тех, кто характеризуется наиболее высокими уровнями рискованного поведения в стране. В зависимости от страны, эта категория может включать работников коммерческого секса и их клиентов, потребителей инъекционных наркотиков, мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами, или иные группы населения. На этой стадии эпидемии, рекомендуется, чтобы исследования распространенности ВИЧ также сосредоточивались на группах с поведением, сопряженным с высокой степенью риска. Вместе с тем, формы поведения, сопряженные с риском, могут присутствовать и среди широкого населения, поэтому следует исследовать также связи между группами с повышенной и низкой степенями риска.

Многие страны с эпидемиями в начальной стадии не считали необходимым вкладывать ресурсы в сбор поведенческих данных, предполагая, что если вирус отсутствует среди значительной части населения, то поведение с повышенной степенью риска в стране имеет ограниченный характер. Однако именно на этой стадии эпидемии поведенческие данные могут действовать наиболее эффективно в качестве системы предупреждения. В случаях, когда поведенческие данные и другие индикаторы, такие, как распространенность ИППП или гепатита В, показывают, что люди практикуют незащищенный секс с многочисленными партнерами или совместно пользуются принадлежностями для инъекций, заражение ВИЧ может быть лишь вопросом времени.

Сбор информации о поведении на этой стадии высвечивает потенциальные точки вспышек инфекции ВИЧ. Это может пробудить среди общественности и руководителей, определяющих политику, понимание тех опасностей, которые несет непринятие соответствующих мер для того, чтобы удержать вирус на низком уровне распространения, а также помочь определить, что именно следует сделать, и для кого.

Предварительная оценка: идентификация форм поведения, сопряженных с риском

Этот первый шаг в предварительной оценке может быть представлен как этап "домашней работы" в сборе данных. Он дает предварительную картину того, что уже известно о рискованном поведении в стране. Он включает сбор всех существующих исследований - опубликованных и неопубликованных, просмотр сообщений в печати и других источников информации с описаниями случаев из жизни, а также собеседования с людьми, которые, вероятно, могут располагать информацией о типах поведения, связанных с сексуальными отношениями и употреблением наркотиков. В большинстве стран такое исследование обеспечит достаточно информации, чтобы идентифицировать формы поведения, потенциально способствующие распространению ВИЧ, и охарактеризовать индивидуумов или группы, которым наиболее вероятно присущи такие формы поведения. Число стран, в которых в одинаковой мере представлены все формы поведения, сопряженные с высокой степенью риска, весьма невелико, поэтому, сбор поведенческих данных должен сосредоточиться на тех, кто наиболее вероятно будет способствовать развитию эпидемии в данной стране.

Во многих странах такая информация о поведении, связанном с риском, уже имеется в материалах анализа эпидемиологических данных, содержащихся в отчетности по ВИЧ/СПИДу, или оценки ситуации, произведенной в рамках стратегического планирования. В некоторых случаях такой обзор укажет на пробелы в существующей информации об эпидемии, которые должны быть заполнены базовым антропологическим исследованием. В тех случаях, когда необходимая информация отсутствует, и сопряженные с риском формы поведения должны выявляться "с нуля", на исследование может потребоваться до трех месяцев.

Предварительная оценка: определение численности групп, подверженных повышенному риску

Сбор поведенческих данных в условиях начальной стадии эпидемии сосредоточивается на группах населения, поведение которых характеризуется повышенным уровнем риска. Для обеспечения сбора представительных данных эти группы должны быть определены количественно. Обычно это осуществляется посредством картирования участков, где проявляется такое поведение, например, публичных домов, заведений, в которых продаются наркотики, баров для геев, прогулочных мест, параллельно с

оценкой числа лиц, связанных с каждым участком.

Предварительная оценка: изучение связей с широким населением

Данные, необходимые для планирования эффективных профилактических программ по ВИЧ в условиях начальной стадии эпидемии, зависят от того, какое количество отдельных лиц и сообществ с более высокими уровнями риска взаимодействуют с теми, кто характеризуется меньшей степенью риска. В определении взаимодействий с широким населением может оказать помощь качественное исследование - углубленные интервью с ключевыми информантами и, возможно, обсуждения в опросных группах - среди людей с более высокой степенью риска. Используя термин "широкое население", мы признаем, что оно представляет собой совокупность множества подгрупп, и что люди, подверженные более высокому риску являются частью всей общей совокупности. В соответствии с этим, в случаях, когда такие связи широко распространены, система сбора поведенческих данных должна включать обследования населения в целом. Наиболее часто необходимость в этом возникает в тех случаях, когда широкое распространение имеет коммерческий секс, однако эта потребность может также возникать в случаях, когда имеют место частые сексуальные контакты мужчин, как с мужчинами, так и с женщинами, или контакты потребителей инъекционных наркотиков с лицами, не употребляющими наркотики.

Качественное исследование может быть столь же дорогостоящим и требовать не меньше времени, чем количественное обследование. В связи с этим, объемы выборок обычно невелики, и результаты не могут считаться репрезентативными для всего исходного населения. Тем не менее, этот тип исследования вносит чрезвычайно важный вклад в разработку анкет для обследований, которые принесут нужные и информативные данные по большей выборке населения, и послужат основой для действий. Качественное исследование может также обеспечить информацию, которая необходима для процесса составления выборки. Таким образом, качественные исследования являются необходимым элементом при разработке соответствующих профилактических программ.

Поведенческий мониторинг: группы населения с поведением, сопряженным с высокой степенью риска

После того, как группы с более высокими уровнями рискованного поведения были установлены и определены количественно, могут быть проведены обследование поведения и количественное определение риска. Поведенческое обследование, проводящееся с использованием случайной вероятностной выборки или других методов составления выборки, и основы выборки, построенной в процессе картирования, дает информацию, которая является репрезентативной, или близка к репрезентативной для рассматриваемой группы. Она служит в качестве базиса и может впоследствии воспроизводиться с использованием идентичных методов осуществления выборки, с тем, чтобы

обеспечить измерение изменений с течением времени. Объем выборки будет зависеть от численности населения и частоты поведения, которое подлежит количественному измерению. Обычно, объем выборки может составлять от 250 до 400 респондентов.

Предполагается, что данные, полученные в результате базисных обследований, будут использоваться для разработки и продвижения программ, направленных на сокращение рискованного поведения. Рекомендуется, чтобы периодичность последующих обследований составляла, по крайней мере, один раз в два года, однако на данной стадии это будет зависеть от характера программ, ориентированных на обследуемое население. Первый этап сбора данных всегда является наиболее дорогостоящим и связан с наибольшими затратами времени, поскольку включает обучение и углубленную работу по построению основы выборки. Сбор и анализ данных для одного этапа поведенческого обследования в отдельных группах населения может потребовать от трех до шести месяцев, в зависимости от количества целевых групп и обследуемых районов.

Применительно к некоторым группам с высокими уровнями рискованного поведения, осуществление выборки систематическим и воспроизводимым способом, а также достаточно большого объема, чтобы обеспечить значимые результаты, может оказаться невозможным. Для таких групп рекомендуется проведение специальных обследований, связанных с профилактической программой, поскольку программы, направленные на изменение поведения в таких группах, должны в любом случае включать компонент мониторинга временн*ы*х изменений. Эти методы оценки могут стать полезным дополнением к более широкой системе сбора поведенческих данных.

Данные о распространенности ВИЧ в этих группах должны собираться на добровольной основе и с информированного согласия, в рамках предоставления услуг.

Поведенческий мониторинг: широкое население

Качественное исследование выявляет связи между группами с более высокими уровнями рискованного поведения и населением в целом. Если установлено, что они широко распространены, то для определения пропорции населения, подверженной риску передачи ВИЧ-инфекции через контакты с подгруппами, в которых присутствие инфекции наиболее вероятно, необходимо проведение обследования широкого населения в целом по месту жительства.

Следует отметить, что эти контакты могут изменяться с течением времени, как отклик на саму эпидемию, поэтому данные по всему населению могут вызывать необходимость пересмотра групп, включенных в целевые системы обследования. Например, данные общих обследований населения в Таиланде показали сокращение сексуальных контактов мужчин в публичных домах, однако увеличение их числа на почве коммерческого секса, предлагаемого

платными партнершами в ресторанах и барах. Такое изменение может потребовать повторного картирования групп населения, характеризуемых поведением с высокими уровнями риска, и построения новой основы выборки для целевых поведенческих обследований.

Обследования населения представляют большую ценность с точки зрения организации поддержки мероприятий по профилактике ВИЧ со стороны высших чиновников и широкой общественности, в особенности, если они могут продемонстрировать, что в результате предшествующих профилактических мероприятий поведение изменилось. Поэтому рекомендуется, чтобы в тех случаях, когда существуют очевидные связи между широким населением и группами с поведением высокого риска, обследования широкого населения проводились через каждые четыре-пять лет. Затраты на такие обследования могут быть значительно снижены посредством добавления соответствующих вопросов о сексуальном поведении к другим обследованиям, проводимым по месту жительства, однако при этом необходимо учитывать конфиденциальную специфику этой темы. Например, интервьюеры, участвующие в обследованиях общего состояния здоровья, для выяснения вопросов о сексуальном поведении могут нуждаться в дополнительном обучении.

Таблица 4: Потребности в поведенческих данных и методы, применяемые на начальной стадии эпидемии

Потребности в данных	Метод	Решаемые вопросы	Периодичность	Продолжи-тельность*
Предвари-тельная оценка	Обзор существующих данных	Что уже известно? Каковы пробелы в существующей информации?	Однократно	
	Ускоренная оценка поведения, связанного с риском	Какие формы поведения, связанного с высокой степенью риска, способствуют распространению эпидемии в данной стране?	Однократно	3 месяца
	Картирование групп населения, подверженных риску	В каких местах поведение людей сопряжено с риском? Какова численность людей связанных с каждым участком?	Однократно	1 месяц
	Качественное исследование	Какие конкретные формы поведения должны измениться? Есть ли сопротивление изменениям? Каковы связи с широким населением? Какое вмешательство будет наиболее действенным?	Однократно	2 месяца
Поведенчес-кий мониторинг	Повторные обследования **групп населения с поведением, характеризуемым высокой степенью риска**	Насколько широко распространен риск в установленных группах с высоким риском поведения? Насколько широко распространены более безопасные формы поведения? Насколько обширны связи с широким населением? Как изменилось поведение с течением времени? Как оно изменилось со времени до начала вмешательства?	Ежегодно/ два раза в год	3-6 месяцев
	В случаях, когда качественное исследование указывает на связи между группами высокого и низкого риска: повторные обследования **широкого населения**	Какая доля широкого населения является сексуальным партнером лиц с поведением с высокой степенью риска? Какие формы поведения подвергают их риску?	Каждые 4-5 лет	6-9 месяцев

*Продолжительность: включает все стадии исследований или обследования, начиная с подготовительной работы до получения результатов.

Таблица 5: Потребности в поведенческих данных и методы, применяемые в условиях концентрированной стадии эпидемии

Потребности в данных	Метод	Решаемые вопросы	Периодичность	Продолжи-тельность*
Предварительная оценка (если еще не проводилась, или если должна быть распространена на другие районы или группы)	Обзор имеющихся данных	Что уже известно? Каковы пробелы в существующей информации?	Однократно	
	Ускоренная оценка поведения, связанного с риском	Какие формы поведения, связанного с высокой степенью риска, способствуют распространению эпидемии в стране?	Однократно	3 месяца
	Картирование групп населения, подверженных риску	В каких местах поведение людей сопряжено с риском? Какова численность людей связанных с каждым участком?	Повторяется если данные обследования указывают на изменения в составе населения или поведении	1 месяц
	Качественное исследование	Какие конкретные формы поведения должны измениться? Есть ли сопротивление изменениям? Каковы связи с широким населением?	Однократно	2 месяца

*Продолжительность: включает все стадии исследований или обследования, начиная с подготовительной работы до получения результатов.

Таблица 5: Потребности в поведенческих данных и методы, применяемые в условиях концентрированной стадии эпидемии (Продолжение.)

Потребности в данных	Метод	Решаемые вопросы	Периодичность	Продолжи-тельность*
Поведенческий мониторинг **и**	Повторные обследования **групп населения с поведением, характеризуемым высокой степенью риска**	Насколько широко распространен риск в группах с высоким риском поведения? Насколько обширны связи с широким населением? Как изменяется поведение с течением времени?	Ежегодно/два раза в год	3-6 месяцев
Объяснение тенденций в распространенности ВИЧ	Повторные обследования **широкого населения** Выборки с акцентом на географических районах, в которых расположены ключевые участки дозорного эпиднадзора за ВИЧ	Какая доля широкого населения имеет сексуальные отношения с лицами, поведение которых подвергает их риску? Какие формы поведения подвергают их риску?	Каждые 4-5 лет	6-9 месяцев
	Повторные обследования **молодежи** Выборки с акцентом на географических районах, в которых расположены ключевые участки дозорного эпиднадзора за ВИЧ	Каковы формы поведения, сопряженные с риском, среди молодых людей? С какого возраста они появляются? Как они изменяются с течением времени? Коррелируют ли тенденции в рискованном поведении, установленные по ответам респондентов, с наблюдаемыми изменениями в распространенности ВИЧ (например, объясняющие переход к генерализованной стадии эпидемии)?	Каждые 2-3 года	3-6 месяцев

*Продолжительность: включает все стадии исследований или обследования, начиная с подготовительной работы до получения результатов.

6.3 Сбор поведенческих данных в условиях концентрированной эпидемии

На концентрированной стадии эпидемии вирус может оставаться в пределах ограниченного круга людей с поведением, характеризующимся более высокой степенью риска, поскольку количество связей между этими группами и широким населением невелико. Он может оставаться сконцентрированным в этих группах, потому что рискованное поведение среди широкого населения не распространено. Либо, если связи и сопряженное с риском поведение широко распространены, возможно, что число лиц, инфицированных ВИЧ, недостаточно для взрывного распространения эпидемии. В этом случае, переход эпидемии в генерализованную стадию - лишь вопрос времени. Основные цели сбора поведенческих данных в условиях концентрированной эпидемии состоят в том, чтобы определить, которая из этих ситуаций имеет место, а также разработать соответствующие вмешательства и измерить степень их успеха.

На концентрированной стадии эпидемии рекомендуется, чтобы страны продолжали проведение серологического эпиднадзора среди групп, в которых сконцентрирована инфекция, и приступили к осуществлению мониторинга ВИЧ среди широкого населения, особенно среди молодежи. Сбор поведенческих данных при этом повышает ценность серологических данных.

Предварительная оценка в группах населения с высокой степенью риска

Поскольку концентрированная эпидемия затрагивает большее количество людей и представляет больший риск для страны, чем эпидемия в начальной стадии, возрастает вероятность того, что данные, необходимые для предварительной оценки рискованного поведения в стране, уже имеются. Если они отсутствуют, необходимо предпринять те же шаги, которые были намечены для стран с эпидемиями в начальной стадии.

Поведенческий мониторинг: группы населения с поведением, характеризующимся высокой степенью риска

В условиях начальной стадии эпидемии периодичность поведенческих обследований групп населения с поведением, характеризующимся высокой степенью риска, зависит от профилактических мероприятий, осуществляемых в данном сообществе (и, возможно, от изменений, наблюдаемых по данным серологического эпиднадзора). В противоположность этому, в условиях концентрированной эпидемии поведенческие данные должны собираться с гораздо большей систематичностью. Обследования отдельных групп населения с поведением, сопряженным с повышенным риском, должны быть организованы таким образом, чтобы представительные данные собирались ежегодно или два раза в год, в зависимости от доступных ресурсов.

Качественное исследование, проведенное на стадии предварительной оценки, может выявить выраженные группы, в значительной мере перекрывающиеся как с широком населением, так и с группами повышенного риска. В таких случаях разработчикам программы следует рассмотреть целесообразность добавления этих групп к тем, которые уже включены в систему целевых поведенческих обследований.

Поведенческий мониторинг: широкое население

Обследования населения в целом рекомендуются для всех концентрированных эпидемий. Как и в случае начальной стадии эпидемии, они должны быть направлены на определение доли населения, имеющей сексуальные контакты с членами установленных групп с поведением, характеризующимся повышенным риском, которое, наиболее вероятно, приводит к инфицированию ВИЧ.

В условиях концентрированной эпидемии обследования по месту жительства могут быть полезны для объяснения роста распространенности ВИЧ, обнаруженного дозорным серологическим эпиднадзором. При планировании таких обследований следует учитывать местоположение и население, обслуживаемое дозорными участками, и производить выборки в географических районах ключевых участков дозорного эпиднадзора за ВИЧ. Для мониторинга временн*ы*х тенденций, рекомендуется, чтобы обследования населения в целом повторялись через каждые четыре-пять лет.

Поведенческий мониторинг: молодежь

Молодые люди особенно уязвимы и оказывают определяющее влияние на будущее течение эпидемии ВИЧ. Они являются обязательным объектом для профилактической информации в каждой программе по охране сексуального здоровья. Поскольку большая часть новых случаев инфицирования приходится на молодежь, скромные изменения в поведении этой возрастной группы могут оказать существенное воздействие на эпидемию. Рекомендуется, чтобы в каждом случае концентрированной эпидемии осуществлялся мониторинг знаний, взглядов и сексуального поведения молодежи.

В целом, рекомендуется, чтобы поведение молодежи изучалось в рамках обследований по месту жительства и дополнялось обследованиями в специфических группах молодых людей (бездомная молодежь, молодые потребители инъекционных наркотиков), которые выпадают из обычных обследований по месту жительства.

Конкретное возрастное группирование зависит от местной ситуации. В странах, где средний возраст начала сексуальной жизни составляет 20 лет и более, ресурсы должны быть сосредоточены на возрастной группе от 20 до 24 лет. В странах, где значительная доля населения сексуально активна к 15-летнему возрасту, следует рассмотреть целесообразность включения группы 12- или 13-летних.

Увеличение возраста начала сексуальной жизни - важный отклик на пропаганду профилактики ВИЧ, поэтому может возникнуть необходимость в прослеживании поведения, как подростков, так и молодых людей от 20 лет и старше. Рекомендуется, чтобы обследования этих групп повторно проводились через каждые два-три года, с объемами выборки от 400 до 500 человек в каждой возрастной и половой группе (мужчины и женщины моложе 20 лет, и от 20 до 24 лет).

6.4 Сбор поведенческих данных на генерализованной стадии эпидемии

В условиях генерализованной эпидемии группы с особенно высокими уровнями поведения, связанного с риском, могут оставаться источником новых случаев инфицирования, однако схема распространения ВИЧ выходит далеко за пределы круга лиц повышенного риска и их непосредственных партнеров. К тому времени когда эпидемия переходит в генерализованную стадию, основные формы рискованного поведения обычно уже установлены. Чрезвычайно важно, чтобы систематично и регулярно проводился сбор поведенческих данных среди широкого населения для объяснения изменений в распространенности и прослеживания изменений в поведении с течением времени. Он должен также сосредоточиваться на выявлении таких форм рискованного поведения, которые не были охвачены, либо со стороны которых отсутствует реакция на профилактические мероприятия. Может потребоваться новое качественное исследование для изучения социального, экономического, и культурного контекста, который определяет, кто остается уязвимым к ВИЧ-инфекции и по каким причинам.

Поведенческий мониторинг: группы населения с формами поведения повышенного риска

Несмотря на то, что в случае генерализованной эпидемии важно обеспечить охват профилактическими мероприятиями группы населения с более низкой степенью риска передачи вируса, национальные программы не должны терять из виду те группы, которые способствуют распространению эпидемии. В условиях генерализованной эпидемии группы населения, в которых высок уровень рискованного поведения, по-прежнему оказывают значительное воздействие на распространение ВИЧ-инфекции. По этой причине необходимо сосредоточить внимание на вмешательствах в таких группах, и – как логическое следствие – на осуществлении мониторинга поведенческих тенденций в них.
До настоящего времени, во всех случаях генерализованных эпидемий преобладающим фактором риска передачи инфекции ВИЧ является незащищенный секс с партнером противоположного пола. Несмотря на то, что другие группы, такие, как потребители инъекционных наркотиков или мужчины, имеющие сексуальные отношения с мужчинами, могут также подвергаться повышенному риску, по

имеющимся данным, их вклад в распространение инфекции в условиях генерализованной эпидемии незначителен. В этом контексте рекомендуется, чтобы при проведении обследований ресурсы сосредоточивались на прослеживании поведения работников коммерческого секса и любых других подгрупп широкого населения (например, сезонных мигрирующих рабочих), которые широко взаимодействуют с работниками коммерческого секса, однако могут быть упущены в обследованиях по месту жительства. Целевые обследования этих групп должны проводиться ежегодно или один раз в два года, в зависимости от доступных ресурсов.

Поведенческий мониторинг: широкое население

Регулярные обследования поведения среди населения в целом критически важны для объяснения распространения ВИЧ-инфекции в условиях генерализованной стадии эпидемии. Кроме того, они служат полезным инструментом для оценки общего успеха отклика в масштабе страны в поддержку принятия более безопасных форм поведения. Поскольку поведение на уровне широкого населения имеет тенденцию изменяться более медленно, рекомендуется, чтобы такие обследования проводились один раз в четыре-пять лет.

Осуществление выборки для обследования широкого населения должно быть скоординировано с ключевыми участками системы дозорного серологического эпиднадзора за ВИЧ. Это обеспечит возможность анализа данных о поведенческих тенденциях совместно с данными о распространенности ВИЧ среди посетителей антенатальной клиники, охватывающей тот же район. Анализ этих данных по возрастным группам (по возможности, с разбивкой по одному году в наиболее молодых возрастных группах) позволит произвести более информированную интерпретацию изменений, наблюдаемых в распространенности ВИЧ.

Поскольку данные по широкому населению важны для понимания генерализованной эпидемии, рекомендуется, чтобы (в тех случаях, когда это выполнимо) обследования по месту жительства, наряду с поведенческими, собирали также данные относительно серологического статуса по ВИЧ. Образцы слюны или крови могут собираться на дому, при проведении интервью, либо отдельно в специализированных клиниках параллельно с клиническим осмотром и лечением определенных болезней, включая ИППП . Обязательными условиям проведения таких обследований являются информированное согласие и консультирование до и после прохождения тестирования. Необходимо обеспечить соблюдение этических требований, гарантирующих конфиденциальность и информированное согласие.

Поведенческий мониторинг: молодежь

На генерализованной стадии эпидемии определяющее влияние пребладающих среди молодежи форм поведения на дальнейшее

течение эпидемии ВИЧ гораздо сильнее, чем на других стадиях. В условиях распространившейся эпидемии и роста распространенности ВИЧ, большинство людей, подверженных риску инфицирования ВИЧ вследствие их собственного рискованного поведения или поведения их партнеров, уже инфицированы. В связи с этим, новые случаи инфицирования концентрируются среди молодежи, которая лишь недавно стала сексуально активной.

Положительной стороной этого уравнения является то, что молодые люди могут с большей степенью вероятности воспринять безопасные формы поведения с самого начала их сексуальной жизни, чем люди старшего возраста с уже укоренившимися привычками. В некоторых странах единственными группами, в отношении которых зарегистрированы существенные изменения в поведении в ответ на эпидемию, являются молодые люди. И в этих странах наиболее заметное снижение распространенности ВИЧ также отмечается среди молодежи.

В целом, поведение молодежи следует изучать в рамках обследований по месту жительства, дополненных обследованиями групп (бездомная молодежь, молодые потребители инъекционных наркотиков), которые трудно охватить обследованиями по месту жительства. Эти молодые люди часто подвергаются более значительному риску, по сравнению с теми, кто живет в семье.

Обследования молодежи должны повторяться с периодичностью два-три года, с объемами выборки от 400 до 500 человек в каждой возрастной и половой группе (мужчины и женщины моложе 20 лет, и от 20 до 24 лет).

Таблица 6: Потребности в поведенческих данных и методы, применяемые в условиях генерализованной стадии эпидемии

Потребности в данных	Метод	Решаемые вопросы	Периодичность	Продолжи-тельность*
Подготовка к поведенческим обследованиям отдельных групп населения	Картирование групп населения, подверженных риску	В каких местах поведение людей сопряжено с риском? Какова численность людей связанных с каждым участком?	Повторяется если данные обследования указывают на изменения в поведении	1 месяц
Поведенческий мониторинг	Повторные обследования **групп населения с поведением повышенного риска,** с акцентом на работниках коммерческого секса и их клиентах	Насколько широко распространен риск в группах с высоким риском поведения? Насколько обширны связи с широким населением? Как изменяется поведение с течением времени?	Ежегодно/ Два раза в год	3-6 месяцев
	Повторные обследования **широкого населения**	Что подвергает людей среди населения в целом риску инфицирования ВИЧ? Изменилось ли с течением времени поведение, связанное с риском? Какие формы поведения не изменились?	Каждые 4-5 лет	6-9 месяцев
	Повторные обследования **молодежи**	Каковы формы поведения, сопряженные с риском, среди молодых людей? С какого возраста они появляются? Как они изменяются с течением времени?	Каждые 2-3 года	3-6 месяцев
Объяснение тенденций в распространенности ВИЧ	Осуществление выборок в географических районах с ключевыми дозорными участками серологического эпиднадзора, с широким географическим/ этническим диапазоном	Например, является ли наблюдаемое снижение распространенности ВИЧ результатом изменения поведения?	В связке с обследованиями по месту жительства	
	Обследования по месту жительства на отдельных участках со сбором данных по ВИЧ-серостатусу	Серологическое подтверждение тенденций в поведении, связанном с риском, на основе ответов респондентов по возрастным и половым группам.		
Контекстный анализ, объяснение устойчивости поведения, связанного с риском на уровне сообществ	Диапазон методов, главным образом, качественных	Каковы социальные, экономические или культурные факторы, способствующие поведению, связанному с риском? Как они могут быть изменены, чтобы сделать сексуальные отношения более безопасными? Какой вклад в изменение этих факторов могут внести сообщества?	Однократно. Отдельные сообщества	

*Продолжительность: включает все стадии исследований или обследования, начиная с подготовительной работы до получения результатов

7

Что дальше?

Поведенческие данные не представляют ценности, если они не используются **на благо тех людей, среди которых они были собраны. В начале этого документа уже были изложены различные причины, обусловливающие необходимость прослеживания поведения. В данном разделе рассматриваются конкретные пути использования данных, после того, как они были собраны и проанализированы.**

Убеждение руководителей, формирующих политику, в необходимости поддержки и содействия профилактике ВИЧ

Должностных лиц здравоохранения не нужно убеждать в важности выделения времени и ресурсов для профилактики дальнейшего распространения ВИЧ. Однако то же самое не всегда можно сказать о высших чиновниках в других секторах, которым приходится решать собственные приоритетные задачи.

На ранних стадиях эпидемии, хорошо проработанные достоверные поведенческие данные могут предупредить о возможности быстрого распространения ВИЧ и побудить к действиям руководителей, формирующих политику, с тем, чтобы предотвратить это распространение. Однако это может произойти только в случае, если данные представлены на таком языке, который могут понимать высшие чиновники, и такими способами, на которые они могут откликнуться. Наилучшие способы представления поведенческих данных варьируются в зависимости от целевой аудитории: министерство просвещения может быть заинтересовано знаниями и взглядами молодежи, в то время как министерство труда может пожелать узнать, насколько широко распространено поведение, сопряженное с риском, среди взрослого городского населения. Министерство финансов может быть обеспокоено перспективой финансирования здравоохранения, если ВИЧ будет инфицировано 10 процентов того количества людей, поведение которых, по собранным данным, подвергает их риску.

Всесторонний подход к пропаганде профилактики ВИЧ

нуждается в данных как о населении в целом, так и о группах, подверженных повышенному риску инфицирования и самих себя, и других. Поведенческие данные о диапазоне разнообразных групп улучшают понимание того, кто подвергается значительному риску, и как изменяются (или изменяются ли) модели риска. Другими словами, данные по населению в целом обеспечивают информацию о неизвестных уровнях риска среди широкого населения, в то время как данные по группам с высокими уровнями рискованного поведения обеспечивают более непосредственную информацию относительно подгрупп, оказывающих наибольшее воздействие на развитие эпидемии.

Демонстрация того, что поведение и в группах повышенного риска, и среди населения в целом, изменяется в результате осуществления профилактических мероприятий, является одним из наиболее эффективных путей усиления поддержки профилактических действий. Поведенческие данные, подтверждающие, что изменения действительно происходят с течением времени, должны незамедлительно и в простой форме доводиться до сведения высших чиновников, способных оказать влияние на уровни финансирования и направленность программ.

Информирование общественности об угрозе, создаваемой ВИЧ

Во многих случаях генерализованные эпидемии достигли их нынешней стадии в результате того, что широкая общественность не знала, или не хотела верить в реальность угрозы ВИЧ-инфекции. Поведенческие обследования населения в целом, также как и отдельных групп населения, могут проиллюстрировать масштабы существующих в обществе форм поведения, сопряженных с риском. Донесенные до соответствующей целевой аудитории через средства массовой информации или по другим каналам, результаты таких обследований повысят понимание риска незащищенного секса с любым партнером.

Весьма важно также, чтобы население было осведомлено о тенденциях в поведении. Знание того, что окружающие принимают более безопасные формы поведения, может помочь закрепить изменения в поведении, особенно среди молодых людей, которые восприимчивы к влиянию со стороны своих сверстников. Таким образом, целенаправленное распространение соответствующих поведенческих данных в сообществах может, с течением времени, повысить эффективность профилактических мер.

Получение поддержки из неправительственных источников

Поведенческие данные могут продемонстрировать успех профилактических мер и высветить существующие потребности. Представленные соответствующим образом частным фирмам, организациям по развитию и международным финансирующим организациям, эти данные могут использоваться для мобилизации дополнительных ресурсов, необходимых для действий, которые

не нашли достаточного отражения в правительственных планах бюджетных расходов.

Совершенствование профилактических программ

По мере того как картина поведения, связанного с риском, приобретает очертания, она показывает, какие из форм поведения изменяются в результате профилактических программ, а какие устойчиво сохраняются. Эта информация может и должна использоваться для улучшения профилактических программ. Те пакеты профилактических мер, которые связывают полученные данные с изменениями поведения в каких-либо подгруппах населения, могут быть продолжены и расширены. Наличие форм поведения, остающихся неизменными несмотря на усилия по пропаганде более безопасных альтернатив, указывает на потребность в новом подходе, - таком, который, возможно, уделит больше внимания социальному или экономическому контексту, определяющему, почему люди ведут себя именно таким образом.

8

Обеспечение сбора поведенческих данных на долгосрочный период

Несмотря на то, что данные сквозных поведенческих обследований несомненно полезны для определения того, кто и по каким причинам находится под угрозой инфицирования, необходимы также данные, показывающие временные тенденции, для того, чтобы объяснять изменения, происходящие в эпидемии, и демонстрировать успехи национальных программ в сокращении рискованного поведения. Таким образом, должны быть построены системы сбора поведенческих данных, обеспечивающие получение информации в течение длительного периода времени.

Для обеспечения долгосрочной деятельности, при выполнении обследований необходимо полагаться на местных специалистов. В случае необходимости, следует провести специализированное обучение в учреждениях данной страны, таких, как министерства, факультеты университетов, частные компании или неправительственные организации, которые являются наиболее вероятными кандидатами для создания и поддержания деятельности рекомендуемых систем сбора поведенческих данных. Такой процесс институционального становления местного опыта сбора данных критически важен для обеспечения повышения качества и долгосрочности деятельности по мониторингу и оценке программ.

Библиография

Быстрая оценка/ качественные исследования:

World Health Organisation/ Programme on Substance Abuse: The Rapid Assessment and Response Guide on Injecting Drug Use (Eds.: Stimson GV, Fitch C, and Rhodes T) (Всемирная организация здравоохранения/ Программа по токсикомании: руководство по ускоренной оценке и мерам по инъекционному употреблению наркотиков) (Ред.: Г.В.Стимсон, К.Фитч и Т.Родс) Geneva: World Health Organisation; 1998.

Family Health International/AIDS Control and Prevention (AIDSCAP) Project: Qualitative Methods for Evaluation Research in HIV/AIDS Prevention Programming. Evaluation Tools Module 5 ("Фэмили Хелс Интернэшнл"/ Проект по контролю и профилактике СПИДа (AIDSCAP): Качественные методы в оценочных исследованиях при разработке профилактических программ по ВИЧ/СПИДу. Методы оценки, модуль 5,). Arlington, Virginia: Family Health International; 1996.

Family Health International/AIDS Control and Prevention (AIDSCAP) Project: Conducting Effective Focus Group Discussions. Evaluation Tools Module 2 ("Фэмили Хелс Интернэшнл"/ Проект по контролю и профилактике СПИДа (AIDSCAP): Проведение эффективных обсуждений в опросных группах. Методы оценки, модуль 2,). Arlington, Virginia: Family Health International; 1994.

World Health Organisation/Global Programme on AIDS: Training Manual on Focus Group Discussions in KABP and Partner Relations (Всемирная организация здравоохранения/ Глобальная программа по СПИДу: Учебное руководство по проведению дискуссий в опросных группах по программам ЗОПП и партнерских отношений). Geneva: World Health Organisation; 1990.

World Health Organisation/Global Programme on AIDS: Guidelines on Qualitative Studies about KABP and Partner Relations (Всемирная организация здравоохранения/ Глобальная программа по СПИДу: Методические рекомендации по качественным исследованиям ЗОПП и партнерских отношений). Geneva: World Health Organisation; 1990.

World Health Organisation/Global Programme on AIDS: Guidelines on Qualitative Studies on Drug Injecting Behaviour (Всемирная организация здравоохранения/ Глобальная программа по СПИДу: Методические рекомендации по качественным исследованиям поведения,

связанного с инъекционным употреблением наркотиков). Geneva: World Health Organisation; 1990.

Подготовка обследований/ выборки/ анкеты:

World Health Organisation/Global Programme on AIDS: Evaluation of a National AIDS Programme: A Methods Package (Всемирная организация здравоохранения/ Глобальная программа по СПИДу: Оценка национальной программы по СПИДу: пакет методов). Geneva: World Health Organisation; 1994.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS: Best Practice Collection. Key material. A questionnaire for tracing sexual network (Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу: Сборник "Примеры передового опыта". Основные материалы. Анкета для прослеживания сети сексуальных контактов). Geneva, 1998.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organisation: Draft guidelines on “Second Generation Surveillance for HIV. The Next Decade and Beyond.” (Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу и Всемирная организация здравоохранения: "Второе поколение эпидемиологического надзора за ВИЧ: следующее десятилетие", методические рекомендации). Geneva, 1998.

Family Health International/AIDS Control and Prevention (AIDSCAP) Project: HIV Risk Behavioral Surveillance: Methodology and Issues in Monitoring HIV Risk Behaviors. Workshop Summary. ("Фэмили Хелс Интернэшнл"/ Проект по контролю и профилактике СПИДа (AIDSCAP): Методики и проблемы мониторинга поведения, связанного с риском ВИЧ. Резюме семинара). Bangkok, Thailand: Family Health International; 1997.

Mills S, Saidel T, Bennett A, Rehle T, Hogle J, Brown T, Magnani R: HIV risk behavioral surveillance: a methodology for monitoring behavioral trends (С.Миллс, Т.Сайдел, Абеннет, Т.Рел, Д.Хогл, Т.Браун, Р.Маньяни: Поведенческое наблюдение за риском ВИЧ: методология мониторинга поведенческих тенденций). AIDS 12 (suppl. 2): S37-S46, 1998.

United Nations/Department for Economic and Social Information and Policy Analysis: National Household Survey Capability Programme: Sampling Rare and Elusive Populations (Организация Объединенных Наций/ Отдел экономической и социальной информации и анализа политики: Программа усиления возможностей национальных обследований по месту жительства: выборки среди редких и труднодостижимых групп населения). New York: United Nations; 1993.

Family Health International/ HIV/AIDS Prevention and Care Department: Survey Measurement and Sampling Guidelines for Repeated Behavioral Surveys (Фэмили Хелс Интернэшнл/Отдел профилактики и ухода при ВИЧ/СПИДе: Рекомендации по методам измерений и составлению выборок при повторных поведенческих

обследованиях). Arlington, Virginia: Family Health International; 1999.

Family Health International/ HIV/AIDS Prevention and Care Department: Questionnaires for HIV/AIDS/STD Behavioral Surveys in Selected Population Groups (Фэмили Хелс Интернэшнл/Отдел профилактики и ухода при ВИЧ/СПИДе: Анкеты для поведенческого обследования отдельных групп в связи с ВИЧ/ СПИДом/ ИППП) Arlington, Virginia: Family Health International; 1999.

Caraël M. Sexual behaviour. In Sexual Behaviour and AIDS in the Developing World. (Eds: Cleland J and Ferry B) (М.Караёль. Сексуальное поведение. В кн. "Сексуальное поведение и СПИД в развивающихся странах" (под ред. Д.Клиланд и В.Ферри)). London: Taylor and Francis; 1995, pp. 75-123.

Konings E, Bantebya G, Caraël M, Bagenda D, Mertens T: Validating population surveys for the measurement of HIV/STD prevention indicators (Е.Конингс, Г.Бантебья, М.Караёль, Д.Багенда, Т.Мертенс: подтверждение достоверности данных обследования населения для определения профилактических индикаторов ВИЧ/ИППП). AIDS 9:375-82, 1995.

Mehret M, Mertens T, Caraël M, et al. Baseline for the evaluation of an AIDS programme using prevention indicators: a case study in Ethiopia (М.Мерет, Т.Мертенс, М.Караёль и др. "Базисные данные для оценки программ по СПИДу с использованием профилактических индикаторов: практический пример Эфиопии"). Bulletin of WHO 74:509-516, 1996.

Mertens T and Caraël M. Evaluation of HIV/STD prevention, care and support: an update on WHO's approaches (Т.Мертенс, М.Караёль. "Оценка профилактики ВИЧ/ИППП , ухода и поддержки: новые данные о методах ВОЗ") AIDS Education and Prevention 9:133-145, 1997.

Приложение

Элементы затрат на проведение обследований

Подготовка обследования:

- объемы выборки по каждой группе и региону
- количество выбранных целевых групп
- число выборочных совокупностей (дисперсность или концентрация)
- время на поездки в пределах и между обследуемыми районами

На протяжении подготовительной стадии:

- наличие основы выборки (Не устарела ли основа выборки? Имеются ли карты? Имеются ли текущие оценки численности групп/ подгрупп населения?)
- подготовлен ли перевод анкет для опроса, и на сколько языков
- предварительное опробование и печать анкет
- подготовка инструкций для наблюдателей и интервьюеров
- привлечение и обучение полевого персонала
- подготовка спецификаций управления данными

На протяжении полевой работы:

- количество интервью
- количество интервьюеров
- количество интервью в день (главным образом определяется длиной анкеты/ временем на интервью)
- количество совокупностей
- количество ответов
- время на поездки

Ввод данных и анализ данных, подготовка окончательного отчета

- компьютерное оборудование
- число операторов ввода данных
- печать и распространение окончательного отчета
- офисные материалы

Персонал

- уровни зарплат (тип необходимого персонала)
- суточные или оплата проживания

Транспорт

- количество водителей
- транспортные средства и другие способы транспортировки
- бензин
- обслуживание

В большинстве обследований, персонал и транспорт являются наиболее затратными статьями.

Затраты на обследование населения в целом по месту жительства в африканских странах к югу от Сахары могут составить в среднем от 40 000 до 60 000 долларов США, в зависимости от обследуемых районов (два городских района или один городской и один сельский район). В целом, рекомендуется не проводить общенациональных обследований.

Стоимость повторных обследований групп населения с поведением повышенного риска будет в значительной степени зависеть от числа целевых групп и обследуемых районов. Например, в африканских странах к югу от Сахары, стоимость однократного

поведенческого обследования в трех выбранных группах населения, проводимого в двух различных географических районах, может составить от 25 000 до 35 000 долларов США.

Дополнительная информация относительно обследований

Национальные демографические обследования и обследования состояния здоровья (DHS-II и III), включающие модуль по СПИДу и подвыборки среди мужчин, были проведены во многих странах, таких, как Буркина-Фасо, Малави, Сенегал, Танзания, Бенин, Центральноафриканская Республика, Чад, Эритрея, Кения, Мали, Нигер, Уганда и Замбия.
Перечень стран, в которых проведены такие обследования, имеется на вебсайте DHS+ в Интернете:

http://www.macroint.com/dhs

Сотрудник для контактов:
Мартин Вессен, директор проекта (Martin Vaessen, Project Director)
Macro International Inc.
11785 Beltsville Drive
Calverton, MD 20705
Тел.: 301-572-0200
Факс: 301-572-0999
Электронная почта:
vaessen@macroint.com

Эпидемиологические бюллетени ЮНЭЙДС/ВОЗ предназначены для систематического отражения новейших данных о распространенности ВИЧ/СПИДа по странам совместно с информацией по формам поведения. Информация, полученная на основе серологического эпиднадзора, поведенческих обследований и других исследований, представлена более чем 140 странами. Обращаться по адресу:

UNAIDS/WHO Global Working Group on HIV/AIDS and STD Surveillance
20, Avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Факс: (+41 22) 791 4878
Электронная почта:
surveillance@unaids.org
http://www.unaids.org
http://www.who.ch/emc/diseases/hiv

Проект по осуществлению профилактики и ухода в связи со СПИДом (ИМПАКТ) (Implementing AIDS Prevention and Care (IMPACT) Project)

Фэмили Хелс Интернэшнл (Family Health International)
2101 Wilson Boulevard, Suite 700
Arlington, VA 22201 USA
Телефон: (703) 516 9779

Факс: (703) 516 9781
URL: www.fhi.org

Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS))
20 Avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Switzerland
Телефон: (41 22) 791 4651
Факс: (41 22) 791 4187
Электронная почта:
unaids@unaids.org
URL: www.unaids.org

Выражение признательности

Настоящий документ представляет собой резюме ряда региональных семинаров, проведенных в 1997 г. в Найроби (Кения), Бангкоке (Таиланд), Берлине (Германия) и Оксфорде (Великобритания). Результаты этих семинаров обеспечили основу для обсуждения и подготовки этого документа. Выражаем благодарность за ценный вклад, который внесли следующие участники: Карен Станеки, Тиес Берма, Энн Бланк, Лисанна Браун, Джозеф Амон, Роберт Магнани.

Family Health International
FHI AIDS Institute
2101 Wilson Blvd., Suite 700
Arlington, VA 22201 USA
Phone: 703-516-9779
Fax: 703-516-9781
URL: www.fhi.org

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
20 avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Switzerland
Phone: 41-22-791-3666
Fax: 41-22-791-4187
URL: www.unaids.org