Национальные Программы По СПИДУ

РУКОВОДСТВО ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ НАЦИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ/СПИДА СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

Некоторые показатели, включенные в это руководство, пока еще уточняются и проверяются. Новую информацию по этим показателям или примеры методики расчета этих показателей см. на следующем вебсайте:
http://www.unaids.org/en/in+focus/monitoringevaluation/m_e+library.asp

Содержание

Глава 1:
Введение ____ 4

Глава 2:
Методологические соображения ____ 12

Глава 3:
Программные показатели ____ 17

Глава 4:
Показатели детерминант (факторы риска и факторы защиты) ____ 36

Глава 5:
Показатели поведения ____ 49

Глава 6:
Показатели воздействия ____ 66

Приложение:
Методология ____ 74

Библиография ____ 82

Сокращения

АНК	дородовая женская консультация
АРВ	антиретровирусный
АРТ	антиретровирусная терапия
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ЗМР	здоровье матери и ребенка
ИОК	информация, образование, коммуникация
ИПП	инфекция, передаваемая половым путем
ИПС	индекс эффективности программ по СПИДу
ИСН	Организация “Попьюлэйшн Сервисиз Интернэшнл”
КМИО	кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода
КРИС	информационная система ответных мер в странах
МиО	мониторинг и оценка
МПМ	мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами
НИ	Национальная инициатива по обеспечению доброжелательного отношения к подросткам в клинических условиях (Южная Африка)
НИДИ	Междисциплинарный институт демографических исследований Нидерландов
НОП	надзорные обследования поведения
НПО	неправительственная организация
ОДЗ	обследования в области демографии и здравоохранения
ПИН	потребитель (или потребление) инъекционных наркотиков
ПМП	первичная медико-санитарная помощь
ПМР	передача (ВИЧ) от матери ребенку
ППМР	профилактика передачи (ВИЧ) от матери ребенку
ПС	планирование семьи
РСБ	работники секс-бизнеса
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита человека
ССГАООН	Специальная сессия Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций
СУД	сироты и уязвимые дети
ТиК	тестирование (на ВИЧ) и консультирование
ФХИ	Организация «“Фэмили Хелс Интернэшнл»”
ЦББ	Центры Соединенных Штатов по профилактике болезней и борьбе с ними
ЮНЕСКО	Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
ЮНФПА	Фонд Организации Объединенных Наций по народонаселению
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу
ЮСАИД	Агентство Соединенных Штатов по международному развитию

Глава 1

Введение

Почему необходимо ориентировать программы профилактики ВИЧ/СПИДа на молодежь?

Зачем нужно отдельное руководство по показателям мониторинга и оценки программ профилактики ВИЧ/СПИДа, ориентированных на молодежь?

Молодежь находится в центре глобальной пандемии ВИЧ/СПИДа*. Это верно не только в случае стран с генерализованной эпидемией, но и в случае стран с концентрированной эпидемией. Молодые люди подвержены высокому риску приобретения ВИЧ по той простой причине, что, как только они начинают вести половую жизнь, они зачастую вступают в кратковременные половые контакты, следующие, как правило, подряд, и не всегда пользуются презервативами. Во многих странах значительная доля молодежи начинает вести половую жизнь до достижения 15-летнего возраста. Во многих регионах среди этой группы получает распространение практика приема инъекционных наркотиков, причем такими темпами, которые не могут не вызывать тревогу (1). Кроме того, молодежь зачастую не располагает достаточной информацией о ВИЧ/СПИДе и недостаточно хорошо понимает его. Она может быть не осведомлена о том, что она уязвима, и не знать, как лучше всего уберечь себя от этой болезни. Она также может нередко не иметь доступа к средствам предохранения.

В тех районах, где ВИЧ/СПИД начинает ослабевать или даже отступать, наблюдается истинная приверженность идее профилактики ВИЧ, особенно среди молодежи (2). Молодые люди могут принимать ответственные решения, касающиеся своего здоровья, только в том случае, если им дают ту информацию, обеспечивают те услуги и оказывают ту поддержку, которые им необходимы для того, чтобы перенять безопасные навыки поведения. Кроме того, при наличии поддержки молодежь может помочь в просвещении других людей и склонить их к тому, чтобы они также принимали безопасные решения. Работа с молодежью представляет собой одну из наших величайших надежд в борьбе против СПИДа.

В течение последнего десятилетия в области сбора, анализа и использования данных о молодежи и ВИЧ/СПИДе произошли существенные изменения. Одним из важнейших выводов, сделанных на основе опыта этой работы, является то, что молодежь находится в центре глобальной пандемии и представляет собой одну из величайших надежд в борьбе против этой болезни. В порядке ответа на этот вывод предпринимаются все более активные усилия по разработке общих или индивидуальных программ, ориентированных конкретно на удовлетворение нужд молодежи и соответствующих реальным условиям ее жизни.

Многие из этих программ также подвергаются оценке, и этот коллективный опыт свидетельствует о том, что:

- молодежь не представляет собой однородную группу, в связи с чем мероприятия следует разрабатывать для конкретных подгрупп. Это предполагает необходимость сбора данных о молодежи в разбивке, например, по возрасту, признаку пола, охвату школьным образованием и семейному положению;
- данные нужны такие, которые помогали бы определить и понять тех молодых людей, которые особенно уязвимы, например, потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), работников секс-бизнеса (РСБ) и мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами (МПМ);
- причины и следствия ВИЧ/СПИДа связаны и с другими медико-санитарными проблемами, с которыми сталкивается молодежь, например, инфекции, передаваемые половым путем (ИПП), нежелательная беременность, злоупотребление алкоголем, токсикомания и насилие по признаку пола;

* Термин "молодежь" охватывает лиц в возрасте от 10 до 24 лет.

- в настоящее время есть необходимость в проведении различия между личностными и контекстуальными факторами, которые повышают вероятность того, что молодежь может встать на путь поведения, сопряженного с высоким риском. Сейчас все шире признается важность детерминант (факторов риска и факторов защиты), которые воздействуют на поведение отдельных лиц, и тот факт, что ее необходимо определять количественно.

В этой связи для мониторинга и оценки национальной политики и программ профилактики ВИЧ среди молодежи нужно специальное руководство. Настоящее руководство дополняет показатели, включенные в издание «Национальные программы по СПИДу: руководство по мониторингу и оценке» (3), посредством уточнения показателей, которые уже были определены, и включения новых показателей, которые находятся на ранней стадии разработки и использования. Эти новые показатели включены с той целью, чтобы в ходе реализации политики и программ можно было учесть уроки, извлеченные в течение прошлого десятилетия, и поделиться опытом их измерения и использования.

Основные причины, по которым подготовлено данное руководство

- Дать руководящие указания, на основе выбора соответствующих показателей, по вопросам мониторинга и оценки политики и программ профилактики ВИЧ среди молодежи.
- Адаптировать существующие показатели и методы, которые получили широкое распространение, с тем чтобы их можно было применить к национальным программам профилактики ВИЧ среди молодежи.
- Ввести новые количественные показатели, специфичные для детерминант (факторов риска и факторов защиты), которые воздействуют на уязвимость и поведение, сопряженное с риском.

Для кого предназначено данное руководство?

Данное руководство предназначено для использования руководителями программ на национальном уровне, прежде всего руководителями национальных программ по СПИДу. Его также могут с успехом использовать руководители программ и специалисты по планированию на субнациональном уровне, которые стремятся привести свою работу по количественному определению показателей в соответствие с работой, выполняемой на национальном уровне.

Что содержит данное руководство?

В данном руководстве определяется целый ряд показателей, методы их измерения, их сильные и слабые стороны. Их цель – помочь руководителям национальных программ по СПИДу в разработке и мониторинге программ профилактики ВИЧ среди молодежи. Показатели распределены по четырем главам в соответствии с логической моделью, увязывающей программные действия с ожидаемыми итогами, и, в конечном счете, с эпидемиологическим воздействием. Эти главы охватывают следующие категории показателей:

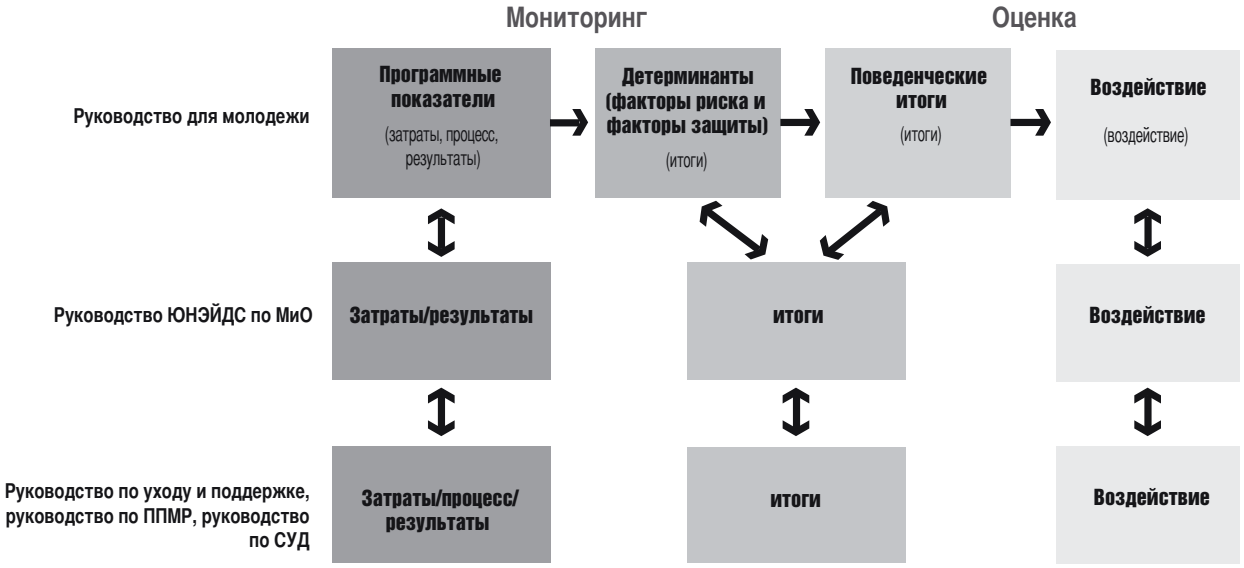
программные;
детерминанты (факторы риска и факторы защиты);
поведенческие итоги;
воздействие.

Эта модель тесно связана с хорошо отработанной моделью мониторинга и оценки программ, которая позволяет классифицировать показатели по четырем категориям: затраты, результаты, итоги и воздействие.

Для того чтобы та или иная программа достигла своей цели, затраты, например, деньги и время, затраченное сотрудниками, должны найти воплощение в соответствующих результатах, например, в создании новых или улучшении имеющихся услуг, обучении персонала и подготовке информационных материалов. Если эти результаты хорошо спланированы и доходят до тех групп населения, для которых они предназначены, то итоги реализации данной программы будут, скорее всего, положительными, например, практика использования презервативов получит более широкое распространение или снизится число случаев общего использования шприцев лицами, потребляющими инъекционные наркотики. Эти положительные итоги должны привести к изменениям в характере воздействия программы, измеряемого в виде снижения числа новых случаев ИПП и инфекции ВИЧ (3).

Основное отличие настоящего руководства заключается в том, что рассматриваемые итоги подразделяются на факторы риска и факторы защиты и на поведенческие итоги. Таким образом, эта категория итогов разработана в соответствии с различными видами воздействия, которые может оказать та или иная программа (т.е. программа, нацеленная на изменение поведения индивидуума или на изменение детерминант, определяющих это поведение). Эта концепция основана на более чем десятилетнем опыте исследований и оценки программ, который показывает, что поведение подростков изменяется в результате действия целого ряда факторов, в том числе индивидуальных знаний и позиций, взаимоотношений с родителями и своими сверстниками, условиями в школе, материальным положением, убеждениями и господствующими нормами поведения в обществе. Некоторые из этих факторов помогают нам понять контекст, в котором молодежь живет и принимает решения; другие же помогают нам должным образом ориентировать работу наших программ. В этой связи важно определять их количественно и отслеживать тенденции изменения ключевых показателей, относящихся к этим областям, на национальном уровне.

Ниже представлено схематическое изображение этой модели и ее связь с другими руководствами ЮНЭЙДС по МиО.



Эта схема дает руководителям программ систему классификации, позволяющую систематизировать приоритетные показатели и выявлять те аспекты планирования и мониторинга программ профилактики ВИЧ/СПИДа среди молодежи, которые не отрегулированы должным образом.

Ниже приводится дополнительная информация по категориям показателей, содержащимся в данном руководстве.

Программные показатели

Эти показатели можно использовать для оценки основных компонентов мероприятий по профилактике ВИЧ/СПИД среди молодежи на национальном уровне и во многих случаях для отслеживания изменений за определенный период времени. Они включают количественные критерии, касающиеся политики, финансирования и охвата населения конкретными программами.

Детерминанты (факторы риска и факторы защиты)

Причинная связь между этими показателями и инфекцией ВИЧ среди молодежи отсутствует, однако рассматриваемые здесь факторы либо способствуют тому, что человек встает на путь поведения, сопряженного с риском и повышенной уязвимостью, либо обеспечивают ему некоторую защиту от инфекции ВИЧ. Они включают знания, которыми обладает молодежь, их позиции и восприятия, убеждения и отношение взрослых в целом к доступу молодежи к медико-санитарной информации и количественные критерии качества взаимоотношений между молодежью и ее основными опекунами.

Поведенческие итоги

Эти показатели позволяют количественно определить действия молодежи, которые оказывают непосредственное воздействие на итоги реализации программ. Они включают количественные показатели использования презервативов, потребления инъекционных наркотиков, масштабов секс-бизнеса, долю молодежи, начавшей половую жизнь до достижения 15-летнего возраста, и число партнеров в половых связях, которые были у молодых людей. Кроме того, сюда включен ряд показателей, у которых нет причинно-следственной связи с инфекцией ВИЧ, но которые способствуют повышению уязвимости к ней молодежи, например, насильственные половые акты и практика половых контактов с партерами, принадлежащими к разным поколениям (особенно среди молодых женщин).

Воздействие

Эти показатели отражают количественную сторону воздействия на уровне группы населения, т.е. представляют собой эпидемиологические показатели, главным образом, уровень распространенности ВИЧ среди молодежи и конкретных подгрупп молодых людей.

Обзор показателей

Выбор соответствующих показателей варьируется в зависимости от целей данной программы, которые определяются типом эпидемии. Поскольку эпидемия ВИЧ приобретает все более и более разнообразный характер, предлагается использовать два набора основных показателей: один для умеренной и концентрированной эпидемии, а другой для генерализованной эпидемии. Внимание профилактике и лечению ВИЧ среди молодежи важно уделять в случае и того, и другого сценария. Странам следует дополнить основные показатели соответствующими дополнительными показателями из приведенного ниже перечня.

Как указывалось ранее, эти показатели лучше всего поддаются анализу в том случае, когда они даются в разбивке по возрасту, признаку пола, семейному положению и другим важным параметрам, характеризующим молодежь. Разбивка по возрасту особенно важна в силу того, что сексуальное поведение различных возрастных групп может варьироваться в широких пределах. В целом, подростки в возрасте 10-14 лет менее активны в половом отношении, чем молодежь в возрасте 15-19 лет, которая в свою очередь отличается от людей, которым уже 20-24 года. Эта разбивка по возрастным группам позволяет руководителям национальных программ отслеживать когортные тенденции, которые проявляются с течением времени. Например, если сообщения респондентов в возрасте 15-19 лет свидетельствуют о снижении доли подростков, начинающих половую жизнь до достижения 15-летнего возраста, то это может означать, что раннее начало половой жизни сдвигается в сторону более старшего возраста. Во всех случаях, когда это возможно, данные следует собирать в разбивке по возрастным группам 10-14, 15-19 и 20-24 лет. Кроме того, разбивка данных по основным характеристикам (например, проживание в городе или сельской местности, посещение школы и семейное положение) позволяет руководителям программ определять те группы населения, которые подвергаются повышенному риску. Это также дает им возможность принимать более обоснованные решения по программам, например, в части включения просветительской работы по проблеме ВИЧ/СПИДа на основе жизненных навыков для учеников младших классов. Если надежные данные

отсутствуют, то во избежание неправильной интерпретации или принятия ошибочных решений по программам показатели сообщать не следует.

Ниже содержится обзор показателей в разбивке по категории, средствам измерения и приоритету для различных стадий эпидемии.

Показатель	Средства измерения	Приоритет Генерализованная эпидемия	Приоритет Концентрированная/ умеренная эпидемия
Программные показатели			
1. Национальный индекс в сфере политики, касающейся молодежи и ВИЧ/СПИДА	• Вопросник по оценке положения в стране	C	C
2. Национальные средства, израсходованные правительством на профилактику ВИЧ/СПИДа среди молодежи	• Обследование финансовых потоков ЮНЭЙДС/ЮНФПА/НИДИ	A	A
3. Обучение по вопросам ВИЧ/СПИДа на основе жизненных навыков в школе	• Обследование школ	C	C
4. Институциональное закрепление системы медико-санитарных услуг, доброжелательных по отношению к молодежи	• Обследование медико-санитарных пунктов, репрезентативное на национальном уровне	C	C
5. Использование конкретных медико-санитарных услуг молодежью	• Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне • Служебная статистика, полученная на основе обследования медико-санитарных служб	C	C
6. Доступность презервативов для молодежи	• Обследование с помощью протокола сбора данных о наличии и качестве презервативов Оценочного проекта МОАИР/ВОЗ/ ПСИ (4)	C	C
7. Охват пользователей инъекционных наркотиков из числа молодежи услугами по профилактике ВИЧ/СПИДа	• Методы оценки распространенности • Служебная статистика, полученная по линии проектов, программ и лечебных учреждений	A	C
8. Участие молодежи в программах профилактики ВИЧ	• Вопросник по оценке положения в стране	A	A
Показатели детерминант (факторы риска и факторы защиты)			
9. Осведомленность молодежи о профилактике ВИЧ	• Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне	C	C
10. Осведомленность молодежи об официальных источниках распространения презервативов	• Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне	A	A
11. Принятие решений молодежью по половым вопросам	• Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне	A	A

12. Восприятие половой активности сверстников	• Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне	A	A
13. Связь с одним из родителей или основным опекуном	• Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне	A	A
14. Контроль за поведением молодежи со стороны родителей или основных опекунов	• Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне	A	A
15. Помощь со стороны взрослых в просвещении по вопросам использования презервативов в целях профилактики ВИЧ/СПИДа среди молодежи	• Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне	C	C
Поведенческие показатели			
16. Половые контакты до достижения 15-летнего возраста	• Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне	C	C
17. Использование презервативов среди молодых людей, которые в предшествующем году вели половую жизнь, сопряженную с повышенным риском	• Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне	C	C
18. Безопасное поведение в вопросах половых связей среди молодежи (составной показатель)	• Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне	C	C
19. Насильственные половые акты среди молодежи	• Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне	C	C
20. Половые контакты среди молодых женщин с партнерами разного возраста	• Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне	C	A
21. Половые контакты молодежи с работниками секс-бизнеса	• Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне	C	C
22. Половые контакты среди молодежи в состоянии интоксикации	• Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне	A	A
23. Поведение молодежи в вопросах тестирования на ВИЧ	• Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне	C	A
24. Использование презервативов в ходе анального полового акта среди молодых мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами (МПМ)	• Специальное обследование среди МПМ	A	C
25. Безопасная практика среди потребителей инъекционных наркотиков из числа молодежи (ПИН)	• Специальное обследование среди ПИН	A	C
26. Использование презервативов среди работников секс-бизнеса	• Специальное обследование среди работников секс-бизнеса	C	C

Показатели воздействия			
27. Распространенность ВИЧ среди молодых беременных женщин	• Контрольное обследование	C	A
28. Распространенность ВИЧ среди молодежи, определяемая с помощью обследований сообществ	• Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне	C*	A
29. Распространенность ВИЧ среди подгрупп молодежи, поведение которое сопряжено с высоким риском	• Методические рекомендации ЮНЭЙДС/ВОЗ второго поколения систем эпиднадзора за ВИЧ (5) • Руководящие принципы выборки в подгруппах населения ФХИ (6)	A (C**)	C
30. Молодежь, приобретшая инфекцию, передаваемую половым путем	• Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне	A	A

A = дополнительный показатель.
C = основной показатель.
C* = основной в странах с относительно высокими уровнями распространенности (т.е. выше 3%).
C**= основной для работников секс-бизнеса; дополнительный для других групп высокого риска.

Пояснение по мониторингу и оценке

Мониторинг и оценка программ, направленных на укрепление здоровья и развитие, – необходимый элемент финансовой отчетности, усовершенствования программ и выяснения того, дают ли мероприятия тот эффект, на который они рассчитаны. Нижеприведенные определения взяты из одного из предыдущих документов ЮНЭЙДС по мониторингу и оценке мероприятий по профилактике ВИЧ/СПИДа (3).

- Мониторинг – регулярное отслеживание приоритетной информации, касающейся программы (на национальном уровне и на уровне проекта) и ожидаемых итогов ее реализации. Он включает мониторинг затрат и результатов с помощью стандартных систем учета и отчетности, а также результатов медико-санитарных наблюдений и опросов клиентов. Такой мониторинг называется мониторингом программ, процессов или результатов.
- Оценка – совокупность видов деятельности, предназначенных для определения воздействия или ценности отдельной программы. Оценка имеет прежде всего целью выяснить, обеспечивает ли данная программа то воздействие на конкретные итоги, на которое она была рассчитана. В настоящем руководстве под итогами понимается как индивидуальное поведение, так и детерминанты (факторы риска и факторы защиты) этого поведения. Оценка может также предполагать сбор фактических данных о воздействии программы, т.е. тех данных, которые позволяют отнести долгосрочные изменения к конкретным программам.
- Мероприятия по эпиднадзору (надзору) связаны с мониторингом и оценкой программ, но это все же не одни и те же мероприятия. Эпиднадзор представляет собой регулярное отслеживание болезней или поведения с использованием аналогичной системы сбора данных за определенный период времени, однако не обязательно в связи с какой-то конкретной программой или конкретным мероприятием. Эпиднадзор помогает описать эпидемию и ход ее распространения. Что же касается надзора за поведением, то он помогает описать характер поведения в конкретных группах населения. Эпиднадзор или надзор помогает прогнозировать будущие тенденции развития болезней или тех или иных видов поведения. Системы эпиднадзора в качестве части второго поколения систем эпиднадзора позволяют, как правило, отслеживать распространенность ВИЧ и ИПП, отчетность по случаям заболевания СПИДом и различные виды сексуального поведения, сопряженного с риском.

Истинные оценки воздействия, которые позволяют отнести изменения в уровне распространенности ВИЧ к конкретным программам, проводятся очень редко, поскольку они нуждаются в сложных и дорогостоящих экспериментальных разработках и в случае мероприятий, осуществляемых на национальном уровне,

как правило, сопряжены с трудностями в реализации. Вместо этого проводится мониторинг показателей воздействия, например, распространенности ВИЧ, рассматриваемых вместе с показателями, характеризующими процесс и итоги, что, как считается, достаточно точно указывает на общее воздействие национальной программы, принятой в ответ на эпидемию. В этой связи важно отслеживать изменения в характере поведения, которые опосредовано связаны с распространенностью болезни. То же самое можно сказать и об изменениях в характере поведения, которые могут проявиться в той или иной целевой группе лишь спустя некоторое время. С тем чтобы лучше оценить вероятность того, что данная программа приведет, как ожидается, к изменению в характере поведения, важно проследить изменение детерминант рассматриваемых видов поведения, т.е. изменения факторов риска и факторов защиты, которые способствуют формированию этих видов поведения.

Показатели, содержащиеся в настоящем руководстве, предназначены для использования на национальном уровне. Руководство предлагает набор базовых показателей, общих для большинства национальных программ, и, как следствие, позволяет достичь следующих целей:

- оно дает рекомендации по общим минимальным компонентам осуществления и мониторинга программ профилактики ВИЧ/СПИДа среди молодежи;
- оно дает рекомендации по количественному определению распространенных видов поведения, которые способствуют распространению эпидемии, и общих детерминант, которые оказывают воздействие на эти виды поведения;
- оно предлагает общий способ измерения прогресса в деле осуществления национальной программы профилактики и ее воздействия, что дает возможность сопоставлять работу за определенный промежуток времени и между странами.

Выбирая набор показателей для использования на национальном уровне, важно, чтобы страны, т.е. национальные программы профилактики ВИЧ/СПИДА, понимали, что они не ограничены этим набором показателей и что они не обязательно должны собирать данные по всем из них. Выбор показателей следует производить с учетом задач, целей и мероприятий, предусмотренных каждой национальной программой, стадии эпидемии ВИЧ и основных путей передачи ВИЧ в различных подгруппах населения. Эти показатели играют также определенную роль и в международном плане, поскольку они помогают донорам и учреждениям:

- прослеживать тенденции развития эпидемии среди молодежи и меры по борьбе с ней на глобальном уровне;
- выявлять региональные тенденции или закономерности изменения ситуации с эпидемией среди молодежи;
- акцентировать внимание на повторяющихся проблемах, присущих программам;
- выступать за увеличение объема ресурсов на реализацию программ, ориентированных на молодежь.

В настоящем руководстве нет никаких указаний на предмет разработки плана мониторинга и оценки национальной программы профилактики ВИЧ/СПИДа. Такой план необходимо составлять с учетом специфики мероприятий, осуществляемых на национальном, региональном и проектном уровнях. Другие руководства ЮНЭЙДС (3) включают более глубокий анализ этого вопроса (см. http://www.unaids.org). Кроме того, есть и другие ресурсы, имеющие отношение к мониторингу и оценке программ, ориентированных на молодежь (7-9).

Пояснение для пользователей

Настоящее руководство позволило впервые свести воедино глобальные показатели, относящиеся к национальным программам профилактики ВИЧ/СПИДа среди молодежи. Вместе с тем, новые факты и уроки, извлеченные в ходе мониторинга и оценки программ профилактики ВИЧ/СПИДа среди молодежи, могут обусловить необходимость пересмотра и обновления этих показателей. Таким образом, работа над этим руководством будет продолжаться, и в будущих изданиях оно будет уточняться.

Глава 2

Методологические Соображения

Настоящая глава посвящена вопросам сбора данных у отдельных респондентов из числа молодежи, которые имеют самое непосредственное отношение к соответствующим детерминантам (факторам риска и факторам защиты), поведенческим итогам и показателям воздействия (главы 4-6). Кроме того, в ней есть раздел, посвященный конкретным проблемам, связанным со сбором данных среди подростков, прежде всего в возрасте 10-14 лет. Приложение под названием «Методология» дает более полное описание некоторых вопросов, которые встречаются при сборе данных.

1. Достоверность, надежность и систематическая ошибка:

Одна из наиболее существенных трудностей, связанных со сбором данных о молодежи, заключается в том, чтобы сделать их сопоставимыми за определенный промежуток времени. Если данные сопоставимы, то руководители программ могут определить тенденции и изменения в характере эпидемии ВИЧ среди молодежи. Для того чтобы это было так, данные должны быть **достоверны**, надежны и непредвзяты. Достоверные данные – это те данные, которые как можно точнее соответствуют истинным. **Надежные** данные – это такие данные, когда ответы на одинаковые или похожие вопросы во всех случаях одинаковы. Когда погрешность данных носит систематический характер или следует какой-либо закономерности, считается, что эти данные содержат систематическую ошибку.

Есть несколько видов систематической ошибки, которая может возникнуть при сборе данных. Одним из видов такой ошибки, которая негативно сказывается на сборе данных среди молодежи, является **систематическая ошибка, обусловленная субъективным суждением лица, проводящего опрос.** Она может повлиять на ответы самым разным образом, даже тоном голоса. Другие характеристики, такие как пол, возраст, раса, этническая принадлежность, образовательный ценз и отношение также могут повлиять на то, какие ответы даст молодой человек на заданные ему вопросы. Исследователи выявили, что участники, как правило, склонны проявлять доверие к таким людям, как они сами, и, как следствие, могут говорить им деликатные вещи о своем поведении. Например, самым подходящим человеком для опроса девочки в подростковом возрасте из сельской местности могла бы быть молодая женщина, вышедшая из похожей среды.

Ошибку лица, производящего опрос, можно уменьшить, если принять меры в целях надлежащей подготовки и проверки всех таких лиц, проводящих опрос, по навыкам проведения опроса, протоколу обследования и этическим нормам обследования. Подготовка лица, проводящего опрос, должна также включать анализ важности данных и способов уменьшения систематической ошибки, а также анализ самих целей обследования, с тем чтобы укрепить чувство причастности лица, проводящего опрос, и его личную поддержку этих целей даже в отсутствие надзора (10).

Еще один вид систематической ошибки, которая может иметь особенно широкое распространение среди респондентов из числа молодежи, это **– систематическая ошибка, обусловленная социальной целесообразностью,** которая возникает в тех случаях, когда участники исследования не дают честных ответов на вопросы, поскольку, по их мнению, правдивый ответ социально неприемлем или нежелателен. Например, какое-либо лицо может притворно отрицать, что оно приобрело инфекцию половым путем, из-за боязни, что ему придется нести обусловленное этим социальное клеймо. Исследователи обычно обнаруживают, что данные о поведении, которые считаются социально нежелательными, будут скорее занижены, чем завышены (11). Однако восприятие желательности может варьироваться в зависимости от групп населения, и то, что в одной группе считается неприемлемым, в другой может считаться желательным. Например, в культуре некоторых стран половому воздержанию молодых женщин придается очень большое значение, поэтому в ходе опроса они могут занизить общее число своих партнеров по половым связям, в то время как молодые мужчины, принадлежащие к той же культуре, могут

с гордостью говорить о своем сексуальном опыте и, как следствие, преувеличить общее число своих партнерш (12,13).

Для того чтобы уменьшить систематическую ошибку, обусловленную социальной целесообразностью, разработан целый ряд методов. Один из них состоит в разъяснении перед проведением опроса целей обследования, в том числе их социальной ценности и правомерности, и важности честных ответов. Другой заключается в том, чтобы создать условия уединенности во время опроса и конфиденциальности любой информации, полученной от респондентов, и сделать все возможное для того, чтобы это было для них очевидным.

Есть еще целый ряд методов, позволяющих ограничить возможность ошибки за счет соответствующих формулировок и схемы вопросника. Дополнительный анализ этой темы, включая рекомендации по схеме вопросника, содержатся в приложении «Методология».

2. Методы сбора данных

Рекомендуемой методологией сбора данных для расчета большинства показателей, включенных в это руководство, является проведение национального или регионального **обследования домашних хозяйств,** в которых проживает молодежь. Кроме того, в качестве подходящего источника данных о молодежи необходимо также признать **обследования школ**, которые получили широкое применение. У каждого метода есть свои преимущества и недостатки, которые разъясняются в приложении «Методология». Одним из основных преимуществ обследования школ, по сравнению с обследованием домашних хозяйств, являются расходы: в общем и целом, школьные обследования обходятся гораздо дешевле. Более низкие расходы, связанные с этими обследованиями, в значительной степени обусловлены большей доступностью выборки (преимущество работать с группой молодежи в школе в противовес необходимости встречаться с каждым юношей или каждой девушкой в условиях домашнего хозяйства) и тем фактом, что большинство школьных обследований проводятся с использованием самостоятельно заполняемых вопросников (т.е. для этого не нужно лицо, проводящее опрос, которое задает вопросы, поскольку учащиеся сами заполняют вопросники).

Вместе с тем, крупным недостатком обследований школ – и основной причиной, по которой они не рекомендуются в качестве средства сбора данных в данном руководстве, – является то, что они не репрезентативны в части общей совокупности молодежи. В пользу этого утверждения можно привести два довода:

- В странах, где общий уровень посещаемости школы низок, (а с возрастом он обычно еще ниже), значительная доля всей совокупности молодежи может оказаться не включенной в выборку для школьного обследования.
- В этом руководстве рекомендуется собирать данные по большинству показателей среди молодежи в возрасте до 24 лет. В странах с высоким уровнем посещаемости школы молодежь, относящаяся к старшей возрастной группе (18 лет и старше), в школу уже не ходит и, как следствие, в выборку не попадает.

Показатели, содержащиеся в этом руководстве, разрабатываются в целях мониторинга и оценки национальных программ и отслеживания поведенческих и биологических тенденций, имеющих отношение к ВИЧ, на национальном уровне. С учетом указанных выше недостатков обследования школ нельзя использовать вместо обследований домашних хозяйств. Тем не менее школьные обследования могут явиться ценным дополнительным источником информации и использоваться наряду с обследованиями домашних хозяйств, позволяя глубже проникнуть в суть вопросов, особенно тех, которые связаны с мероприятиями на уровне школ.

В конечном итоге, самым важным моментом является объединение различных методов и усилий по сбору данных, дающих возможность получить полное представление о вопросах, имеющих отношение к профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа среди молодежи. Все обследования – будь то на уровне домашних хозяйств, на уровне школ или на уровне особых групп населения – должны включать ключевой набор основных показателей, имеющих прямое отношение к ВИЧ и молодежи. Показатели в данном руководстве – это именно такой предложенный набор, цель которого состоит в обеспечении большей сопоставимости данных, полученных в ходе разных обследований, в разных районах и в разное время, и, как следствие, в улучшении работы по сбору данных в целом.

Для большинства показателей, включенных в настоящее руководство, данные необходимо собирать путем проведения национального или регионального **обследования домашних хозяйств**, в которых проживает молодежь. Среди наиболее заметных обследований домашних хозяйств, которые проводятся в настоящее время для сбора данных в значительном числе стран, можно отметить обследования в области демографии и здравоохранения (ОДЗ), надзорные обследования поведения (НОП), разработанные «Фэмили Хелс Интернэшнл», и кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода (КМИО). В своем большинстве эти обследования проводятся на выборке взрослого населения, при этом размер выборки и методы ее формирования должны корректироваться, с тем чтобы обеспечить репрезентативное число молодых людей в общей выборке. Есть также обследования домашних хозяйств, ориентированные конкретно на подростков. К ним относятся обследования репродуктивного здоровья и обследования репродуктивного здоровья подростков, которые проводятся Центрами США по профилактике болезней и борьбе с ними (ЦББ), и азиатские обследования рисков, связанных с репродуктивным здоровьем молодежи старшего возраста, которые проводятся при поддержке ЮСАИД. В дополнение к этим «международным» обследованиям, многие страны также организуют ежегодные или более частые национальные обследования (например ежеквартальные обследования рабочей силы или экономики). Объем и типы данных о подростках, собранных в ходе национальных обследований, варьируются в огромных пределах. Однако, в связи с тем что такие обследования могут служить в качестве средства, позволяющего включить вопросы о здоровье и развитии подростков, они также заслуживают того, чтобы принять их к сведению.

3. Сбор данных о подростках в возрасте 10-14 лет: проблемы сбора и анализа данных

На сегодняшний день большинство крупномасштабных обследований среди молодежи и большинство программ (от обследования жизненных навыков до оказания медико-санитарных услуг и мероприятий по обеспечению средств к существованию) ориентированы на молодежь в возрасте от 15 лет и старше. Однако в частых случаях многие 15-летние подростки уже достигли половой зрелости и начинают вести половую жизнь, а во многих местах большая доля 15-летних девушек уже выходит замуж.

Таким образом, налицо явная необходимость в сборе данных о подростках в возрасте 10-14 лет и нацеливании на них соответствующих мероприятий. Вместе с тем, вокруг сбора данных среди этой группы населения возникает целый ряд методологических и этических вопросов. Некоторые обследования школ (см. приложение «Методология») охватывают подростков в возрасте моложе 15 лет и позволяют извлечь из данных, собираемых среди этой группы населения, очень ценные уроки. И все же на сегодняшний день мы располагаем, в общем и целом, очень незначительной информацией о наиболее эффективных практических методах сбора данных среди этой возрастной группы, особенно с помощью обследований домашних хозяйств, что со всей очевидностью свидетельствует о том, что эта проблема заслуживает дальнейшего изучения. Основные направления анализа излагаются ниже.

В настоящем руководстве рекомендуется изучать возможность сбора данных среди подростков в возрасте 10-14 лет во всех условиях. В некоторых случаях вопросы о половой жизни представителям этой возрастной группы можно задавать, в других – нет. В тех условиях, где такие вопросы задавать нельзя, в руководстве рекомендуется сосредотачивать внимание (в случае этой возрастной группы) на показателях, содержащихся в главе «Показатели детерминант», которая посвящена соответствующим знаниям профилактики ВИЧ, тому, как молодежь воспринимает половую активность своих сверстников, и описанию условий, в которых молодежь принимает решения, связанные с половой жизнью.

3.1. Сбор биологических данных

В общем и целом, эта группа остается за пределами системы оценок распространенности ВИЧ. Данные о распространенности определяются по результатам тестирования беременных женщин в дородовых женских консультациях. Молодые девушки в возрасте 10-14 лет составляют, судя по всему, очень незначительную долю этой группы клиентуры в любых условиях, даже там, где ранняя половая жизнь в этом раннем возрасте не является чем-то необычным. В любом случае сбор данных в дородовых женских консультациях следует производить в разбивке по конкретным возрастным категориям (по конкретному возрасту), что позволяет проводить анализ для различных возрастных групп. В обследования генеральной совокупности эта группа также не включается,

поскольку сбор биологических образцов у этой группы считается этически некорректным и предполагает необходимость согласия родителей. В общем и целом, оценки распространенности ВИЧ будут, судя по всему, и впредь строиться на основе моделирования распространенности этой болезни среди других возрастных групп.

3.2. Уместность опроса в ходе обследования

Во многих условиях родители и другие взрослые могут противиться задавать вопросы подросткам в возрасте 10-14 лет по поводу их сексуального поведения. В тех условиях, где такие вопросы о поведении можно задать подросткам младшего возраста, формулировки этих вопросов должны быть тщательно обдуманы, с тем чтобы добиться их полного понимания и учесть деликатный характер культурного фактора.

Иногда можно использовать опосредованные вопросы, касающиеся поведения. Например, юным подросткам можно задать вопрос о том, были ли, по их мнению, у их сверстников половые контакты (или потребляли ли они наркотики и т.п.), поскольку предполагается, что, отвечая на этот вопрос, респондент имеет в виду группу, похожую на его. Вместе с тем, считать, что эти типы вопросов заменяют самоочевидные вопросы, нельзя. Например, некоторые исследования показывают, что подростки зачастую верят, что поведение их друзей гораздо рискованнее, чем оно есть на самом деле (14,15,16).

Вопросы о восприятии некоторых действий также используются в качестве косвенного средства, позволяющего предсказать, занимаются ли этим подростки младшего возраста (т.е. считает ли респондент приемлемым или нет вступать в половые связи). Было обнаружено, что отношение к половым связям в значительной мере зависит от фактической половой активности. Вместе с тем, начало половой жизни может быть вызвано обстоятельствами, не связанными с отношением к этому вопросу того или иного юноши или девушки (например, насильственный половой акт), поэтому эта мера не может заменить прямые вопросы о поведении.

В некоторых обследованиях, когда вопросы о половом поведении задавать нельзя, вместо них предпочтение отдается соответствующему дополнительному модулю, (например, «Факультативный основной модуль для стран, в которых нельзя задавать вопросы о половом поведении», используемый Всемирной организацией здравоохранения в глобальном медико-санитарном обследовании учащихся школ). Однако в некоторых условиях для этой возрастной группы могут считаться неприемлемыми даже вопросы об отношении к половой жизни, противозачаточным средствам и услугам в области репродуктивного здоровья и о том, знают ли они, что это такое.

3.3. Согласие и разрешение родителей

Во многих странах получение надлежащего согласия со стороны молодых людей и/или их опекунов предусмотрено законодательством по защите несовершеннолетних; очень часто оно также требуется на основании этических принципов, которыми руководствуются органы дознания. Процесс получения согласия зависит от целого ряда факторов: развития этих молодых людей, участвующих в данном мероприятии, условий, в которых проводится их опрос, и восприятия уместности опроса молодежи по данной проблематике с точки зрения общества.

a) **Развитие.** В жизни эмоциональное и умственное развитие в этой возрастной группе неоднородно: оно зависит от возраста и от того, мальчик это или девочка. Однако несмотря на уровень развития, респондента обычно просят дать письменное или устное согласие. Наиболее часто требуется также согласие родителей.

b) **Условия.** Место, где чаще всего производится опрос молодых людей, – это их собственный дом и школа. И в том, и в другом случае обычно требуется разрешение или согласие родителей на проведение опроса. В обоих случаях может возникнуть систематическая ошибка в силу того, что одни родители разрешают провести опрос своего ребенка, а другие – нет. Само место также может повлиять на итоги опроса в зависимости от того, испытывает ли молодой респондент чувство удобства и доверия. В тех случаях, когда опрос производится в других местах, например, на улице или на рабочем месте, согласие родителей зачастую не требуется.

c) **Социальное восприятие.** Получить согласие родителей может оказаться более или менее трудным в зависимости от тематики вопросника и от господствующих норм и восприятия соответствующей тематики данной возрастной группой. Доля родителей, которые дают свое согласие на обследование, посвященное, например, половым вопросам, вероятнее всего, окажется ниже доли родителей, которые дают согласие на проведение обследования по более широкому спектру итогов реализации программ, имеющих отношение к здоровью и развитию.

При выборе наиболее подходящей методологии сбора данных среди подростков в возрасте 10-14 лет приходится решать много вопросов, на которые ответов нет. Эти вопросы следует признавать и констатировать, но они не должны парализовать работу по сбору данных среди этой группы, которые, несомненно, нужны для более широкого охвата этой категории молодежи.

Глава 3

Программные Показатели

Программные показатели предназначены для мониторинга ключевых мероприятий по профилактике ВИЧ на национальном уровне. Они описывают, главным образом, затраты, процесс и результаты и могут быть использованы для отслеживания прогресса в деле реализации программ с течением времени.

Настоящая глава начинается с описания двух показателей, позволяющих количественно определить меры, которые правительство принимает в целом по профилактике ВИЧ/СПИДа среди молодежи путем проведения политики, ориентированной конкретно на них, и за счет выделения национальных средств на реализацию предусмотренных для них программ.

Исходя из предпосылки о том, что минимальные компоненты любой национальной программы по профилактике ВИЧ/СПИДа должны включать предоставление соответствующей информации и формирование навыков на уровне школы, доступ к презервативам и доступ к ключевым медико-санитарным услугам, предусмотренным для тестирования на ВИЧ, диагностику и лечение ИПП и планирование семьи/использование методов контрацепции, были выбраны пять показателей, имеющих отношение к конкретным категориям мероприятий. Они считаются ключевыми показателями независимо от типа эпидемии и условий. Дополнительный показатель позволяет конкретно измерить охват молодежи программами для ПИН. Это – ключевой показатель для условий и эпидемий, в случае которых основным путем передачи инфекции ВИЧ является внутривенная инъекция наркотиков. Эти пять показателей описывают главным образом не столько качество программы, сколько ее охват, поскольку оценку качества необходимо строить на конкретных характеристиках того или иного мероприятия, которое может быть разным для разных условий.

Поскольку молодежь, как признается, следует привлекать к разработке, осуществлению и оценке национальных программ профилактики ВИЧ/СПИДа, которые ориентированы на нее, выбран еще один показатель, который позволяет измерить участие молодежи в этих мероприятиях .

Эти восемь показателей включают все программные показатели, конкретно относящиеся к молодежи, которые включены в предыдущее руководство, и строятся на этих показателях (3, 17).

Показатель	Средства измерения	Приоритет Генерализованная эпидемия	Приоритет Концентрированная/ умеренная эпидемия
Программные показатели			
1. Национальный индекс в сфере политики, касающейся молодежи и ВИЧ/СПИД	• Вопросник по оценке положения в стране	C	C
2. Национальные средства, израсходованные правительством на профилактику ВИЧ/СПИДа среди молодежи	• Обследование финансовых потоков ЮНЭЙДС/ЮНФПА/НИДИ	A	A
3. Обучение по вопросам ВИЧ/СПИДа на основе жизненных навыков в школе	• Обследование школ	C	C
4. Институциональное закрепление системы медико-санитарных услуг, доброжелательных по отношению к молодежи	• Обследование медико-санитарных пунктов, репрезентативное на национальном уровне	C	C

5. Использование конкретных медико-санитарных услуг молодежью	• Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне • Служебная статистика, полученная на основе обследования медико-санитарных служб	C	C
6. Доступность презервативов для молодежи	• Обследование с помощью протокола сбора данных о наличии и качестве презервативов Оценочного проекта МОАИР/ВОЗ/ПСИ (4)	C	C
7. Охват пользователей инъекционных наркотиков из числа молодежи услугами по профилактике ВИЧ/СПИДа	• Методы оценки распространенности • Служебная статистика, полученная по линии проектов, программ и лечебных учреждений	A	C
8. Участие молодежи в программах профилактики ВИЧ	• Вопросник об оценке положения в стране	A	A

A = дополнительный показатель.
C = основной показатель.

1. Национальный индекс в сфере политики, касающейся молодежи и ВИЧ/СПИД *Приоритет: основной*	
Определение	Прогресс в разработке политики и стратегий по СПИДу на национальном уровне в следующих шести ключевых областях: 1. выявление потребности в профилактике ВИЧ среди молодежи в качестве одного из приоритетов национального стратегического плана по СПИДу; 2. применение многосекторального подхода к профилактике ВИЧ среди молодежи; 3. наличие политики или стратегии по расширению информации, образования и коммуникации (ИОК) по вопросам ВИЧ для молодежи; 4. существование политики по содействию обучению на основе жизненных навыков в школе; 5. существование политики по созданию системы медико-санитарных услуг, доброжелательных по отношению к молодежи; 6. существование политики по содействию доступа молодежи к презервативам.
Целевая группа	Ключевая группа источников информации, знающих о национальной политике.
Числитель	нет
Знаменатель	нет
Средства измерения	Позиции, которые входят в состав этого показателя, должны включаться в вопросник по оценке положения в стране, включенный в добавление 3 к документу ЮНЭЙДС «Мониторинг выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом: руководящие принципы разработки ключевых показателей» (17).
Объект измерения	Этот показатель является мерой прогресса в деле разработки политики и стратегий по ВИЧ/СПИДу на национальном уровне в шести ключевых областях, относящихся к молодежи. Он дополняет национальный комбинированный индекс в сфере политики, содержащийся в документе «Мониторинг выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом: руководящие принципы разработки ключевых показателей» (17).
Способ измерения	Вопросы, относящиеся конкретно к молодежи, следует включать в вопросник по оценке положения в стране (добавление 3 к документу ССГАООН: Руководящие принципы разработки ключевых показателей) в разделы «стратегический план» и «профилактика». Опрос на основании этого вопросника проводится с ключевыми источниками информации из выбранной совокупности учреждений, с тем чтобы получить мнения о центральных направлениях поддержки и планирования. Каждой позиции придается соответствующий балл (да = 1, нет = 0). Эти позиции можно включить в национальный комбинированный индекс в сфере политики (из руководящих принципов ЮНЭЙДС), а также проанализировать отдельно в качестве обособленного показателя политики, конкретно ориентированной на молодежь. Эти позиции указаны ниже. 1. Раздел, посвященный национальному стратегическому плану: 1.1. Страна определила необходимость профилактики ВИЧ среди молодежи и ее осведомленности в этом вопросе в качестве одного из приоритетов в национальном стратегическом плане по ВИЧ/СПИДу. 1.2. Страна применяет многосекторальный подход к профилактике ВИЧ среди молодежи (с участием, как минимум, сектора здравоохранения и сектора образования). 2. Раздел, посвященный политике в области профилактики: 2.1. В стране есть политика и стратегия, конкретно ориентированные на молодежь в деле расширения информации, образования и коммуникации по вопросам ВИЧ/СПИДа (ИОК). 2.2. В стране есть политика, которая содействует обучению по вопросам ВИЧ/СПИДа на основе жизненных навыков в школе. 2.3. В стране есть политика по созданию системы медико-санитарных услуг, доброжелательных по отношению к молодежи. 2.4. В стране есть политика, содействующая доступу молодежи к презервативам. Этот показатель представляет собой сумму баллов, рассчитанных по результатам этой оценки.

Сильные и слабые стороны	Этот показатель позволяет легко провести оценку и имеет целью дополнить национальный комбинированный индекс в сфере политики. Вместе с тем, в силу простоты его количественного определения он не дает никакой информации о качестве и эффективности национальной политики и стратегий. Он ограничивается лишь тем, что указывает на их наличие. К тому же, в силу того, что он рассчитывается на основе мнений источников информации, конечные итоги реализации программ полностью зависят от выбора источников информации, которые, как можно ожидать, будут меняться из года в год. Это затрудняет работу по выявлению истинных различий между странами и изменений в течение коротких периодов времени, поскольку любое изменение в составе респондентов может привести к изменению оценки. Высказывается также определенное сомнение по поводу ценности единой составной оценки в баллах, поскольку в этом случае улучшения в одной области могут скрывать ухудшения в других. Для целей планирования и мониторинга было бы, вероятно, полезнее представлять составные позиции этого показателя отдельно. Это – качественная оценка, в которой данные собираются на уровне ограниченного числа источников информации. Респонденты, используемые для проведения оценки политики, обычно не репрезентативны, однако они тщательно выбираются по причине их знаний и мнения. Таким образом, оценка политики может быть несколько искажена в силу систематической ошибки, обусловленной субъективностью респондентов. В большинстве стран выбранным респондентом является руководитель национальной программы по СПИДу. Однако для того, чтобы получить более полное представление, может быть произведен опрос не одного, а нескольких респондентов, причем в этой связи могут приниматься меры по сохранению тех же респондентов на протяжении нескольких лет, с тем чтобы исключить дифференцированную систематическую ошибку, обусловленную фактором припоминания. Ссылки на другие показатели Источник (3). Ссылка на показатель политики № 1: Индекс эффективности программ по СПИДу (ИПС). Источник (17). Ссылка на показатель приверженности и действий на национальном уровне №. 2: Национальный комбинированный индекс в сфере политики.

2. Национальные средства, израсходованные правительством на профилактику ВИЧ/СПИДа среди молодежи Приоритет: дополнительный	
Определение	Объем национальных средств, израсходованных правительствами на профилактику ВИЧ/СПИДа среди молодежи
Целевая группа	Ключевые источники информации, которым известно о расходовании средств на борьбу с ВИЧ/СПИДом по линии правительства, или обзор государственных расходов
Числитель	нет
Знаменатель	нет
Средства измерения	Обзор потоков финансовых ресурсов ЮНЭЙДС/ЮНФПА/НИДИ. (Этот обзор в настоящее время не включает дезагрегированные финансовые данные, указывающие на расходы по программам для молодежи. Однако в связи со сбором данных для расчета этого показателя такое дезагрегирование предлагается проводить в качестве дополнительной задачи по измерению расходов.)
Объект измерения	Данный показатель дополняет ключевой показатель № 2, включенный в Руководящие принципы разработки ключевых показателей ЮНЭЙДС (17). Этот показатель ЮНЭЙДС позволяет измерить расходы на профилактику ВИЧ и состоит из показателей измерения расходов в следующих четырех областях: деятельность по борьбе с ИПП, профилактика ВИЧ, клинический уход и лечение ВИЧ/СПИДа и смягчение воздействия ВИЧ/СПИДа. Однако данный показатель описывает только экономические обязательства по укреплению мер профилактики ВИЧ/СПИДа среди молодых людей, включая обучение на основе жизненных навыков в школах, компании в области ИОК, ориентированные на молодежь, и программы по обеспечению презервативами.
Способ измерения	Для измерения этого показателя проводится обследование государственных расходов в стране на программы профилактики ВИЧ/СПИДа и, на их основе, – расходов на программы, ориентированные прежде всего на молодежь. Оценочные данные должны исключать расходы на любые многосторонние, двусторонние и международные программы, финансируемые правительствами стран-доноров. Все местные программы НПО следует также исключить, кроме программ или их компонентов, которые финансируются национальным правительством.
Сильные и слабые стороны	В некоторых условиях может оказаться трудным получить данные даже об общих государственных расходах на реализацию программ по ВИЧ/СПИДу. В тех же случаях, когда есть общие цифры, может оказаться трудным вычленить из них расходы на конкретные программы, такие как программы профилактики, нацеленные на молодежь. Тем не менее, и в этом случае важно попытаться определить финансовые обязательства правительства на осуществление программ по ВИЧ/СПИДу для молодежи. Основным недостатком этого показателя является то, что он не позволяет определить финансовые обязательства в отношении всех программ для молодежи в этой области. Например, он не охватывает ассигнования на создание системы медико-санитарных услуг, благожелательных по отношению к молодежи, поскольку они, как правило, не входят в определение профилактических мероприятий. Кроме того, его нельзя использовать в качестве единицы измерения наличия ресурсов – он указывает лишь на политическую приверженность делу профилактики ВИЧ среди молодежи. Все правительства отражают свои политические приоритеты в ассигнованиях своих внутренних средств. В этой связи изменения в характере ассигнований на профилактику ВИЧ среди молодежи является хорошим показателем той важности, которую правительства придают борьбе с этой эпидемией. Ссылки на другие показатели: Источник (3). Ссылка на показатель политики № 2: Затраты на профилактику ВИЧ. Источник (17). Ссылка на показатель приверженности и действий на национальном уровне № 1: Объем национальных средств, израсходованных правительствами на ВИЧ/СПИД.

3. Обучение по вопросам ВИЧ/СПИДа на основе жизненных навыков в школе *Приоритет: основной* *(показатель ССГАООН)*	
Определение	Доля школ, в которых есть хотя бы один квалифицированный учитель, изучавший методику интерактивного обучения по вопросам ВИЧ/СПИДа на основе жизненных навыков и преподававший этот предмет в течение последнего учебного года.
Целевая группа	Начальные и средние школы.
Числитель	Число школ, в которых есть хотя бы один квалифицированный учитель, изучавший методику интерактивного обучения по вопросам ВИЧ/СПИДа на основе жизненных навыков и регулярно преподающий этот предмет.
Знаменатель	Число школ, включенных в обследование.
Средства измерения	Обследование школ или опрос руководителя или директора школы.
Объект измерения	Этот показатель позволяет измерить прогресс в деле внедрения системы обучения по вопросам ВИЧ/СПИДа на основе жизненных навыков в школе. Он отражает школьный охват, позволяя оценить долю школ, которые ведут такие программы. Он не является единицей измерения качества таких программ. Для того чтобы придать этому показателю максимальную значимость, его необходимо использовать в комбинации с количественным показателем качества.
Способ измерения	Руководители/директора школ, включенных в выборку, репрезентативную на национальном уровне (включая как частные, так и государственные школы, а также начальные и средние школы), кратко информируются о смысле обучения по вопросам ВИЧ/СПИДа на основе жизненных навыков, после чего их просят ответить на следующие вопросы. 1. Есть ли в вашей школе хотя бы один квалифицированный учитель, изучавший методику интерактивного обучения по вопросам ВИЧ/СПИДа на основе жизненных навыков за последние пять лет? • «Квалифицированный учитель» – это учитель, который посещал и успешно закончил курс подготовки с ориентацией на навыки, требуемые для проведения интерактивного обучения, в целях углубления знаний и формирования позитивного отношения и умения (т.е. межличностного общения, умения договариваться, принятия решений и важнейших навыков мышления и подходов, позволяющих справиться с трудной ситуацией), которые помогают молодым людям вести безопасный образ жизни. 2. Если ответ на вопрос 1 утвердителен («да»): Проводил ли этот учитель регулярные занятия по вопросам ВИЧ/СПИДа на основе жизненных навыков во всех классах вашей школы в ходе последнего учебного года? • «В ходе» означает не менее 5-15 часов планового обучения на основе жизненных навыков в год в каждом классе. • Критерий «регулярно» рассчитан на основе исследований, показывающих, что высококачественные программы могут дать хорошие результаты после 5-15 часов планового обучения на основе жизненных навыков в год в каждом классе. • Период времени «последний учебный год» зависит от продолжительности учебы в данной стране (обычно 9-10 месяцев в течение календарного года – время, позволяющее учащимся пройти одну учебную ступень или закончить класс). Если выборка производится таким образом, чтобы она была репрезентативной для различных групп, то результаты необходимо дезагрегировать по типам школ (т.е. по начальным и средним, для мальчиков и девочек, по крупным и небольшим, по городским и сельским и по частным и государственным). Если в школе действует программа начального и среднего образования, то информацию следует собирать и указывать отдельно по каждому уровню. Кроме того, необходимо указывать коэффициент посещаемости начальной и средней школы за самый последний учебный год, за который имеются такие данные. Выборка школ должна быть такой, чтобы собранные с ее помощью данные были репрезентативными на национальном уровне. Для этого нужен полный перечень школ, как частных, так и государственных, включая школы со специальным учебным планом или программой (например, профессиональные школы и школы-интернаты).

	Для того чтобы результаты были обоснованными как для каждой подгруппы школ, так и на национальном уровне, выборку необходимо производить в каждой группе, представляющей интерес для данного обследования. Если конкретная подгруппа включает менее 20 школ, то отбор методом произвольной выборки ничего не дает. В этом случае репрезентативную выборку можно произвести с учетом таких факторов, как размеры, местоположение и социально-экономический уровень контингента учащихся. Производить выборку внутри самих школ нет нужды, так как информацию для расчета данного показателя берут у руководителя или аналогичного лица. Если позволяют ресурсы, то можно задать следующие вопросы (в том случае, если ответ на вопрос № 1 был «да»). 1. Сколько учителей в вашей школе прошли подготовку по методике интерактивного обучения по вопросам ВИЧ/СПИДа на основе жизненных навыков за последние пять лет? 2. Сколько из этих учителей вели в вашей школе программу интерактивного обучения по вопросам ВИЧ/СПИДа на основе жизненных навыков в ходе последнего учебного года? 3. Сколько групп и учащихся в каждом классе прошли в вашей школе курс обучения по вопросам ВИЧ/СПИДа на основе жизненных навыков в прошлом году? 4. Какова была продолжительность в часах программы или курса в каждом классе? Руководство по качественным аспектам обучения по вопросам ВИЧ/СПИДа на основе жизненных навыков см. следующий веб-сайт: http://www.unicef.org/lifeskills/
Сильные и слабые стороны	Информацию по этому общему количественному показателю охвата учащихся программой обучения по вопросам ВИЧ/СПИДа на основе жизненных навыков собирать достаточно просто, хотя для этого необходимо иметь соответствующую национальную методику выборки по всем школам. В выборку следует включать программы профессиональных и рабочих школ. Программу обучения на основе жизненных навыков необходимо начинать вести в начальных школах и продолжать в средних с соответствующей адаптацией содержания и методов с учетом возраста и опыта учащихся. Этот показатель позволяет увидеть, ведется ли обучение на основе жизненных навыков в каждом классе школы, однако он ничего не говорит о качестве содержания, подхода или используемых материалов. При сопоставлении между странами или даже между регионами той или иной страны необходимо учитывать различие в коэффициентах посещаемости и охвата школьным обучением. Это показатель отражает наличие курса обучения по вопросам ВИЧ/СПИДа на основе жизненных навыков в школах и, более конкретно, по учебным программам, которые ведутся учителями. Программы, которые ведутся внешними учреждениями или координаторами, следует исключить. Этот показатель может не отражать всю работу по проведению обучения по вопросам ВИЧ в школах, поскольку учащиеся могут получать некоторую информацию из внешкольных источников (просветительских брошюр, плакатов, специальных подборок). Вместе с тем, такие источники могут давать информацию на разовой основе, в то время как данный показатель специально подчеркивает факт систематического включения курса обучения по вопросам ВИЧ в учебную программу. Ссылки на другие показатели: Источник (17). Тот же, что и национальный программный и поведенческий показатель № 1: доля школ, в которых есть квалифицированные учителя, изучавшие методику интерактивного обучения по вопросам ВИЧ/СПИДа на основе жизненных навыков и преподававшие этот предмет в течение последнего учебного года.

4. Институциональное закрепление системы медико-санитарных услуг, доброжелательных по отношению к молодежи *Приоритет: основной*	
Определение	Расчетное число медико-санитарных учреждений с системой медико-санитарных услуг, доброжелательных по отношению к молодежи.
Целевая группа	Отдельные медико-санитарные учреждения.
Числитель	Число медико-санитарных учреждений с конкретной программой лечения клиентов из числа молодежи и хотя бы с одним специалистом-медиком, изучавшим методику оказания услуг, доброжелательных по отношению к молодежи.
Знаменатель	Число медико-санитарных учреждений, включенных в обследование.
Средства измерения	Обследование медико-санитарных учреждений, репрезентативное на национальном уровне.
Объект измерения	Этот показатель позволяет измерить две ключевые характеристики институционального закрепления системы медико-санитарных услуг, доброжелательных по отношению к молодежи: наличие на уровне учреждений соответствующей политики и руководящих принципов лечения пациентов из числа молодежи и подготовка специалистов, обеспечивающих медицинское обслуживание, по применению концепций и методов, доброжелательных по отношению к молодежи. Наличие как доброжелательной в этом плане политики, так и специалистов, обеспечивающих медицинское обслуживание, является ключевым элементом рекомендованных ВОЗ характеристик системы услуг, доброжелательных по отношению к молодежи (18). В данном случае речь идет о показателе работы учреждения; это означает, что он не позволяет оценивать политику на национальном уровне. Он представляет собой своего рода оценку работы, направленной на институциональное закрепление системы медико-санитарных услуг, доброжелательных по отношению к молодежи, но не дает возможности количественно определить масштабы услуг, оказываемых в медико-санитарных учреждениях, или качество этих услуг. В связи со средствами, которые предназначены для совершенствования работы системы медико-санитарных услуг на уровне учреждений, можно отметить, например, руководства, которые были подготовлены NAFCI (19) и FOCUS (20).
Способ измерения	Для расчета этого показателя предпочтительно использовать выборку медико-санитарных пунктов, репрезентативных на национальном уровне. В зависимости от условий эта выборка может включать медико-санитарные учреждения первичного, вторичного и третичного уровня. Она должна быть ограничена учреждениями, оказывающими одну или несколько из трех важнейших услуг по профилактике ВИЧ/СПИДа: диагностика и лечение ИПП, услуги по методам контрацепции/ планированию семьи и тестирование на ВИЧ. По возможности, в выборку следует включить как государственные, так и частные учреждения. Кроме того, в тех случаях, когда основным фактором распространения эпидемии является внутривенная инъекция наркотиков, в выборку можно включить программы профилактики и лечения токсикомании. Если это сделано, то тогда структура персонала может быть иной, например, сотрудники не обязательно должны быть врачами или медсестрами, а специалистами иного профиля. В этой связи приведенные ниже вопросы следует формулировать соответствующим образом. Директоров/руководителей медико-санитарных пунктов, включенных в выборку, репрезентативную на национальном уровне, просят ответить на следующие вопросы. 1. Есть ли в вашем учреждении письменный документ для медико-санитарных работников с изложением политики и/или руководящих принципов, конкретно посвященных обращению с молодыми пациентами? • «Молодые пациенты» – лица в возрасте 10-24 лет; соответствующая политика учреждений может предусматривать включение всей возрастной категории или только какой-либо одной подкатегории, например, до 19 лет. • Опыт показывает, что в этом случае важно попросить показать этот письменный документ с изложением руководящих принципов, а не только спросить, есть ли он. 2. Есть ли в вашем учреждении хотя бы один квалифицированный специалист-медик (врач, медсестра, консультант и т. п.), который изучал методику оказания услуг, доброжелательных по отношению к молодежи, в течение последних пяти лет?

Сильные и слабые стороны	Методика сбора данных для расчета этого показателя институционального закрепления системы услуг, доброжелательных по отношению к молодежи, проста. Однако для того чтобы придать ей репрезентативный характер, необходимо иметь соответствующую национальную методику выборки по всем медико-санитарным пунктам. Этот показатель полезен в том плане, что он позволяет руководителям национальных программ отслеживать долю медико-санитарных учреждений, которые принимают меры по внедрению системы услуг, доброжелательных по отношению к молодежи. Отслеживание изменений этого количественного показателя за определенный период времени может дать полезную картину тенденции в работе по реализации такой системы услуг. Вместе с тем следует иметь ввиду, что то или иное медико-санитарное учреждение можно отнести к категории всецело доброжелательных по отношению к молодежи только в том случае, если у них есть целый ряд определенных характеристик и функций, включая удобные часы работы, уважительное обращение с молодыми пациентами, доступность и эффективность услуг. Письменные руководящие принципы и квалифицированный медико-санитарный персонал – это лишь одно из самых существенных требований. Для того чтобы обеспечить максимальную пользу этого показателя, качество услуг отдельных медико-санитарных пунктов лучше всего тщательно оценивать по каждому медико-санитарному пункту на основе методов повышения качества или аналогичных методов. Для того чтобы обеспечить репрезентативность данных на национальном уровне, выборка медико-санитарных учреждений также должна быть репрезентативной на этом же уровне. В этой связи необходимо установить подлежащие учету критерии в отношении типов учреждений (например, медицинские учреждения первичного, вторичного и третичного уровня, государственные и частные). Очень важно проводить различие между учреждениями, ориентированными на молодежь, и теми, которые обслуживают население в целом, поскольку именно в первой группе скорее всего есть сотрудники, получившие навыки доброжелательного обслуживания молодежи. После того как критерии установлены, необходимо составить список всех медико-санитарных учреждений, удовлетворяющих этим критериям. Для того, чтобы обеспечить надлежащее дезагрегирование результатов по каждой подгруппе учреждений, а также их агрегирование на национальном уровне, выборку необходимо производить по каждой подгруппе. Если конкретная подгруппа включает менее 20 учреждений, то отбор методом произвольной выборки ничего не дает. В этом случае репрезентативную выборку можно произвести с учетом таких факторов, как количество пациентов, местоположение и социально-экономический уровень района обслуживания. Производить выборку внутри самих учреждений нет нужды, так как информацию для расчета данного показателя берут у директора, главврача или аналогичного лица.

5. Использование конкретных медико-санитарных услуг молодежью *Приоритет: основной*	
Определение	Использование конкретных медико-санитарных услуг молодежью можно измерить либо с помощью системы регистрации на уровне учреждения (измерение степени использования услуг), либо с помощью таких методов, используемых на уровне населения, как обследования (что позволяет оценить охват населения медико-санитарными услугами). 1) **На уровне учреждений:** число молодых людей, которые стремятся получить конкретные медико-санитарные услуги, и доля молодежи в общей численности пациентов, обслуживаемых данным учреждением. 2) **На уровне населения:** доля молодежи, получающей конкретные медико-санитарные услуги.
Целевая группа	1) **На уровне учреждений:** выборка медико-санитарных учреждений. 2) **На уровне населения:** лица в возрасте 10-24 лет.
Числитель	1) **На уровне учреждений:** число молодых людей, использующих конкретные медико-санитарные услуги в течение определенного периода. Медико-санитарные услуги, представляющие в данном случае конкретный интерес, включают услуги по тестированию на ВИЧ, диагностике и лечению ИПП и планированию семьи/ использованию методов контрацепции. 2) **На уровне населения:** число молодых людей, которые сообщают, что они получают какую-либо из конкретных медико-санитарных услуг (по тестированию на ВИЧ, диагностике и лечению ИПП и планированию семьи/ использованию методов контрацепции) в течение последних 12 месяцев.
Знаменатель	1) **На уровне учреждений:** пациенты, пользующиеся конкретными медико-санитарными услугами в течение определенного периода времени. 2) **На уровне населения:** молодые люди, участвующие в обследовании, которые сообщают, что они ведут активную половую жизнь (имеют постоянные половые контакты).
Средства измерения	1) **На уровне учреждений:** обследования на уровне учреждений; данные, которые собираются в обычном порядке в учреждениях. 2) **На уровне населения:** обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне.
Объект измерения	1) **На уровне учреждений** Этот показатель позволяет отслеживать число молодых людей, которые обращаются за получением медико-санитарных услуг, и долю всех пациентов из числа молодежи, пользующихся такими услугами. Он может быть использован для оценки изменений в поведении молодежи в том, что касается обращения за помощью. Хорошо известно, что молодежь не пользуется медико-санитарными услугами в той степени, в которой это соответствовало бы проблемам со здоровьем, которые испытывает эта группа населения. Поэтому одна из основных целей программы профилактики ВИЧ/СПИДа состоит в расширении масштабов использования медико-санитарных услуг молодежью, прежде всего, по диагностике и лечению ИПП, планированию семьи/ использованию методов контрацепции и тестированию на ВИЧ. Этот показатель отражает приблизительное число и долю всех пациентов из числа молодежи, по возможности, в разбивке по конкретной услуге. Как правило, увеличение числа и доли молодых пациентов считается положительным явлением. Однако это число и эту долю следует интерпретировать вместе, поскольку доля пациентов из числа молодежи может снизиться, если увеличится использование клиник взрослыми, хотя при этом может увеличиться и число молодых пациентов. Кроме того, для правильной интерпретации этих цифр требуется наличие некоторых оценок по населению в целом, поскольку для интерпретации увеличения или уменьшения масштабов использования услуг нужно знать масштабы имеющихся потребностей. Например, если известно, что 40% населения, обслуживаемого конкретной медико-санитарной службой, – это молодежь в возрасте 20 - 24 лет и что среди этой группы населения распространенность Chlamydia составляет 20%, то можно оценить максимальное число и долю молодых пациентов, которые, в идеальном случае, должны обратиться за помощью, с тем чтобы пройти тестирование на ИПП и соответствующий курс лечения. Иными словами, мы имеем верхний предел, по которому можно проверять, происходит ли увеличение или снижение доли пациентов из числа молодежи.

	2) **На уровне населения** Этот показатель позволяет оценивать долю молодых людей, ведущих активную половую жизнь, которые сообщают, что они обращаются за получением конкретных медико-санитарных услуг. Кроме того, при наличии данных о доле молодежи, нуждающейся в конкретных медико-санитарных услугах, которые получены в результате проведения эпидемиологических оценок или иных обследований, этот количественный критерий может служить оценкой охвата населения такими конкретными медико-санитарными услугами. Например, если известно, что в данном конкретном районе доля женщин в возрасте 15-19 лет, ведущих активную половую жизнь, составляет 50%, то это служит своего рода ориентиром, по которому можно определить число и долю женщин в возрасте 15-19 лет, которые сообщают, что они обращаются за получением медико-санитарных услуг в виде средств контрацепции. Если известны более подробные данные о сексуальном поведении, связанном с риском (например, если из 50%, которые ведут активную половую жизнь, 40% сообщают, что в предшествующем году у них было более одного партнера, и только 30% сообщают о частом использовании презервативов), то эти данные также можно использовать в качестве ориентиров, указывающих на долю девушек в возрасте 15-19 лет, которые в принципе нуждаются в услугах по тестированию на ВИЧ.
Способ измерения	1) **На уровне учреждений** Минимальные данные, требуемые для расчета этого показателя, получают методом дезагрегирования численности всех пациентов по возрасту и полу. Учет в первую очередь производится по учреждениями первичной медико-санитарной помощи. Однако в зависимости от условий можно также проконтролировать степень использования других учреждений. Данные можно собрать с помощью выборки медико-санитарных учреждений, репрезентативной на национальном уровне. Краткое изложение метода отбора медико-санитарных учреждений содержится в последнем пункте текста по показателю № 4 в настоящей главе. Данные можно взять из реестров, журналов регистрации и т. п., которые используются учреждениями для регистрации пациентов. Число пациентов из числа молодежи суммируется за определенный период времени. В учреждениях, которые специализируются на оказании медико-санитарной помощи молодежи, выбранный период может быть короче, например, месяц; однако в тех учреждениях, где молодежь составляет лишь небольшую долю от общей численности пациентов, этот период должен быть продолжительным, с тем чтобы он охватывал достаточное количество молодых пациентов. Долю пациентов за выбранный промежуток времени можно также рассчитать путем деления числа молодых пациентов на общее количество пациентов за данный период времени. Эти данные можно суммировать в различные моменты времени, с тем чтобы составить для себя представление о тенденциях использования этих услуг. Во всех случаях, когда это возможно, следует указывать вид оказанной услуги. Что касается программ профилактики ВИЧ, ориентированных на молодежь, то в этом случае следует указать, как минимум, следующие услуги: тестирование на ИПП и лечение, услуги по планированию семьи и тестирование на ВИЧ. В зависимости от условий (различный уровень эпидемии и наличие или отсутствие систем учрежденческого контроля), можно также указать услуги по ППМР и дородовые женские консультации, а также услуги по обмену шприцев. Однако в условиях с более ограниченными ресурсами, эти требования выполнить невозможно. В этих обстоятельствах целесообразно просто регистрировать пациентов из числа молодежи в разбивке по возрасту, признаку пола и услуге, за получением которой они обращаются. В условиях с более сложными системами контроля необходимо проводить различие между первыми приемами к врачу и последующими/повторными. Первые приемы позволяют определить увеличение числа обращений за помощью. Последующие/повторные приемы могут отражать факт продолжения лечения (например, первый прием на проведение теста на ВИЧ, а второй – на получение результатов) или повторное проявление проблемы со здоровьем (например, повторный прием в связи с неудачной попыткой поставить диагноз на ИПП или излечить от этой болезни). Следует также измерять и другие важные характеристики молодежи, пользующейся этими услугами (например, городские/сельские жители), поскольку это может дать полезную информацию о доле населения, не пользующейся этими услугами. 2) **На уровне населения** Данные собираются с помощью обследований генеральной совокупности, в ходе которого респондентов просят сказать, получают ли они какие-либо конкретные медицинские услуги. В более частых случаях такие вопросы задают только тем респондентам, которые сообщают, что они ведут активную половую жизнь (имеют постоянные половые контакты). Если вопрос о пользовании услугами задают всем молодым людям, то те, которые сообщают, что у них никогда не было половых контактов, из знаменателя исключаются.

	В вопросе о том, пользуется ли респондент услугами, необходимо указывать определенный период времени. Его можно установить на национальном уровне (здесь предлагается 12-месячный период). В случае программ профилактики ВИЧ среди молодежи необходимо указывать, как минимум, следующие услуги: тестирование на ИПП и лечение, услуги по планированию семьи и тестирование на ВИЧ. Вопрос ставится следующим образом: Получали ли вы какие-либо медико-санитарные услуги, перечисленные ниже, в течение последних 12 месяцев? • тестирование на ИПП и лечение; • планирование семьи/методы контрацепции; • тестирование на ВИЧ. Числитель представляет собой число респондентов, которые сообщают, что они воспользовались какой-либо указанной медико-санитарной услугой, а знаменатель – число всех респондентов. Как и в предыдущем случае, для получения информации о том, какая доля населения не пользуется услугами, исключительно важное значение имеет дезагрегирование данных о респондентах, по возможности, по признаку пола и возрастным группам. Для того чтобы по этим данным можно было оценить охват населения, нужны оценки потребности в услугах на уровне населения. Это могут быть социально-демографические оценки (например, доля подростков, ведущих активную половую жизнь, в разбивке по возрасту и признаку пола), эпидемиологические оценки (распространенности ИПП/ВИЧ, уровней беременности или рождаемости, использования презервативов и т. д.) или оценки воспринимаемой потребности в услугах, сделанные по результатам других исследований. Как показано в предыдущем разделе, если известно, что в данном конкретном районе доля женщин в возрасте 15-19 лет, ведущих активную половую жизнь, составляет 50%, то это служит своего рода ориентиром, по которому можно определить число и долю женщин в возрасте 15-19 лет, которые сообщают, что они обращаются за получением медико-санитарных услуг в виде средств контрацепции. Различие между этими двумя показателями может служить оценкой неудовлетворенной потребности в какой-либо конкретной услуге.
Сильные и слабые стороны	1) **На уровне учреждений** Преимуществом этого показателя является то, что для его расчета используются существующие механизмы сбора данных и системы учета на уровне служб. В условиях с достаточными ресурсами можно создать простую систему кодирования, позволяющую кодировать как вид полученной услуги, так и различие между первым приемом к врачу и повторными приемами. Однако если это невозможно, то ценную информацию можно получить путем простого подсчета численности молодых пациентов. Поскольку система сбора этих данных строится на системах мониторинга, их можно прекрасно собирать на постоянной основе в течение всего года. Динамику изменения данных следует отслеживать через определенные интервалы, например ежеквартально, а не в конкретные моменты времени, поскольку степень использования услуг зависит от сезонных факторов. В каждых конкретных условиях в процессе сбора и интерпретации данных следует учитывать важные социально-культурные факторы – как минимум, учебный год в школе и основные религиозные праздники. Следует иметь в виду, что увеличение числа молодых людей, которые обращаются за получением медицинских услуг, отнюдь не означает увеличение доли молодежи, у которой есть нужда в медицинской помощи или проблемы со здоровьем. Это увеличение может вполне объясняться иными факторами, например, кампанией в области ИОК, рекламирующей соответствующие услуги, или программой укрепления здоровья, которая позволяет большему числу молодых людей констатировать для себя потребность в тех или иных услугах, т.е. распознать у себя симптомы ИПП или увеличить спрос на средства контрацепции.

	Основной недостаток этого показателя состоит в том, что он зависит от наличия в учреждениях хорошо налаженной и точной системы регистрации и учета, в том числе регистрации данных в разбивке по возрасту или, как минимум, по возрастным категориям, что позволяет вычленить молодежь из взрослого населения. Во многих странах такой системы может не быть, а если и есть, то регистрация услуг в учреждениях может быть не унифицирована, т.е. в некоторых клиниках может быть хорошо отлаженная система обновления данных, в то время как в других такой системы может не быть. Даже в тех случаях, когда хорошо отлаженная больничная система регистрации и учета существует, способ, с помощью которого регистрируется информация, может ограничить возможности сбора данных для расчета этого показателя. Например, некоторые учреждения включают диагностику и лечение ИПП в позицию «амбулаторные услуги», однако не производят их более подробную разбивку по категориям или причинам. В этих обстоятельствах вряд ли можно будет собрать данные о количестве молодежи, прошедшей тестирование на ИПП и соответствующий курс лечения. Как следствие, до сбора данных, необходимых для расчета этого показателя, очень важно выяснить, каким образом ведется больничный учет и какой вид информации заносится в систему регистрации медицинских/служебных данных. Там, где большинство учреждений не ведет учет данных в разбивке по возрасту, собрать информацию этого вида будет невозможно. В таких ситуациях необходимо будет с самого начала изучить возможность совершенствования системы регистрации и учета в целях включения возрастных групп для молодежи. 2) **На уровне населения** Преимущество этого показателя состоит в том, что вопросы, позволяющие выяснить данные для его расчета, можно включить в обследование генеральной совокупности. Вопросы следует тщательно сформулировать, включив в них реальный временной параметр, поскольку в большинстве случаев подростки редко обращаются за получением этих услуг. Как и в случае оценок на уровне учреждения, увеличение сообщений о потребности в услугах отнюдь не означает увеличение количества проблем со здоровьем. Оно может объясняться программами в области ИОК или иными факторами, которые приводят к повышению осведомленности о проблемах со здоровьем и могут способствовать изменению поведения в сторону профилактики и лечения. К тому же, измерение степени использования услуг не дает никакой информации об их качестве. Для того чтобы лучше понять смысл наблюдаемых тенденций использования, эти данные следует дополнить путем измерения качества и эффективности медико-санитарных услуг.

6. Доступность презервативов для молодежи *Приоритет: основной*	
Определение	Доля точек розничной продажи и пунктов распространения, отобранных методом произвольной выборки, которые обычно доступны для молодежи и в которых были в наличии презервативы на момент проведения обследования.
Целевая группа	Лица в возрасте 15-24 лет.
Числитель	Число точек розничной продажи и пунктов распространения, которые обычно доступны для молодежи и в которых были в наличии презервативы на момент проведения обследования. Такие точки и места встреч, которые обычно доступны для молодежи, следует определять либо с помощью ключевых источников информации, либо на основании полученных в ходе обследования ответов на вопросы о том, в каких местах молодежь приобретает или предпочитает приобретать презервативы.
Знаменатель	Число точек розничной продажи и пунктов распространения, которые обычно доступны для молодежи.
Средства измерения	Обследование точек розничной продажи с помощью протокола сбора данных о наличии и качестве презервативов Оценочного проекта МОАИР/ВОЗ/ПСИ (4). Обследования сети розничной торговли, которые проводятся на регулярной основе, обычно ежеквартально, статистическими отделами или министерствами финансов и которые включают данные о ценах и наличии широкого ассортимента товаров.
Объект измерения	Фактическое распределение презервативов в выделенных точках, которые обычно доступны для молодежи, в любой момент времени. Оно указывает на эффективность программы в плане более широкого распространения презервативов в целях обеспечения их доступности в тех типовых местах, которым отдает предпочтение молодежь.
Способ измерения	На основе обследования сети розничной продажи отбираются типовые места методом произвольной выборки. Схему выборки необходимо стратифицировать с целью обеспечить географический и демографический охват (например, по городским/сельским районам). В этом случае лучше всего ограничить типовые места, в которых могут или должны предлагаться презервативы для молодежи, и сосредоточить внимание на определенной номенклатуре таких мест, которые должны обеспечивать их на постоянной основе, например, на молодежных центрах, медпунктах, школьных амбулаториях и аптеках. Как следствие, для определения этого показателя необходимо использовать главным образом приоритетные места и, при наличии средств, включить дополнительные. Эти дополнительные места могут быть самыми различными: автобусные остановки, автостоянки, парикмахерские, салоны красоты, ночные клубы, бары, магазины, закусочные, киоски, аптеки, рынки и заправочные станции. Однако составить полный перечень всевозможных мест, где молодежь приобретает презервативы, может оказаться затруднительным. По этой причине необходимо разработать критерии, которым должны удовлетворять такие типовые места, подлежащие включению в перечень, сосредоточив внимание на тех из них, которые, в зависимости от конкретных национальных условий, должны на постоянной основе обеспечивать доступность презервативов для молодежи. Полученные данные следует дезагрегировать по типу презервативов (мужские/женские), географическому местоположению, например, регион, штат, округ, область или городской квартал, и типу торговой точки. Данные, дезагрегированные по типу торговой точки, обеспечивают бесценную информацию для руководителей программ и лиц, стремящихся улучшить систему сбыта презервативов.
Сильные и слабые стороны	Обследования сети розничной торговли уже проводятся на регулярной основе статистическими отделами или министерствами финансов и включают данные о ценах и наличии широкого ассортимента товаров. Они, как правило, используют хорошо отработанную схему выборки, охватывающей широкое разнообразие мест на всей территории соответствующих стран. Если система таких обследований существует, то в позицию с перечнем товаров, по которым собираются данные, можно включить презервативы. Некоторые места, где молодежь обычно приобретает презервативы, обследованиями сети розничной продажи обычно не охватываются. В этом случае для сбора необходимых дополнительных данных можно провести специальные обследования по этим неохваченным местам. Этот показатель характеризует главным образом стационарные точки и места. Как следствие, в странах, где принимаются специальные меры по распространению презервативов через нестационарные точки выхода на молодежь, ценность этого показателя будет ограничена.

	Еще одним недостатком этой единицы измерения является то, что она указывает на наличие презервативов только в конкретный момент времени. В странах, где наличие презервативов варьируется в широких пределах, данные, собранные для расчета этого показателя, могут привести к неверным выводам относительно реального наличия презервативов. В таких странах информация, собранная в данный момент времени, может свидетельствовать о высоком уровне доступности презервативов, несмотря на то что в другие моменты времени этот уровень доступности может быть низким. К тому же, причиной низкого уровня в этих обстоятельствах будет не плохое распределение, а проблемы на центральном уровне. Этот недостаток можно частично устранить путем включения дополнительного элемента в числитель: число точек розничной продажи и пунктов распространения, которые обычно доступны для молодежи и в которых наблюдался дефицит презервативов в течение пяти дней подряд за предыдущие три месяца. Этот дополнительный элемент числителя может придать данному показателю характер долговременности, который в ином случае описывает ситуацию лишь на момент проведения обследования. Методика сбора данных для этого дополнительного элемента должна включать краткий опрос руководителя соответствующей торговой точки. Он может состоять просто в том, что руководителя просят вспомнить, были ли перебои с презервативами, или, для получения более строгой оценки, в просмотре журналов учета и регистрации товаров. Для того чтобы придать этой информации как можно более полезный характер, необходимо выяснить причины перебоев с целью принять меры по устранению любых имеющихся проблем. Как и в случае других показателей в этой главе, для расчета которых нужна выборка учреждений (школ – для показателя № 3 и медико-санитарных учреждений – для показателей № 4 и 5), для расчета данного показателя нужно определить те типы точек, которые должны будут рассматриваться как удовлетворяющие установленным критериям, поскольку получить полный список всех точек, где молодежь может приобрести презервативы, может оказаться очень трудным и дорогим мероприятием. После того как это будет сделано, необходимо составить полный список всех точек, удовлетворяющих установленным критериям, на основе которого можно получить репрезентативную выборку. Если данные необходимо дезагрегировать по типам торговых точек, то по каждому типу следует сделать отдельную выборку. Если в ту или иную подгруппу входит менее 20 точек, то выборку делать нет нужды – в этом случае отбор точек можно произвести с учетом поставленной цели. Наличие презервативов в момент проведения обследования может быть проверено лицом, которое его проводит. Однако для того чтобы рассчитать дополнительный элемент числителя, указывающий на перебои в поставках, необходимо проконсультироваться с ключевым источником информации, например, с руководителем каждой торговой точки, включенной в обследование, или просмотреть журналы учета и регистрации товаров. Это означает необходимость проведения дополнительного планирования и работы. Следует иметь в виду, что в ходе сбора данных на основе опросов может возникать систематическая ошибка, обусловленная фактором припоминания и субъективностью ответов со стороны источников информации. Ссылки на другие показатели: Этот показатель можно интерпретировать вместе с показателем № 2 в главе 4, отражающем осведомленность молодежи об официальных источниках продажи. Он также связан с показателем в принятом Руководстве ЮНЭЙДС по мониторингу и оценке национальных программ по ВИЧ/СПИДу (источник 3): «показатель наличия презервативов № 1 для распространения в масштабах страны».

7. Охват пользователей инъекционных наркотиков из числа молодежи услугами по профилактике ВИЧ/СПИДа *Приоритет: основной в случае концентрированной эпидемии и дополнительный в других случаях*	
Определение	Доля потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) из числа молодежи, охваченных услугами по профилактике ВИЧ/СПИДа
Целевая группа	Лица в возрасте 15-24 лет.
Числитель	Количество ПИН из числа молодежи, охваченной в прошлом месяце услугами по профилактике, плюс количество ПИН, проходящих курс наркологического лечения в виде долгосрочной немедикаментозной или заместительной терапии. Числитель должен представлять собой количество индивидуумов, а не количество контактов, включая повторные контакты, или количество распространенных игл и шприцев или презервативов.
Знаменатель	Расчетное количество ПИН из числа молодежи, которые регулярно потребляют инъекционные наркотики.
Средства измерения	Для расчета числителя: служебная статистика, которая собирается по линии проектов и программ помощи и лечебных учреждений; для расчета знаменателя: методы оценки распространенности, позволяющие определить количество ПИН из числа молодежи, которые регулярно потребляют инъекционные наркотики.
Объект измерения	Этот показатель представляет собой оценку доли ПИН из числа молодежи, которые были охвачены в прошлом месяце услугами по профилактике, плюс количество ПИН из числа молодых людей, проходящих курс наркологического лечения в виде долгосрочной немедикаментозной или заместительной терапии. Услуги по профилактике должны включать профилактику ВИЧ/СПИДа, передаваемого половым путем, т.е. распространение презервативов, в дополнение к использованию чистых игл или медикаментозному лечению, поскольку эпидемия перекидывается на население в целом в результате половых контактов. Всесторонняя программа должна включать как профилактику за счет обмена игл, так и профилактику передачи в результате половых контактов. Программы, ориентированные только на профилактику передачи в результате половых контактов, в расчет не принимаются. В интересах четкости и сопоставимости данных необходимо четко указывать как услуги, которые включены в обследование, так и услуги, которые не включены. Ассортимент услуг, которые могут позволить снизить риск ВИЧ среди ПИН, включает: • программы в области информации, образования и коммуникации (ИОК) по вопросам ВИЧ; • распространение презервативов; • консультирование по вопросам снижения риска; • консультирование и тестирование на ВИЧ; • программы дезинфекции; • программы по иглам и шприцам; • параллельные программы фармакотерапии; • лечение ВИЧ-инфицированных и уход за ними.
Способ измерения	Отбор соответствующей информации для расчета показателя представляет собой консультативный процесс с участием всех сторон, занимающихся вопросами профилактики ВИЧ/СПИДа среди ПИН. В этой связи вопрос сбора информации и плана работы по будущему сбору данных необходимо обсуждать в рамках соответствующей технической рабочей группы, специально сформированной по ВИЧ/СПИДу и использованию инъекционных наркотиков. Если такой рабочей группы нет, то ее следует создать. Эта рабочая группа должна определить количественные значения числителя и знаменателя. Может оказаться, что необходимая информация отсутствует, а та, которая есть, – ненадежна. В таких обстоятельствах рабочей группе следует разработать механизмы и нормы мониторинга и сбора данных на будущее.

[1] Для целей расчета числителя детоксификация в любой форме лечением не считается.

	Для того чтобы определить числитель, необходимо проанализировать данные по всем государственным и негосударственным программам и проектам лечения и оказания помощи в соответствующей стране. Для этого обычно необходимо составить перечень всех текущих государственных и негосударственных программ и проектов, по линии которых оказываются непосредственные услуги (либо информирование и консультирование, либо информирование, консультирование и распространение чистых игл/шприцев, либо наркологическая терапия, например, лечение с помощью метадона и программы на основе воздержания). После этого необходимо сравнить данные, полученные по линии этих программ. Если в той или иной стране перечня текущих программ и проектов нет, то в этом случае настоятельно рекомендуется оперативно создать соответствующую базу данных. Для расчета числителя этого показателя необходимо сгруппировать данные, полученные из всех служб. Однако в тех случаях, когда этот показатель указывается на национальном уровне, необходимо определить виды имеющихся услуг и виды услуг, включенных в числитель. Просить респондента произвести разбивку по возрасту может оказаться проблематичным, поскольку это означало бы подозревать его как бы в нелегальной деятельности. Поэтому в качестве основного показателя рекомендуется использовать общую возрастную категорию «до 25 лет», а в подходящих случаях предлагается дополнительный вариант разбивки по возрасту «до 18 лет». Для оценки фактической численности конкретной группы населения, уязвимой к инфекции ВИЧ, можно использовать целый ряд методов – в этом случае таким методом может быть определение численности потребителей инъекционных наркотиков в данной стране (6). Эти методы предназначены для приблизительного расчета размеров скрытых или труднодоступных групп населения.
Сильные и слабые стороны	Этот показатель представляет собой четкий программный критерий, отражающий наличие услуг по снижению вреда, ориентированных на ПИН из числа молодежи. Однако данные для расчета знаменателя могут характеризоваться значительным пределом погрешности, поскольку их получают из различных источников. Они могут содержать систематическую ошибку или быть экстраполированы на основе данных, полученных на субнациональном уровне. В случае различных источников данных, следует использовать самую надежную имеющуюся оценку. Для того чтобы избежать двойного счета и обеспечить защиту и сохранение конфиденциальности данных о личности выявленных ПИН, прежде всего по отношению к правоприменительным органам тех стран, где такое поведение может преследоваться по закону, необходимо отслеживать число ПИН, охваченных программами помощи. Например, в некоторых местах по закону нельзя распространять иглы лицам моложе 18 лет, в то время как многие службы помощи функционируют по принципу «никаких вопросов» и, как следствие, не собирают никаких данных о своих клиентах. Более вероятно, что данные о возрасте могут собираться по линии программ наркологического лечения. Ссылки на другие показатели: Этот показатель связан с показателем, содержащимся в Руководящих принципах ЮНЭЙДС по разработке ключевых показателей (17): «Процент ПИН, принявших для себя поведение, снижающее вероятность передачи ВИЧ».

8. Участие молодежи в программах профилактики ВИЧ/СПИДа *Приоритет: дополнительный*	
Определение	Прогресс в официальном привлечении молодежи к разработке цикла программ профилактики ВИЧ/СПИДа, ориентированных на нее.
Целевая группа	Руководители национальных программ по СПИДу
Числитель	нет
Знаменатель	нет
Средства измерения	Список основных вопросов, подлежащих включению в опрос руководителей национальных программ.
Объект измерения	Ключевой характеристикой успешных программ, ориентированных на молодежь, является привлечение ее к разработке таких программ. Участие молодежи в вопросах, которые ее затрагивают, – одно из прав, закрепленных в Конвенции о правах ребенка. Участие, как признается, может содействовать здоровому развитию и действовать в качестве катализатора в деле достижения других позитивных итогов в плане укрепления здоровья и развития подростков. Участие может также явиться фактором, способствующим увеличению значимости и более широкому признанию программ для подростков, что приводит к повышению их результативности и эффективности. Этот показатель отражает факт официального привлечения молодежи к разработке, реализации, руководству и/или оценке мероприятий по линии инициатив и программ профилактики ВИЧ/СПИДа, ориентированных на молодежь на национальном уровне, и факт создания официальных структур и процессов в этих целях. То, что следует рассматривать в качестве официальных структур и процессов, должно быть определено в каждом конкретном случае в зависимости от национального контекста. Они могут, например, включать молодежные консультативные советы, опросы общественного мнения и совместные консультации. В этой связи необходимо учитывать два критерия: 1) закреплено ли участие молодежи в официальном порядке (например, в виде консультативного совета и т. п.) и 2) работает ли на практике данная структура или процесс, нацеленный на расширение участия. Это, как правило, означает, что они должны были действовать на протяжении предыдущих 12 месяцев или, в соответствующих случаях, в течение программного цикла.
Способ измерения	Данные для определения этого показателя можно собирать одновременно с данными для расчета индекса в сфере политики (показатель № 1 в настоящей главе), который описывает следующие три ключевых вида программ/мероприятий, имеющих непосредственное отношение к профилактике ВИЧ/СПИДа среди молодежи. 1. кампании в области ИОК, ориентированные на профилактику ВИЧ/СПИДа и нацеленные на молодежь; 2. обеспечение обучения на основе жизненных навыков в школах; 3. обеспечение системы медико-санитарных услуг, доброжелательных по отношению к молодежи. В каждой из вышеуказанных областей программной деятельности необходимо провести оценку участия молодежи в работе на следующих ключевых этапах программного цикла: анализ и разработка, осуществление, руководство/надзор и мониторинг и оценка. Каждая оценка должна включать как качественный компонент, отражающий то, как молодежь участвует в этой работе, так и количественный компонент, отражающий то, насколько активно она участвует. Количественный компонент должен строиться на следующей системе баллов: 2 = всестороннее участие молодежи; 1 = частичное участие молодежи; 0 = участие молодежи отсутствует. Например, если молодежь принимала участие в совместной оценке потребностей до осуществления кампании в области ИОК, то по позиции 1 начисляется 2 балла. 1. Анализ: Были ли проанализированы на совместной основе потребности молодежи до разработки программы? (Проведение анализа потребностей на совместной основе будет включено в обследование в качестве утвердительного ответа; если же проведение обследования среди молодежи ограничилось лишь ее участием в качестве респондентов, то квалифицировать этот анализ в качестве совместного нельзя). 2. Разработка: Принимались ли во время разработки программы активные меры по учету мнения целевой группы в отношении наиболее подходящих методов/концепций оказания помощи по линии этой программы? Была ли привлечена молодежь к разработке таких методов/концепций?

	3. Осуществление: Является ли участие молодежи в осуществлении программы, например в качестве коллег-наставников, неотъемлемой частью стратегии оказания помощи? 4. Руководство/надзор: Включена ли молодежь в структуру руководства/надзора за осуществлением программы? (Это может быть отдельная структура, предусмотренная конкретно для молодежи, например молодежный совет, или она может быть включена в структуры, возглавляемые взрослыми. В последнем случае необходимо оценить роль молодежи по отношению к структурам руководства/ надзора, возглавляемым взрослыми.) 5. Мониторинг и оценка: Принимает ли молодежь участие в отслеживании прогресса в деле осуществления программы (мониторинг) или анализе ее последствий (оценка), например в качестве младших исследователей или в похожих ролях, но не в качестве простых респондентов в ходе обследований или других мероприятий по сбору данных? В случае каждого из трех ключевых видов программы, указанных выше, число баллов, начисляемых по каждой отдельной позиции, может суммироваться для получения общей суммы баллов: **Сумма баллов по каждой индивидуальной позиции** 5 (число всех позиций) Если респондентов несколько, то в числитель следует включить сумму баллов всех респондентов, а знаменатель следует умножить на общее число респондентов. Эти баллы дают общую оценку той степени активности, в которой молодежь участвует в ориентированных на нее программах, и могут быть даже использованы для сопоставления совместных усилий в рамках различных программ, поскольку большинство мероприятий, независимо от их тематики и способов реализации, проходят все стадии программного цикла, указанного выше. Однако ценность общей суммы баллов ограничена, поскольку наиболее значимой информацией является качественное описание степени участия молодежи в работе на каждом этапе программного цикла.
Сильные и слабые стороны	Сбор данных для расчета этого показателя прост, и если его оценивать вместе с показателем политики, то никакого дополнительного сбора данных не требуется. Поскольку в данном случае речь идет о показателе, характеризующем работу на национальном уровне, то он ограничен общими категориями и структурами участия. Для того чтобы должным образом описать совместные процессы, протекающие в рамках той или иной программы, измерения должны проводиться на уровне мероприятий и отражать как количественную, так и качественную сторону участия, т.е. долю молодежи, участвующей в работе на каждом этапе программного цикла, а также качество ее участия. Тем не менее, этот показатель является полезным количественным критерием, указывающим на то, принимаются ли меры по линии национальных программ, ориентированных на молодежь, по ее вовлечению в работу этих программ, и если принимаются, то в какой степени. Это мероприятие отражает аспект качества: информация собирается с помощью опросов ограниченного числа источников информации. В большинстве стран выбранным респондентом скорее всего будет руководитель национальной программы по СПИДу. Количественное выражение этого показателя в баллах зависит в какой-то мере от субъективной оценки уровня участия в соответствующей программе. Поэтому, для того чтобы получить более полное представление, к опросу желательно привлечь не одного респондента, а нескольких. Кроме того, необходимо принять меры по сохранению тех же респондентов на протяжении нескольких лет, с тем чтобы исключить дифференцированную систематическую ошибку, обусловленную фактором припоминания. Ссылки на другие показатели: Данные для расчета этого показателя можно собирать и интерпретировать вместе с показателем № 1 в настоящей главе, который отражает наличие политики и стратегий профилактики ВИЧ/СПИДа среди молодежи.

Глава 4

Показатели детерминант (Факторы риска и факторы защиты)

Обзор

Показатели, рассматриваемые в этой главе, дают информацию о детерминантах, которые лежат в основе поведения, непосредственно связанного с передачей ВИЧ среди молодежи. На поведение молодежи влияют различные факторы, которые, в свою очередь, отражают различия в отношениях, окружении, культуре и экономических условиях. Эти факторы носят название «детерминанты», так как они определяют индивидуальное поведение или воздействуют на него. Детерминанты могут быть позитивными или негативными и, в зависимости от их воздействия, зачастую определяются как факторы риска или факторы защиты.

Определение факторов риска и факторов защиты (21)

Факторы риска – это условия или переменные, связанные со снижением вероятности положительного исхода и повышением вероятности отрицательного или болезненного исхода.

Факторы защиты – обладают обратным воздействием: они повышают вероятность положительного исхода и снижают вероятность отрицательных последствий, вызванных воздействием опасности.

В контексте профилактики ВИЧ/СПИДа факторы риска повышают вероятность того, что подросток будет осуществлять рискованные действия или подвергнет себя опасности заражения ВИЧ. Факторы защиты снижают эту вероятность. Примером фактора риска в таком аспекте, как раннее начало половой жизни, является восприятие подростком того, что кто-то из его друзей уже ведет активную половую жизнь. Подросток, который воспринимает это, с большей вероятностью вступит в половую связь, нежели подросток, у которого это восприятие отсутствует. Примером фактора защиты может служить положительное отношение к контрацепции и способность отказаться от небезопасных половых связей.

Некоторые детерминанты, как например возраст, пол, убеждения и отношение, зависят от индивидуума. Другие зависят от окружения, семьи и влияния общества и более обширного социально-экономического контекста. В совокупности все это может содействовать созданию безопасных и благоприятных условий, которые лежат в основе здорового образа жизни и развития подростков (22).

Почему для руководителей программ важен сбор информации по детерминантам?

Регулярный сбор информации об условиях, в которых протекает жизнь молодежи, важен для руководителей программ в отношении:

- осуществления информационно-пропагандистской деятельности, с тем чтобы можно было привести неопровержимые доводы в поддержку мероприятий, которые позволили бы снизить уязвимость молодежи и повысить вероятность того, что она встанет на путь поведения, способствующего уменьшению передачи ВИЧ;

- планирования целенаправленных мероприятий, например, оказания услуг в области информации, формирования жизненных навыков, укрепления здоровья, с тем чтобы создать такую ситуацию, при которой наиболее уязвимые группы молодежи не оказались бы неохваченными основными мерами вмешательства;
- разработки и осуществления мероприятий, которые были бы направлены не только на подростков, например, информационной поддержки, формирования жизненных навыков и оказания услуг, но и на окружение в котором они живут, учатся и работают;
- реализации политики, в которой уделялось бы особое внимание факторам, повышающим уязвимость подростков, и которая обеспечивала бы защиту их прав, что дало бы возможность регулярно оценивать результаты осуществления разработанных стратегий.

Ключевые показатели, которые необходимо рассмотреть руководителям программ, обрисованы в этом руководстве под тремя заголовками: социально-демографические характеристики, уязвимые подгруппы населения и ключевые детерминанты поведения, сопряженного с передачей ВИЧ.

Социально-демографические характеристики целевых групп населения – это возрастная структура населения, семейное положение, вероисповедание, жилищные условия, место проживания в городе/сельской местности и т.д. Многие из этих данных повсеместно собираются посредством переписей и обследований, например, обследований в области демографии и здравоохранения (ОДЗ) и кластерных обследований на основе мультииндикаторного метода (КМИО). Методика сбора этих показателей здесь подробно не рассматривается, так как сбор новой информации не требуется. Тем не менее, для того чтобы иметь конкретную информацию о девушках и юношах, зачастую существует необходимость в разбивке имеющихся данных по возрасту, полу и семейному положению. Показатели в этой категории включают следующее:

1. долю населения страны в возрасте 10-14, 15-19, 20-24 лет;
2. долю населения в возрасте 10-14, 15-19, 20-24 лет, проживающих в сельской местности и городах;
3. долю юношей и девушек возрасте10-14, 15-19 и 20-24 лет, посещающих школу;
4. долю юношей и девушек возрасте10-14, 15-19 и 20-24 лет, состоящих в браке;
5. среднестатистический возраст юношей и девушек в момент их первого бракосочетания;
6. среднестатистический возраст в момент рождения первого ребенка;
7. долю молодых людей в возрасте 10-14, 15-19, 20-24 лет с доходами ниже черты бедности, определенной их страной;
8. распределение населения (взрослых и молодежи) в возрасте 10-14, 15-19, 20-24 лет по вероисповеданию;
9. долю юношей и девушек в возрасте 10-14, 15-19, 20-24 лет, работающих вне дома;
10. долю юношей и девушек в возрасте 10-14, 15-19, 20-24 лет, проживающих со своим отцом, матерью или обоими родителями.

Показатели в следующей категории связаны с конкретными уязвимыми подгруппами молодежи, например, потребителями инъекционных наркотиков (ПИН), подростками, осиротевшими из-за того, что их родители умерли от ВИЧ/СПИДа, работниками секс-бизнеса. Методика сбора информации для расчета этих показателей в данном руководстве не приводится, так как детальная информация по этому вопросу содержится в других руководствах (6, 20). Показатели в этой категории включают следующее:

1. количество и долю ПИН в возрасте 10-14, 15-19, 20-24 лет;
2. количество и долю работников секс-бизнеса в возрасте 10-14, 15-19 и 20-24 лет;
3. количество и долю молодых людей мужского пола в возрасте 10-14, 15-19 и 20-24 лет, имевших половые контакты с мужчинами;
4. долю молодых людей-сирот в возрасте 10-14 и 15-17 лет (возраст ограничен 17 годами, так как в большинстве стран официальный возраст наступления совершеннолетия – 18 лет).

Показатели третьей группы описывают основные детерминанты поведения (факторы риска и факторы защиты), имеющие особое отношение к профилактике ВИЧ. Некоторые из этих показателей все еще находятся на стадии разработки, однако они были включены в это руководство с целью дать руководителям программ общее представление о различных аспектах жизни молодежи, за которыми следует вести наблюдение. Предполагается, что приобретенный опыт в области измерения этих показателей позволит внести значительный вклад в разработку будущих вариантов руководства. Ниже приведен список этих показателей с последующими комментариями по каждому из них.

Показатель	Средства измерения	Приоритет Генерализованная эпидемия	Приоритет Концентрированная/ умеренная эпидемия
1. Осведомленность молодежи о профилактике ВИЧ	• Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне	C	C
2. Осведомленность молодежи об официальных источниках продажи презервативов	• Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне	A	A
3. Принятие решений молодежью по половым вопросам	• Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне	A	A
4. Восприятие половой активности сверстников	• Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне	A	A
5. Связь с одним из родителей или основным опекуном	• Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне	A	A
6. Контроль за поведением молодежи со стороны родителей или основных опекунов	• Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне	A	A
7. Помощь со стороны взрослых в просвещении молодежи по использованию презервативов в целях профилактики ВИЧ/СПИДа среди молодежи	• Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне	C	C

A = дополнительный.
C = основной.

1. Осведомленность молодежи о профилактике ВИЧ *Приоритет: основной* *(показатель ССГАООН и показатель целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия)*	
Определение	Доля молодых людей, которые правильно определяют способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и отрицают основные заблуждения о ВИЧ.
Целевая группа	Лица в возрасте 15-24 лет.
Числитель	Количество респондентов, которые дали правильные ответы на все пять вопросов, касающихся передачи ВИЧ и основных заблуждений о ВИЧ.
Знаменатель	Вся молодежь.
Средства измерения	Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне.
Объект измерения	Настоящий показатель объединяет измерение степени осведомленности молодежи о профилактике и передаче ВИЧ и измерение уровня распространенности наиболее общих заблуждений о ВИЧ.
Метод измерения	Для расчета этого показателя используются ответы на следующие вопросы, рекомендованные в Руководящих принципах разработки ключевых показателей ЮНЭЙДС (17): 1. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если иметь половые контакты только с одним верным и неинфицированным партнером? 2. Можно ли снизить риск инфицирования ВИЧ, если использовать презерватив? 3. Может ли здоровый на вид человек иметь ВИЧ? 4. Можно ли заразиться ВИЧ в результате укуса комара? 5. Можно ли заразиться ВИЧ, разделив пищу с ВИЧ-инфицированным? Тех, кто никогда не слышал о ВИЧ/СПИДе, следует исключить из числителя, но включить в знаменатель. Вопросы 4 и 5 можно заменить двумя наиболее распространенными на местном или национальном уровне заблуждениями о передаче или профилактике ВИЧ, например: «Может ли ВИЧ-инфицированный мужчина излечиться от ВИЧ, если вступит в половую связь с девственницей (имеется ввиду девушка, у которой никогда не было половых контактов). Вопросы 1 и 2 позволяют измерить уровень достоверных знаний о профилактике передачи ВИЧ. Вопрос 3 позволяет измерить распространенность общего заблуждения по поводу того, что человек, который выглядит здоровым, не может быть ВИЧ-инфицированным. Это широко распространенное среди молодежи заблуждение может привести к незащищенным половым контактам с инфицированным партнером. Вопросы 4 и 5 касаются двух других заблуждений о передаче ВИЧ. Вместе взятые, эти пять вопросов позволяют руководителям программ измерить общий уровень осведомленности среди молодежи о том, как избежать инфицирования ВИЧ. В дополнение к профилактике ВИЧ среди молодежи (вопросы 1 и 2), важным способом также может быть воздержание. Хотя исследования показывают что люди, которые уже ведут активную половую жизнь, редко используют воздержание в качестве основного метода профилактики ВИЧ, молодежь, все же, может практиковать дополнительное воздержание, то есть соблюдение длительного периода добровольного полового бездействия, следующего после первого полового контакта. В случае программ, имеющих целью отдалить начало половой жизни среди молодежи, в числитель можно добавить показатель осведомленности, который включает правильные ответы на вопросы о воздержании как о методе профилактики, например: «Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, отказавшись от половых контактов?». Данный показатель следует представлять в виде процентных долей отдельно для мужчин и женщин в разбивке по возрастным группам 10-14, 15-19, 20-24 и 10-24 лет (восемь категорий). Его также следует представить для возрастной группы 15-24 лет, так как для этой возрастной группы заданы цели ССГАООН и цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия. Кроме того, этот показатель можно дезагрегировать по вопросам с целью показать пробелы в знаниях и распространенность определенных неверных представлений.

Сильные и слабые стороны	Достоверные знания о передаче и профилактике ВИЧ являются необходимым, но, по сути, недостаточным условием для того, чтобы принять такую линию поведения, которая позволила бы снизить риск передачи ВИЧ. Верные знания об ошибочных способах передачи ВИЧ также важны, как и знания о реальных способах передачи инфекции, а правильное понимание молодежью основ того, как себя предохранить, имеет для нее исключительно важное значение. Дезагрегированные данные по этому вопросу могут служить значимыми ориентирами для национальных программ в области здравоохранения. Этот показатель легко измерить с помощью соответствующего обследования. Он особенно информативен в странах, где общий уровень знаний о ВИЧ/СПИДе низкий, поскольку он позволяет легко измерить степень улучшения за определенный период времени. В странах, где уровень знаний в этой области высок, данный показатель может указывать на то, сохраняется этот высокий уровень или нет.

2. Осведомленность молодежи об официальных источниках продажи презервативов *Приоритет: дополнительный*	
Определение	Доля молодых людей, которым известен, по меньшей мере, один официальный источник презервативов для мужчин и женщин.
Целевая группа	Лица в возрасте 15-24 лет.
Числитель	Количество молодых людей в возрасте 15-24 лет, которые способны назвать, как минимум, один официальный источник презервативов.
Знаменатель	Вся молодежь
Средства измерения	Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне.
Объект измерения	Настоящий показатель позволяет измерить долю молодых людей, которые могут назвать, как минимум, один официальный источник презервативов. Исследования показали, что вероятность использования презервативов подростками, которым известен, как минимум, один официальный источник, намного больше, чем у их сверстников, которые не знают этого (24, 25). Следует иметь в виду, что на вопрос об источниках можно дать множество приемлемых ответов, например, поликлиники, аптеки, магазины, больницы для неимущих, торговые автоматы или любые другие официальные структуры или учреждения, где можно купить или бесплатно получить презервативы. В каждой стране должен быть составлен точный перечень приемлемых источников.
Метод измерения	Этот показатель определяется путем опроса респондентов, которым предлагается назвать, как минимум, один источник, где можно приобрести презервативы. Сам вопрос должен предусматривать возможность более одного допустимого ответа. Их максимальное количество должно быть определенно на национальном уровне, однако три источника являются вполне приемлемым вариантом. В вопроснике, составленном исследователем, лицо, проводящее опрос, должно просто зафиксировать перечисленные источники, предлагая каждый раз респонденту подумать и назвать какой-либо другой источник, до тех пор пока он не назовет все заранее определенные источники или пока не скажет, что никакого другого дополнительного источника он не знает. В анкете, заполняемой опрашиваемыми лицами, должно быть достаточно чистого места, которое респондент мог бы использовать для написания ответов. На стадии анализа некоторые указанные респондентами источники могут быть признаны неприемлемыми или неверными, например друзья или члены семьи не могут считаться официальными источниками приобретения презервативов. Настоящий показатель следует представлять в виде отдельных долей для мужчин и женщин с разбивкой по возрастным группам 15-19, 20-24 и 10-24 лет (шесть категорий).
Сильные и слабые стороны	Считается, что во многих районах мира подавляющее большинство молодых людей знают, как минимум, один официальный источник презервативов. С целью добиться более полных ответов в подобной ситуации, одним из вариантов является увеличение минимального количества источников, которые следует перечислить в качестве правильного ответа, т.е. в этом случае числителем будет количество респондентов, которые смогут перечислить или назвать, по меньшей мере, два официальных источника презервативов. Осведомленность об источнике презервативов является необходимой предпосылкой для их приобретения, однако это отнюдь не равнозначно возможности их приобретения. На пути доступа молодежи к презервативам может быть множество барьеров, из которых наиболее распространенными являются их цена и комплексы, испытываемые молодыми людьми при их приобретении. Очень важно исследовать эти барьеры, для того чтобы принять целевые меры для их устранения, например путем предоставления субсидий для покупки презервативов или организации информационных компаний с целью развеять комплексы молодежи. Настоящий показатель можно интерпретировать вместе с показателем № 6 в главе 3 (доступность презервативов для молодежи).

3. Принятие решений молодежью по половым вопросам *Приоритет: дополнительный*	
Определение	Доля молодых людей, которые считают, что они в состоянии отказаться от нежелательных половых контактов.
Целевая группа населения	Лица в возрасте 15-24 лет, не состоящие в браке.
Числитель	Количество молодых людей, которые считают, что они в состоянии отказаться от нежелательных половых контактов.
Знаменатель	Вся молодежь.
Средства измерения	Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне
Объект измерения	Данный показатель позволяет измерить степень уверенности молодых людей в том, что они в определенной мере контролируют свою половую жизнь и половую активность. Это имеет отношение к личной эффективности на индивидуальном уровне и отражает пределы возможностей самозащиты молодежи. Если молодые люди считают, что они практически не в состоянии контролировать половые связи, которые случаются в их жизни, то очень высока вероятность того, что они не смогут избежать нежелательных половых контактов или попросить партнера использовать презерватив.
Метод измерения	Для определения числителя следует разработать присущие данному культурному контексту вопросы о том, как молодежь оценивает свои способности отказаться от опасных половых связей, например: «Если вы не желаете вступать в половую связь, насколько вы уверены в себе, что вы сможете отказаться?» Возможные ответы и соответствующие им баллы приведены ниже: • точно, не смогу (0); • наверное, не смогу (1); • наверное, смогу (2); • точно, смогу (3). Во время проведения опроса респонденту зачитываются все вышеперечисленные варианты, из которых он должен выбрать один. При вычислении показателя в виде долей, ответы «наверное, смогу» или «точно, смогу» классифицируются как «Да», а остальные – как «Нет». Как вариант, распределение этих ответов можно представить в виде долей, составляющих 100% для каждой отдельно опрашиваемой подгруппы, например мужчин, женщин и возрастных групп. Настоящий показатель следует представлять в виде процентных долей отдельно для мужчин и женщин в разбивке по возрастным группам 15-19, 20-24 и 15-24 лет (шесть категорий).
Сильные и слабые стороны	Данный показатель весьма полезен, так как он позволяет измерить один из основных признаков контекста, в котором живут молодые люди, и их восприятие этого контекста. Если молодежь считает, что контекст или культурное окружение, в котором они живут, ограничивает их возможности избежать половых контактов или обсудить их, то меры вмешательства, принимаемые в области профилактики ВИЧ, следует должным образом адаптировать и учесть этот момент при проведении оценки действующих профилактических мер. Если необходима более полная информация о видах половых отношений и общей ситуации среди молодежи, то этот вопрос можно расширить. Например, в него можно включить способность отказаться от половых связей с постоянным партнером, с кем-то, кто предлагает за это деньги или подарки, или с кем-то, кто обладает некоторой властью над респондентом, например с учителем или работодателем. Кроме того, респонденту может быть задан вопрос, сумеет ли он обсудить с партнером проблему использования презерватива. Этот вопрос можно также расширить и включить в него способность использовать презерватив после употребления алкоголя или наркотиков, способность настоять на использовании презерватива, даже если партнер возражает, и способность отказаться от полового контакта без использования презерватива. Дополнительную информацию о методах составления подобных вопросов см. руководство FOCUS (7).

4. Восприятие половой активности сверстников *Приоритет: дополнительный*	
Определение	Доля молодых людей, которые осознают, что у их друзей есть половые контакты.
Целевая группа	Лица в возрасте от 10 до 24 лет.
Числитель	Количество респондентов в возрасте 10-24 лет, которые осознают, что у их друзей есть половые контакты.
Знаменатель	Количество респондентов в возрасте 10-24 лет.
Средства измерения	Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне.
Объект измерения	Настоящий показатель позволяет измерить степень восприятия молодежью половой активности своих друзей. Вполне очевидно, что отношение и пример друзей оказывают большое влияние на поведение молодых людей. Тем не менее за отношениями и нормами поведения среди молодежи важно следить, так как проведенные в развитых и развивающихся странах исследования показали, что в тех случаях, когда подростки полагают, что у их друзей есть половые контакты, они вероятнее всего скажут, что у них самих также были половые контакты (26-33).
Метод измерения	При обследовании населения в целом респондентам задается вопрос: «Как вы думаете, сколько из ваших друзей уже имели половые контакты?» Респондента просят выбрать один из перечисленных ниже возможных вариантов ответа, которые зачитываются ему лицом, проводящим опрос: 1. Ни один. 2. Некоторые. 3. Половина. 4. Большинство. 5. Все. Возможные варианты ответов могут быть представлены в качестве долей (в общей сложности составляющих 100%). Такой метод является особенно информативным в том случае, если эти процентные доли рассчитаны по отдельности для основных опрашиваемых подгрупп (мужчин и женщин, возрастных групп 10-14, 15-19, 20-24 лет), что позволяет вскрыть различия в восприятии среди различных подгрупп. В качестве варианта, каждому ответу можно присвоить определенный балл (тем больше, чем выше доля друзей, которые, предположительно, ведут активную половую жизнь, например от 0 до 4). Чтобы получить средний балл, общую сумму баллов для всех респондентов следует поделить на количество респондентов. Этот средний балл можно также вычислить отдельно для мужчин и женщин, а также для разных возрастных групп (10-14, 15-19, 20-24 и 10-24 лет). Как правило, по мере того как у молодых людей растет восприятие половой активности сверстников, повышается и вероятность того, что они будут сообщать о том, что у них также есть половые связи. Поэтому данный показатель следует интерпретировать вместе с теми показателями, которые отражают половую активность, указанную респондентами (глава 5).
Сильные и слабые стороны	Данный показатель имеет наибольшее значение применительно к категории молодых людей, которые еще не имели половых контактов. Теоретические и практические исследования позволяют выявить взаимосвязь между нормами сексуального поведения сверстников и фактической половой активностью. Поэтому меры вмешательства, например образовательные программы для сверстников, зачастую направлены на изменение существующих норм поведения. Однако в связи с тем, что в своем большинстве исследования охватывают разные группы и посвящены анализу влияния на поведение отдельных людей воспринимаемого ими сексуального поведения своих сверстников, до сих пор еще не ясно, является ли эта связь причинно-следственной. Например, вполне может быть, что подростки подражают фактическому или предполагаемому сексуальному поведению своих ровесников. В то же время может быть и так, что после того как подростки начинают половую жизнь, они могут в большей степени полагать, что их ровесники ведут такую же активную половую жизнь, как и они, и что в ином случае это было бы не так. Тем не менее, этот показатель обеспечивает важное понимание восприятия молодыми людьми половой активности своих сверстников. Этот аспект очень существенен, так как молодые люди зачастую переоценивают масштабы половой активности своих друзей, уже начавших вести половую жизнь (34-36). В данном случае сексуальные нормы поведения сверстников действуют в качестве одного из факторов риска и, возможно, способствуют более раннему началу половой жизни. Однако, сексуальные нормы поведения могут также оказывать и положительное влияние: подростки, которые считают, что их друзья используют презервативы, с большей вероятностью будут сами использовать презервативы (36).

5. Связь с одним из родителей или основным опекуном *Приоритет: дополнительный*	
Определение	Доля молодых людей, которые чувствуют взаимосвязь с родителями и/или основными опекунами.
Целевая группа	Лица в возрасте 10 -19 лет.
Числитель	Количество молодых людей в возрасте 10-19 лет в каждой из трех категорий взаимосвязи (низкая, средняя, высокая).
Знаменатель	Количество молодых людей в возрасте 10-19 лет.
Средства измерения	Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне.
Объект измерения	Настоящий показатель позволяет измерить долю подростков в возрасте 10-19 лет, которые чувствуют взаимосвязь со своими родителями или опекунами. Она является одним из ключевых аспектов окружения, в котором живет молодежь. «Взаимосвязь» измеряется с точки зрения близости отношений между подростками и родителями или основными опекунами. Согласно статистическим данным, подростки, которые чувствуют поддержку со стороны своих опекунов, измеряемую этим показателем, более благополучны и менее склонны к рискованному поведению (например 37,38). Подростки, которые живут в конфликтных семьях, с большей вероятностью подвержены депрессии и более склонны использовать запрещенные законом наркотические средства (39). В основе передачи и профилактики ВИЧ лежит индивидуальное поведение, однако, контекст, в котором растет и принимает решения молодежь, включая и решения по половым вопросам, сильно влияет на принимаемые ею решения (т.е. идти или не идти на рискованные действия). Эта взаимосвязь отражает один из аспектов этого контекста, в данном случае – семейного, и его вклад в благосостояние и развитие подростков. Благодаря тщательному обзору теоретических и практических работ, а также программ, осуществляемых в настоящее время во многих развитых и развивающихся странах, был составлен соответствующий ряд поведенческих аспектов (38). Поэтому данный критерий представляет собой всестороннюю оценку поддержки, которая проявляется в поведении опекунов и помогает наладить положительную взаимосвязь с подростками. Совершенно очевидно, что эта оценка ограничена восприятием подростками присутствия подобного поведения, которое может и не совпадать с тем, как сами опекуны оценивают аналогичное поведение.
Метод измерения	Данный показатель определяется путем подсчета количественного соотношения или среднего балла для 15 поведенческих аспектов, рассматриваемых при проведении обследования среди молодежи. Вопросы, используемые для измерения взаимосвязи, были опробованы и утверждены в 12 различных культурных контекстах. Пятнадцать различных вариантов ответов, заключающих в себе показатель взаимосвязи, касаются взаимоотношений молодых людей со своими родителями или основными опекунами. Респондентов просят выбрать из списка взрослых, где указаны мать, отец, дедушка/бабушка, тетя/дядя и опекун, одного из них, с которым они проводят больше всего времени. Их просят выбрать вариант ответа для каждого утверждения по трехбалльной шкале Лайкерта, который указывал бы, осуществляет ли основной опекун каждое из перечисленных ниже действий: (i) никогда (1 балл), (ii) иногда (2 балла) или (iii) всегда (3 балла). Эти утверждения следующие: 1. Поддерживает и поощряет меня. 2. Уделяет мне внимание и выслушивает. 3. Проявляет любовь. 4. Хвалит меня. 5. Утешает меня. 6. Признает мое восприятие свободы. 7. Понимает меня. 8. Доверяет мне. 9. Дает мне советы и рекомендации. 10. Обеспечивает мне предметы первой необходимости. 11. Дает мне деньги. 12. Покупает мне вещи. 13. Открыт для общения со мной. 14. Проводит со мной время. 15. Помогает мне в учебе (не применяется, если респондет не посещает школу).

	Результаты подсчитываются в виде процентных долей молодых людей, которые чувствуют, что они слабо, не очень или сильно взаимосвязаны со своими родителями или опекунами. Поскольку оценочная шкала предусматривает лишь три варианта ответа, результаты будут классифицированы как низкий, средний и высокий уровень взаимосвязи. Кроме того, полученные результаты можно сопоставить с поведением, рассматриваемым с точки зрения здоровья, или исследуемыми последствиями для здоровья, например вопросами начала половой жизни и использования презерватива. Это позволяет оценить важность положительной взаимосвязи между молодыми людьми и родителями или опекунами и ее влияние на их поведение и здоровье. Настоящий показатель следует представлять в виде процентных долей отдельно для мужчин и женщин в разбивке по возрастным группам 10-14, 15-19 и 10-19 лет (шесть категорий). Если необходимые данные недоступны, то этот показатель указывать не следует. ПРИМЕЧАНИЕ: Данный показатель наиболее точно характеризует самую юную возрастную группу (10-14 лет), так как родительское влияние, как правило, наиболее сильное в период ранней юности. Во многих странах 18 лет – официальный возраст наступления совершеннолетия, поэтому в данном случае этот показатель, возможно, более целесообразно рассчитывать для юношей и девушек не старше 17 лет.
Сильные и слабые стороны	В рамках программ зачастую достаточно сложно иметь дело с контекстуальными факторами. Тем не менее взаимосвязь с родителями является одним из тех факторов, которые регулируются на уровне программ. Обычно это осуществляется посредством уделения особого внимания проблеме улучшения взаимоотношений между родителями и подростками, прежде всего по таким больным вопросам, как сексуальное и репродуктивное здоровье, по линии информационно-пропагандистских кампаний, ориентированных на родителей, и мероприятий, проводимых в рамках школы, которые призваны поощрять родителей принимать более активное участие в отношениях со своими детьми. Если взаимосвязь, как можно утверждать, характеризуется различными аспектами отношений между родителями и ребенком, то одним из важнейших аспектов такой взаимосвязи, которую можно успешно развивать посредством мер вмешательства, является открытое и положительное общение. Там, где уровень взаимосвязи низкий, целесообразно иметь программы, ориентированные на родителей или основных опекунов, или искать альтернативных наставников. В случае подобной программы специалисты по оценке могут использовать этот показатель в качестве промежуточного критерия реализации программы, который дает возможность оценить улучшение в социальном окружении молодежи среди групп населения, охваченных той или иной программой. ПРИМЕЧАНИЕ: Этот показатель следует интерпретировать вместе с показателем контроля за поведением молодежи со стороны родителей (см. нижеследующий показатель), который отражает осведомленность родителей о действиях своих детей – один из аспектов родительского контроля, касающегося характера и ограничений в поведении, в особенности молодежи. Недавно были опубликованы факты, подтверждающие, что положительная связь в сочетании с контролем со стороны родителей или опекунов наилучшим образом влияет на здоровье молодежи и ее развитие.

6. Контроль за поведением молодежи со стороны родителей или основных опекунов *Приоритет: дополнительный*	
Определение	Доля молодых людей, которые сообщили о низком, среднем и высоком уровне контроля за своим поведением со стороны родителей и основных опекунов.
Целевая группа	Лица в возрасте 10-19 лет.
Числитель	Количество молодых людей в возрасте 10-19 лет в каждой из трех категорий (низкий, средний высокий уровень контроля).
Знаменатель	Количество молодых людей в возрасте 10-19 лет.
Средства измерения	Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне.
Объект измерения	Данный показатель позволяет измерить долю подростков в возрасте 10-19 лет, которые сообщили о высоком уровне одного из аспектов контроля со стороны своих родителей или основных опекунов. «Контроль» состоит из следующих аспектов: ожиданий (например, связанного с поведением и учебой в школе), наблюдения за поведением подростка и обязательного ограничения поведения. Этот показатель, в свою очередь, ограничен некоторыми аспектами наблюдения, в особенности восприятием самими молодыми людьми того, насколько хорошо их родители или основные опекуны осведомлены об их поведении. Показатель, который позволяет измерить все эти три аспекта контроля, в настоящее время проходит проверку, после которой он заменит существующий показатель. Несмотря на то, что показатель, представленный в данном руководстве, в определенной степени ограничен, он, тем не менее, четко отражает один из аспектов контроля. Он был подтвержден в 12 различных культурных контекстах и применяется точно так же, как и другие показатели, которые позволяют напрямую оценить степень наблюдения за поведением и обязательного ограничения поведения.
Метод измерения	Настоящий показатель измеряется путем подсчета количественного соотношения или среднего балла для 5 оценочных утверждений, предлагаемых при проведении обследования среди молодежи. Вопросы, используемые для измерения контроля, были проверены и подтверждены в 12 различных культурных контекстах. Пять различных вариантов ответов, включающих в себя показатель контроля, касаются осведомленности родителей о поведении своих детей подросткового возраста. Респондентов просят выбрать из списка взрослых, где указаны мать, отец, дедушка/бабушка, тетя/дядя и опекун, одного из них, с которым они проводят больше всего времени. Их просят выбрать вариант ответа для каждого утверждения по трехбалльной шкале Лайкерта, который указывал бы, что знает основной опекун о перечисленных ниже вещах: (i) ничего (1 балл), (ii) кое-что (2 балла), (iii) многое (3 балла). 1. Куда вы ходите вечером? 2. Где вы в основном проводите время днем после школы? 3. Как вы тратите ваши деньги? 4. Что вы делаете в свободное время? 5. Кто ваши друзья? Следует заметить, что второе утверждение может быть соответственно изменено или исключено, если респондент не посещает школу. Результаты подсчитываются в виде количественных соотношений молодых людей, которые сообщили, что уровень контроля за их поведением со стороны их родителей или опекунов низкий, средний или высокий. Кроме того, итоги реализации программы можно увязать с поведением, рассматриваемым с точки зрения здоровья, или с изучаемыми последствиями для здоровья, например с вопросами начала половой жизни и использования презервативов. Это позволяет оценить важность положительного контроля за поведением молодежи со стороны родителей или опекунов и его влияние на их поведение и здоровье. Настоящий показатель следует представлять в виде процентных долей отдельно для мужчин и женщин в разбивке по возрастным группам 10-14, 15-19 и 10-19 лет (шесть категорий). Если необходимых данных нет, то этот показатель представлять не следует. ПРИМЕЧАНИЕ: Данный показатель наиболее уместен для самой юной возрастной группы (10-14 лет), так как родительское влияние, как правило, наиболее сильное в период ранней юности. Во многих странах 18 лет – официальный возраст наступления совершеннолетия, поэтому в данном случае этот показатель, вероятно, наиболее значим для юношей и девушек не старше 17 лет.

Сильные и слабые стороны	Хотя этот показатель ограничивается лишь измерением осведомленности родителей о поведении подростков, он, тем не менее, косвенно отражает контроль со стороны родителей. Вероятность того, что подростки, живущие в социальном окружении, которое позволяет наладить глубокие взаимоотношения, создает благоприятные условия для самовыражения и формирует положительную систему общения и соответствующие ограничения, начнут вести половую жизнь в более раннем возрасте, испытывать депрессию и использовать психоактивные вещества, будет в любом случае меньше, нежели у других подростков. Контроль является своего рода мерилом такой положительной системы общения и соответствующих ограничений, которые необходимы для здорового развития, т.е. ожиданий, наблюдения и наложения ограничений. Как было указано в главе 5, в основе передачи и профилактики ВИЧ лежит индивидуальное поведение, однако, контекст, в котором растет и принимает решения молодежь, включая и решения по половым вопросам, сильно влияет на принимаемые ею решения (т.е. идти или не идти на рискованные действия). Контроль отражает один из аспектов этого контекста, в данном случае – семейного, и его вклад в благополучие и развитие подростка. В рамках программ зачастую достаточно сложно иметь дело с контекстуальными факторами. Контроль со стороны родителей, тем не менее, является одним из тех факторов, которые регулируются на уровне программ, чаще всего по линии информационно-пропагандистских кампаний, ориентированных на родителей, и мероприятий, проводимых в рамках школы, которые призваны поощрять родителей принимать более активное участие в жизни детей и процессе принятия ими своих решений. Там, где уровень контроля низкий, целесообразно создавать программы, ориентированные на родителей или основных опекунов, или искать альтернативных наставников, т.е. опытных и внушающих доверие консультантов. В случае подобной программы специалисты по оценке могут использовать этот показатель в качестве промежуточного критерия реализации программы, который дает возможность оценить улучшение в социальном окружении молодежи среди групп населения, охваченных той или иной программы. ПРИМЕЧАНИЕ: Этот показатель следует интерпретировать вместе с показателем взаимосвязи (см. предыдущий показатель). Показатель взаимосвязи отражает близость отношений между молодыми людьми и их родителями или опекунами. Недавно были опубликованы факты, подтверждающие, что положительная связь в сочетании с контролем со стороны родителей или опекунов наилучшим образом влияет на здоровье молодежи и ее развитие.

7. Помощь со стороны взрослых в просвещении по вопросам использования презервативов в целях профилактики ВИЧ/СПИДа среди молодежи *Приоритет: основной*	
Определение	Доля взрослых, которые считают, что молодежь следует просвещать по вопросам использования презервативов в целях профилактики ВИЧ/СПИДа.
Целевая группа	Взрослые (лица в возрасте 18 лет и старше).
Числитель	Количество взрослых, которые согласны, что молодежь в возрасте 12-14 лет необходимо просвещать по вопросам использования презервативов в целях профилактики ВИЧ/СПИДа. ПРИМЕЧАНИЕ: Вариант ОДЗ этого показателя ограничивается в этом вопросе подростками в возрасте 12-14 лет. По этой причине, страны, возможно, пожелают сохранить это ограничение. Кроме того, в большинстве существующих условий эта возрастная группа наиболее точно представляет молодых людей, еще не начавших вести половую жизнь, – жизненно важный момент, когда необходимо начинать половое воспитание. Вместе с тем эту специфичную возрастную группу можно адаптировать к местным условиям в соответствии со среднестатистическим возрастом начала половой жизни.
Знаменатель	Все взрослые (лица в возрасте 18 лет и старше).
Средства измерения	Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне.
Объект измерения	Восприятие взрослыми программ по профилактике ВИЧ, ориентированных на молодежь, является жизненно важным фактором их успешной работы по причине ключевой роли, которую играют взрослые в формировании отношения и восприятия подростков. Если родители и взрослые в данном коллективе не одобряют ту или иную программу, то отсутствие поддержки с их стороны зачастую влияет на отношение и поведение молодежи.

Метод измерения	В основе расчета этого показателя лежат вопросы, используемые в ОДЗ. Он позволяет оценить общий уровень поддержки среди взрослого населения информационно-пропагандистских и образовательных программ, ориентированных на подростков. При проведении обследования домашних хозяйств, взрослую часть населения спрашивают, следует ли просвещать молодежь по вопросам использования презервативов в целях профилактики ВИЧ/СПИДа. По всей видимости, родители подростков представляют собой самую основную группу респондентов, поэтому в зависимости от проводимого обследования можно производить дезагрегирование данных, с тем чтобы обеспечивать информацию конкретно по ним. Тем не менее, в общем и целом, мнение взрослых влияет на программы и систему услуг для молодежи, поэтому, как следствие, информация об общем отношении взрослых к этому вопросу полезна. Если же нужна более подробная информация о наличии или отсутствии поддержки, которую может оказать данная категория влиятельных взрослых, то эту информацию можно получить посредством опроса отдельных ключевых источников информации. Подобные опросы могут привести к более глубокому пониманию существующего уровня поддержки программ профилактики ВИЧ, ориентированных на молодежь, или противодействия им со стороны взрослых, и выявить различия в поддержке подобных программ среди подростков более юного и более старшего возраста.
Сильные и слабые стороны	Для успешного осуществления любой программы, ориентированной на подростков, исключительно важно оценить уровень поддержки взрослой части населения. Многие меры, которые в итоге принесут пользу молодежи, направлены не на молодежь, а на взрослых, чьи общечеловеческие ценности сильно влияют на подростков. Например, поддержка родителей или учителей в рамках программ профилактики ВИЧ в школах может положительно повлиять на повышение интереса к подобным программам среди молодежи и на их признание, равно как и поддержка крупного местного политического, религиозного или иного лидера может положительно сказаться на восприятии взрослых людей. Важность восприятия взрослых и их поддержка была подтверждена во время недавно проведенного в Замбии исследования, которое показало, что общая тенденция пользования услугами в сфере охраны репродуктивного здоровья среди подростков была скорее тесно связана не столько со свойствами самих услуг для молодежи, сколько с тем фактом, что оказание подобных услуг получило поддержку со стороны взрослых (40). Если этот показатель используется в репрезентативном обследовании на национальном уровне, то он не дает возможности провести различие между типами влиятельных групп взрослых, например родителями, учителями и медработниками. Однако вместо этого он позволяет оценить общий уровень поддержки информационно-пропагандистских и образовательных программ, ориентированных на подростков, со стороны взрослых. Если данные для расчета этого показателя собираются в течение длительного периода времени, то он может дать важную информацию о динамике изменения общественного мнения или поддержки программ для молодежи со стороны населения, особенно в том случае, если ситуация в дальнейшем меняется к лучшему.

Глава 5

Поведенческие показатели

Обзор

Индивидуальное поведение оказывает на распространение инфекции ВИЧ как прямое, так и косвенное влияние. Сексуальное поведение является прямой причиной, содействующей распространению ВИЧ-инфекции во всем мире, так как в большинстве случаев инфекция ВИЧ передается половым путем. Другим распространенным видом передачи ВИЧ, в первую очередь в Юго-Восточной Азии и Восточной Европе, является инфицирование в результате использования общих игл. Поэтому в большинстве случаев программы профилактики ВИЧ направлены на сокращение случаев небезопасного сексуального поведения или небезопасного потребления инъекционных наркотиков, обуславливающих передачу инфекции ВИЧ среди данной группы населения.

Основными детерминантами распространения ВИЧ среди любой группы населения является, по всей видимости, сложное сочетание степени и масштабов сложившейся в ней практики половых отношений. Некоторые виды поведения, сопряженного с высоким уровнем риска, нуждаются в особом осмыслении, например половые контакты с работниками секс-бизнеса, анальный секс юношей с несколькими половыми партнерами. В этой главе представлено девять показателей сексуального поведения.

В области общественного здравоохранения приобретен значительный опыт сбора данных для расчета поведенческих показателей. Благодаря обследованиям в области демографии и здравоохранения и надзорным обследованиям поведения в целом ряде стран была собрана информация по сексуальному поведению за многие годы. Эта глава построена на вынесенных из накопленного опыта уроках и содержит анализ, который выходит за рамки стандартных мер, направленных на изменение поведения, предлагая своего рода составной показатель, который позволяет получить более полную картину поведения молодежи, сопряженного с риском (показатель 3).

Этот составной показатель позволяет создать полную картину различных характеристик сексуального поведения молодежи, сопряженного с риском, которые прежде рассматривались независимо друг от друга. Наиболее просто представить их в виде штабельных диаграмм, разделив респондентов, участвовавших в обследовании, на шесть категорий, в основу которых положены ключевые критерии риска ВИЧ. Так как данный показатель сочетает в себе различные аспекты информации, он отражает два ключевых момента, которые не всегда очевидны в том случае, когда его компоненты рассматриваются по отдельности: изменение величины одной категории рисков по отношению к другой и величина каждой категории по отношению к общей численности населения. Этот момент имеет очень важное значение для интерпретации данных. Значительные изменения в поведении одной группы населения могут быть в общем и целом несущественными, если данная группа представляет собой лишь малую часть от общей численности населения. Напротив, небольшие изменения в рискованном поведении большой группы могут оказать сильное влияние на потенциал распространения инфекции ВИЧ. Несмотря на свою сложность, этот показатель позволяет глубже понять поведенческие тенденции, которые подпитывают эпидемию ВИЧ, что в свою очередь позволяет лучше спланировать меры профилактики инфекции и оценку их воздействия.

К тому же, некоторые из основных детерминант, обуславливающих повышение риска инфицирования, характерны для молодых людей в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием наркотиков. Бывают также случаи, когда рискованные ситуации накладываются друг на друга, например, если ПИН вступает в половой контакт с работниками секс-бизнеса. В эту главу включены два показателя (№7 и №10), имеющие отношение к подобным ситуациям.

В заключение можно добавить, что поведение молодежи в вопросах тестирования ВИЧ, является основным фактором защиты и измеряется одним показателем (№ 8).

Показатель	Средства измерения	Приоритет Генерализованная эпидемия	Приоритет Концентрированная/ умеренная эпидемия
1. Половые контакты до достижения 15-летнего возраста	• Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне	C	C
2. Использование презервативов среди молодых людей, которые в предшествующем году вели половую жизнь, сопряженную с повышенным риском	• Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне	C	C
3. Безопасное поведение в вопросах половых связей среди молодежи (составной показатель)	• Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне	C	C
4. Насильственные половые акты среди молодежи	• Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне	C	C
5. Половые контакты среди молодых женщин с партнерами разного возраста	• Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне	C	A
6. Половые контакты молодежи с работниками секс-бизнеса	• Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне	C	C
7. Половые контакты среди молодежи в состоянии интоксикации	• Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне	A	A
8. Использование презервативов в ходе анального полового акта среди молодых мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами (МПМ)	• Специальные обследования среди МСМ	A	C
9. Безопасная практика среди потребителей инъекционных наркотиков из числа молодежи (ПИН)	• Специальные обследования среди ПИН	A	C
10. Использование презервативов среди работников секс-бизнеса	• Специальные обследования среди работников секс-бизнеса	C	C
11. Поведение молодежи в вопросах тестирования	• Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне	C	A

A = дополнительный.
C = основной.

Большинство показателей относятся к возрастной группе 15-24 лет. Однако, во многих случаях получить более ясную картину существующих тенденций можно только при отдельном рассмотрении показателей для возрастных групп 15-19 и 20-24 лет. Это возможно только в том случае, если объем выборки достаточно большой и позволяет провести точные измерения среди этих возрастных групп.

Для того чтобы правильно оценить предложенные показатели, важно знать долю молодых людей, поведение которых сопряжено с повышенным риском. Например, полезно знать, долю молодых мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, молодых людей, работающих в секс-бизнесе, молодых людей, имеющих различных половых партнеров, или молодых людей, использующих инъекционные наркотики. Эти исход-

ные показатели позволят руководителям программ соответствующим образом расставить приоритеты на предмет важности изменений в показателях, описанных в этой главе.

1. Половые контакты до достижения 15-летнего возраста *Приоритет: основной*	
Определение	Доля молодых людей, имевших половые контакты до достижения 15-летнего возраста.
Целевая группа	Лица в возрасте 15-24 лет.
Числитель	Количество респондентов, сообщивших, что начали вести половую жизнь в возрасте до 15 лет.
Знаменатель	Количество респондентов в возрасте 15-24 лет.
Средства измерения	Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне.
Объект измерения	Настоящий показатель дает информацию о начале половой жизни среди молодежи. Считается, что половые отношения в юном возрасте связаны с большим риском, нежели в более поздние периоды жизни. Мочеполовой канал женщины в большей степени подвержен инфицированию ВИЧ до достижения полной зрелости. Как правило, молодым людям свойственны краткосрочные отношения и, судя по всему, менее формальные, нежели те, которые характерны для людей более старшего возраста. К тому же, вероятность того, что они живут вместе со своими партнерами по половым связям, ниже. Это зачастую приводит к появлению у одного из партнеров дополнительного конкурента, что повышает риск инфицирования. Люди, которые начинают вести половую жизнь в раннем возрасте, могут поддерживать подобные менее стабильные половые отношения в течение более длительного периода времени, нежели те, кто начал вести половую жизнь в более позднем возрасте. Кроме того, их можно проще запугать или использовать в сексуальных целях, нежели более взрослых людей.
Метод измерения	Этот показатель рассчитывают на основе ответов на вопросы о возрасте респондента, в котором он впервые имел проникающие половые контакты – вагинального или анального характера. Как правило, этот вопрос следует задавать после вопроса о том, были ли вообще у респондента половые отношения. Настоящий показатель следует представлять в виде процентных долей отдельно для мужчин и женщин в разбивке по возрастным группам 15-19 и 20-24 лет. Проследить динамику этого показателя в течение короткого периода времени достаточно сложно, так как повлиять на значение числителя могут только люди, которые входят в эту подгруппу, т.е. лица в возрасте до 15 лет на начало периода, для которого оцениваются тенденции. Если этот показатель измеряется каждые два-три года, то в этом случае, возможно, лучше уделить особое внимание возрастной группе 15-17 лет. При осуществлении измерений каждые пять лет, существует другой вариант – рассмотреть возрастную группу 15-19 лет.
Сильные и слабые стороны	Преимущество использования полученных данных о начальном возрасте половой жизни состоит в том, что это позволяет наилучшим образом использовать уже собранную информацию. Ранее, начальный возраст половой жизни измерялся путем подсчета среднестатистического возраста в момент первого полового контакта. Для вычисления этой величины предлагались три различных метода, каждый из которых имел свои ограничения и позволял получить различные результаты. Вышеописанные расчеты просты и позволяют легко сравнивать данные за определенные периоды времени. Знаменатель определяется также легко, так как для его вычисления необходимо лишь подсчитать общее количество респондентов, принявших участие в обследовании. Для большинства людей первый половой контакт является важным событием в жизни, который они, по всей вероятности, могут вспомнить без особого труда. Однако некоторые могут и не помнить своего точного возраста на тот момент времени. На ответы молодых людей обоих полов могут повлиять взгляды на половые отношения молодежи в обществе, в котором они живут. Анализ полученных данных о начальном возрасте половой жизни, тем не мене, показал, что наличие, величину и знак систематической ошибки, обусловленной фактором припоминания, предсказать невозможно.

2. Использование презервативов среди молодых людей, которые в предшествующем году вели половую жизнь, сопряженную с повышенным риском *Приоритет: основной* *(показатель (ССГАООН) и показатель целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия)*	
Определение	Доля молодых людей, которые в предшествующем году вели половую жизнь, сопряженную с повышенным риском, и использовали презерватив во время своего последнего полового контакта, сопряженного с повышенным риском.
Целевая группа	Лица в возрасте 15-24 лет.
Числитель	Количество респондентов в возрасте 15-24 лет, имевших за последние 12 месяцев половые связи с партнером вне постоянного сожительства и вне брака и использовавших презерватив во время своего последнего контакта с таким партнером.
Знаменатель	Количество респондентов в возрасте 15-24 лет, имевших за последние 12 месяцев половые связи вне постоянного сожительства.
Средства измерения	Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне.
Объект измерения	Настоящий показатель характеризует степень использования презервативов молодыми людьми, которые вступают в нерегулярные половые отношения. При интерпретации динамики этого показателя следует иметь в виду, что она может отражать изменение количества людей, вступающих в половые контакты, сопряженные с риском, и необязательно – изменение степени использования презервативов в подобных отношениях. Поэтому анализировать этот показатель следует осторожно. Это значит, что для понимания последствий реализации данной программы надо оценивать изменение доли той части молодых людей, которые ведут половую жизнь, сопряженную с риском, т.е. вне постоянного сожительства.
Метод измерения	Респондентам сначала задается вопрос о том, были ли у них когда-либо половые контакты. Далее тем из них, у кого они были, задают вопрос, касающийся их последних трех партнеров. Информация о типе партнера (например супруг/супруга, сожитель, друг/подруга, случайный знакомый или работник секс-бизнеса) используется для того, чтобы определить, были ли у них за последние 12 месяцев половые контакты, сопряженные с риском (половые связи вне постоянного сожительства и вне брака). Таким образом, эти респонденты учитываются в знаменателе. Респондентов также спрашивают о том, пользовались ли они презервативами за предшествовавшие 12 месяцев во время своих половых контактов с тремя последними партнерами. Если у них были половые связи, сопряженные с повышенным риском, и они использовали презервативы во время половых актов с последним партнером, их включают в числитель. Настоящий показатель следует представлять в виде процентных долей отдельно для мужчин и женщин в разбивке по возрастным группам 15-19 и 20-24 и 15-24 лет. При сборе данных о достижении целей ССГАООН по возрастной группе 15-24 лет необходимо представлять отдельные результаты в разбивке по городским и сельским жителям.

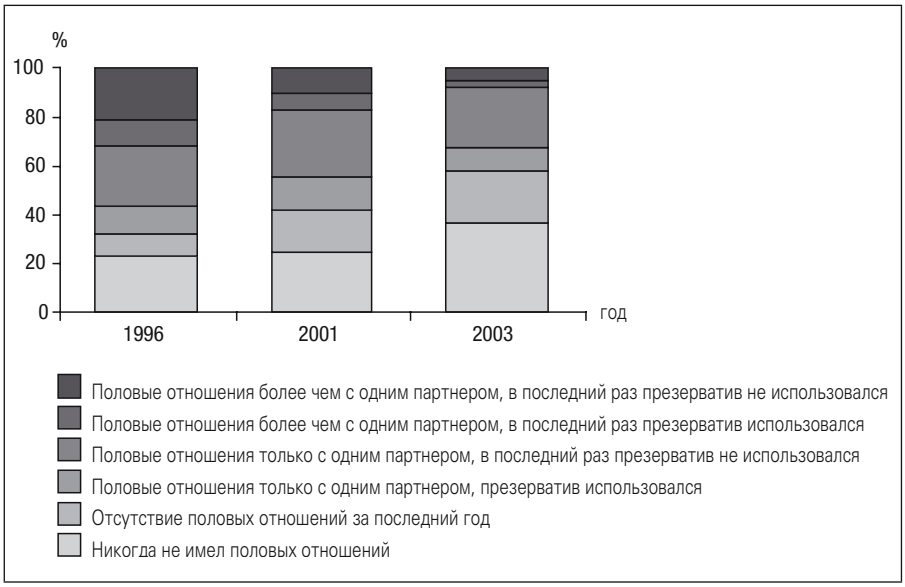
Сильные и слабые стороны	Данный показатель измеряется среди людей, которые в предшествующие 12 месяцев имели половые связи вне постоянного сожительства и вне брака. Эта подгруппа представляет собой самый значимый компонент знаменателя в формуле расчета данного показателя, так как использование презервативов в этой подгруппе является фактором первостепенной важности. У населения в целом есть способы, которые позволяют снизить риск передачи инфекции ВИЧ неинфицированным людям. Если люди в состоянии начать половую жизнь в более позднем возрасте, воздержаться от половых связей и сократить число имеющихся у них партнеров, то масштабы распространения инфекции ВИЧ можно будет сократить. Тем не менее, в подгруппе, которая уже определена как сопряженная с повышенным риском инфицирования ВИЧ, наиболее уместной мерой профилактики ВИЧ является использование презервативов. Использование презерватива во время последнего полового контакта, сопряженного с повышенным риском, является надежным критерием, так как этот момент можно четко установить и более точно припомнить последний половой акт. Таким образом, эти данные должны в наименьшей степени зависеть от систематической ошибки, обусловленной субъективностью ответов респондентов или фактором припоминания, нежели другие данные об использовании презервативов. Тем не менее, использование презервативов во время последнего полового контакта не отражает уровень устойчивости их использования. Все же более устойчивое использование презервативов среди населения в целом находит в некоторой степени отражение в более широком их использования во время последнего полового контакта. Но даже при таких условиях этот момент может зависеть от типа партнеров и от того, как часто они меняются, особенно в том случае, если презервативы используются чаще с новыми партнерами, чем в случаях более постоянных отношений. Если смена партнеров происходит быстро, а презервативы использовались только во время полового контакта с первым, но не с каждым последующим новым партнером, то распространенность использования презервативов на уровне разных подгрупп во время последнего полового контакта может повышаться, в то время как устойчивость их использования оставаться на прежнем уровне. Поэтому боле широкое использование презервативов во время последнего полового контакта, будучи в общем и целом положительным признаком, не означает, что респонденты, сообщившие об использовании презервативов, не подвергали себя риску инфицирования ВИЧ на протяжении предшествующих 12 месяцев.

Составной показатель: пояснительное примечание

Нижеследующий показатель является составным. Он представляет собой своего рода отступление от общепринятого подхода к оценке составляющих поведения. Различные аспекты сексуального поведения взаимосвязаны, поэтому интерпретировать их по отдельности достаточно сложно. Преимущества этого нового подхода следующие:

- вместо описания какого-либо одного специфического аспекта поведения, он позволяет обобщать целый ряд взаимосвязанных аспектов;
- представленная таким образом информация позволяет увидеть процентные доли от общей численности населения, относящиеся к различным категориям рисков.

3. Безопасное поведение в вопросах половых связей среди молодежи *Приоритет: основной*		
Определение	Составная величина, характеризующая безопасное сексуальное поведение среди молодежи.	
Целевая группа	Лица в возрасте 15-24 лет.	
Числитель	Часть 1	Количество респондентов, у которых никогда не было половых контактов.
	Часть 2	Количество респондентов, у которых были половые контакты, но не за последние 12 месяцев.
	Часть 3	Количество респондентов, у которых были половые контакты за последние 12 месяцев и которые использовали презервативы во время последнего полового контакта.
	Часть 4	Количество респондентов, у которых за последние 12 месяцев были половые контакты только с одним партнером и которые не использовали презервативы во время последнего полового контакта.
	Часть 5	Количество респондентов, у которых за последние 12 месяцев были половые контакты более чем с одним партнером и которые использовали презервативы во время последнего полового контакта.
	Часть 6	Количество респондентов, у которых за последние 12 месяцев были половые контакты более чем с одним партнером и которые не использовали презервативы во время последнего полового контакта.
Знаменатель	Количество респондентов в возрасте 15-24 лет. ПРИМЕЧАНИЕ: Этот знаменатель должен использоваться для расчета показателя по каждой части.	
Средства измерения	Обследование генеральной совокупности населения, репрезентативное на национальном уровне.	
Объект измерения	Настоящий показатель описывает количественное соотношение людей за последние 12 месяцев, не имевших партнера, имевших одного партнера и имевших нескольких партнеров, а также распространенность использования презервативов во время последнего полового контакта среди тех людей, у которых был только один или более одного партнера. Эти аспекты поведения здесь рассматриваются в совокупности, так как каждый из них влияет на другой и каждый последующий сопряжен со все более и более высоким риском. Таким образом, руководителям программ предлагается рассматривать все аспекты сексуального поведения, с тем чтобы лучше понять, какая часть населения уязвима по отношению к ВИЧ. Кроме того, можно предположить, что со временем изменения данного составного показателя будут носить гораздо более информативный характер, нежели изменения отдельного показателя. На примере, приведенном ниже, показаны изменения, произошедшие с течением времени, которые привели к снижению доли населения, составляющей повышенную группу риска. Изначально, в период 1996-2000 годов, было отмечено увеличение количества половых контактов с одним партнером. Затем, в период 2000-2003 годов, последовало увеличение числа респондентов, сообщивших о воздержании или отсутствии половых контактов за прошедший год.	

Метод измерения	Респондентам сначала задается вопрос о том, были ли у них когда-либо половые контакты. Далее тем из них, у кого они были, задают вопрос, касающийся их последних трех партнеров. После этого их просят дать информацию о типе партнера (например супруг/супруга, сожитель, друг/подруга, случайный знакомый или работник секс-бизнеса) и об использовании ими за предшествовавшие 12 месяцев презервативов во время последнего полового контакта с каждым из трех последних партнеров. (Информация о типе партнера используется для расчета предыдущего показателя). Этот показатель следует представлять в виде штабельных диаграмм отдельно для мужчин и женщин в разбивке по возрастным группам 15-19, 20-24 и 15-24 лет. 
Сильные и слабые стороны	Более позднее начало половой жизни, сокращение количества партнеров и защита от ВИЧ посредством использования презервативов – ключевые способы профилактики ВИЧ, пропагандируемые многими программами по борьбе со СПИДом. Данный показатель отражает то, насколько хорошо население понимает и претворяет в жизнь основную идею этих программ. (В некоторых контекстах подобная линия поведения также называется «ВПП» или «воздержание, преданность, использование презервативов».) Настоящий показатель отражает размеры группы населения, представители которой имеют половые контакты более чем с одним партнером и не используют презервативы на постоянной основе. Он также наглядно иллюстрирует распространенность односторонней моногамии и использования презервативов в половых отношениях. Этот аспект очень важен, так как классификация для определения этого показателя основывается исключительно на сведениях о поведении респондентов, участвовавших в обследовании. Партнер респондента в этом отношении может быть и не схожим с ним по поведению, т.е. партнер, названный в ходе обследования единственным, вполне может иметь и других партнеров. Поэтому использование презервативов среди респондентов, которые сообщили только об одном своем партнере, имеет важное значение, поскольку этот партнер может представлять определенный риск. Практика половых отношений с более чем одним партнером может быть достаточно распространенной, однако это не указывает на наличие нескольких последовательных или параллельных партнеров, а лишь на то, что разрыв одних отношений и начало других имеет место в промежутке времени, не превышающем 12 месяцев. Этот показатель причисляет к одной категории лиц, которые регулярно имеют несколько параллельных партнеров, и лиц, которые порвали отношения с одним партнером и в том же году установили отношения с другим. Недостатки измерения степени использования презервативов, которые были рассмотрены в отношении предыдущего показателя, также применимы и к настоящему показателю.

4. Насильственные половые акты среди молодежи *Приоритет: основной*	
Определение	Доля молодых людей, которые за предшествующие 12 месяцев были принуждены к половому акту.
Целевая группа	Лица в возрасте 15-24 лет.
Числитель	Количество респондентов в возрасте 15-24 лет, сообщивших, что за последние 12 месяцев были принуждены к половому акту.
Знаменатель	Количество респондентов в возрасте 15-24 лет.
Средства измерения	Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне.
Объект измерения	Половой акт должен происходить с полного обоюдного согласия партнеров. Насильственное принуждение человека к половому акту имеет целый ряд отрицательных последствий, варьирующихся от физических и психических травм до нежелательной беременности и ВИЧ-инфицирования. Данный показатель является своего рода попыткой измерить процентную долю респондентов, которые когда-либо были принуждены к половым актам. Эти данные важны для руководителей программ, так как они позволяют им узнать, кто принуждается к половым актам, и соответствующим образом направлять и контролировать программы и меры вмешательства.
Метод измерения	Выяснить реальные масштабы полового насилия в ходе обследования домашних хозяйств сложно. Однако, если лица, проводящие обследование, имеют должную квалификацию, задаваемые вопросы хорошо продуманы, и опрос проводится в конфиденциальной обстановке, то информация о половом насилии может обеспечить ценные данные для понимания механизма распространения ВИЧ-инфекции в данной стране. Полезный обзор проблем, касающихся измерения степени полового насилия, проведен Всемирной организацией здравоохранения (41). Этот показатель можно измерить, задав респондентам следующий вопрос: «Были ли вы за предшествовавшие 12 месяцев принуждены к участию в половом акте против вашей воли каким-либо из ваших партнеров?» Этот вопрос следует задать всем лицам в возрасте 15-24 лет с целью убедиться в том, что респонденты не допустили ошибки, сообщив, что у них никогда не было половых отношений, так как они не предусматривали в качестве варианта ответа насильственное принуждение к половому акту. Данный показатель следует представлять в виде процентных долей отдельно для мужчин и женщин в разбивке по возрастным группам 15-19, 20-24 и 15-24 лет.
Сильные и слабые стороны	Этот показатель особенно подвержен предвзятости сообщений респондентов. Их степень готовности признать тот факт, что они были принуждены к половому акту, судя по всему, сильно варьируется как на уровне отдельных стран, так и между ними. Понятие «насильственного полового акта», по всей видимости, также сильно варьируется в различных контекстах. Так как на сегодняшний день опыт проведения подобных опросов на уровне домашних хозяйств очень ограничен, в странах необходимо проводить экспериментальные обследования. Например, обследование в Южной Африке показало, что многие мальчики сообщили о том, что их принуждали к участию в половом акте. Однако анализ полученных данных позволил предположить, что респонденты могли интерпретировать испытываемое со стороны своих сверстников мужского пола давление, толкающее их начать активную половую жизнь, как насильственное принуждение к половому акту (Pettifor, личное сообщение). Возможно, следовало бы добавить вопрос о количественном соотношении респондентов, которые когда-либо были насильственно принуждены к половому акту, и оформить полученные данные в виде таблицы. Это позволило бы обеспечить дополнительную информацию о насильственных половых актах, имевших место среди респондентов в юношестве. Дополнительные данные об организации и проведении исследований по вопросу насильственных половых актов в развивающихся странах можно найти по адресу: http://www.popcouncil.org/pdfs/wp/seasia/seawp16.pdf

5. Половые отношения среди молодых женщин с партнерами разного возраста *Приоритет: основной в случае генерализированной эпидемии*	
Определение	Доля молодых женщин, которые за последние 12 месяцев имели половые отношения с партнерами старше их на 10 лет и более.
Целевая группа	Женщины в возрасте 15-24 лет, ведущие активную половую жизнь.
Числитель	Количество женщин-респондентов в возрасте 15-24 лет, которые имели за последние 12 месяцев половые отношения с партнерами старше их на 10 лет и более.
Знаменатель	Женщины-респонденты в возрасте 15-24 лет, которые имели половые отношения за последние 12 месяцев.
Средства измерения	Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне.
Объект измерения	Настоящий показатель позволяет измерить процентную долю молодых женщин, у которых были половые отношения с мужчинами старше их. Половые отношения между женщинами и мужчинами более старшего возраста зачастую сопряжены с риском, так как молодым женщинам не хватает влияния в отношениях, чтобы настоять на безопасных половых контактах. Кроме того, подобные отношения способствуют распространению ВИЧ-инфекции, поскольку, по физиологическим причинам, вероятность инфицирования молодых женщин выше. Каждый половой контакт с инфицированным мужчиной представляет большой риск для молодой женщины, так как вероятность инфицирования мужчины более старшего возраста выше, чем в случае более молодого. Программы по борьбе со СПИДом иногда пытаются решить эту проблему посредством проведения компаний ИОК, направленных на формирование общественного мнения, которое относит половые отношения с юными девушками к социально неприемлемым среди мужчин более старшего возраста, и путем осуществления инициатив по повышению влияния девушек в вопросах половой жизни.
Метод измерения	В ходе обследования генеральной совокупности респондентам сначала задают вопрос о том, были ли у них половые отношения за предшествующие 12 месяцев. Тех из них, кто ответил на вопрос утвердительно, спрашивают, был ли за этот период времени какой-либо из их последних трех партнеров старше их на 10 лет или более. Числитель включает всех респондентов, которые сообщают, что подобная ситуация имела место. Настоящий показатель следует представлять в виде процентных долей отдельно для мужчин и женщин в разбивке по возрастным группам 15-19, 20-24 и 15-24 лет. По возможности, эти данные следует дополнительно дезагрегировать с учетом семейного положения респондентов на момент проведения обследования.
Сильные и слабые стороны	У этого показателя есть два существенных недостатка. Первый – это то, что люди зачастую не знают точного возраста своих партнеров по половым связям. Это скорее относится к случайным партнерам, а не к супругам. Второй – разница в возрасте, которая якобы представляет повышенный риск ВИЧ-инфицирования, в точности неизвестна. Зачастую, когда респондент не уверен в возрасте своего партнера, он обычно называет возраст около 20 или 30 лет, что может сильно исказить точность показателя. Тем не менее, следует заметить, что погрешность, обусловленная неточными и неправильными сообщениями о возрасте партнеров, вряд ли сильно изменится со временем, поэтому при анализе тенденций эти последствия будут незначительными. Данный показатель не может отразить точную картину половых отношений среди людей разного возраста и не может учесть небольшие сдвиги в изменении разницы в возрасте между партнерами. Тем не менее он может отражать основные тенденции изменения в половых отношениях среди людей разного возраста, на которые ориентированы программы профилактики ВИЧ и формирования необходимых жизненных навыков, поскольку, маловероятно, что женщины не могут отличить своего ровесника от мужчины более старшего возраста. Если со временем женщины будут делать свой выбор в пользу половых отношений со своими ровесниками, нежели с мужчинами более старшего возраста, или если мужчины более старшего возраста станут в значительно меньшей степени меньше искать более юных партнерш, то эти изменения найдут отражение в показателе независимо от ошибок в возрасте, допущенных в ходе опроса.

6. Половые контакты молодежи с работниками секс-бизнеса *Приоритет: основной*	
Определение	Доля молодых людей, которые за последние 12 месяцев имели половые контакты с работниками секс-бизнеса (РСБ).
Целевая группа	Лица в возрасте 15-24 лет.
Числитель	Количество респондентов в возрасте 15-24 лет, которые за последние 12 месяцев имели половые контакты с РСБ.
Знаменатель	Респонденты в возрасте 15-24 лет.
Средства измерения	Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне.
Объект измерения	В тех местах, где РСБ являются значительным источником новых случаев инфицирования ВИЧ, приоритетной задачей является сокращение количества молодых людей, пользующихся их услугами. Настоящий показатель позволяет измерить распространенность секс-бизнеса за последний год. Хотя он и не может дать точной оценки распространенности подобного поведения на протяжении всей жизни, тем не менее он дает возможность легче обнаружить изменения такого поведения за определенный период времени. Попытки собрать и исследовать данные на основе более широкого определения секс-бизнеса с использованием таких вопросов, как: «Получали ли вы в обмен на ваше согласие вступить в половой контакт деньги или подарки?» не дали никакой полезной информации. В контексте эпидемии ВИЧ/СПИД работники секс-бизнеса представляют интерес по той причине, что «текучесть» обслуживаемых ими партнеров высока и, как следствие, входят в группу повышенного риска инфицирования, поскольку приобретя инфекцию, они передают ее другим. Во многих местах со своей культурной спецификой вышесказанное относится лишь к части респондентов, «получавших в обмен на свое согласие вступить в половой контакт деньги или подарки». Если в том или ином местном контексте нет конкретного определения проституции, данный показатель вряд ли будет соответствовать критериям программы и использовать его не следует. Тот факт, что знаменатель представляет собой общее количество всех молодых людей, позволяет легко описать и отследить группу молодых людей, которые особенно уязвимы к инфекции ВИЧ. Если бы знаменатель представлял собой общее количество молодых людей, ведущих активную половую жизнь, то изменение численности этой группы молодых людей, могло бы отразиться на процентной доле молодых людей, пользующихся услугами работников секс-бизнеса. Это только усложнило бы анализ показателя.
Метод измерения	Респондентам сначала задается вопрос, были ли у них когда-либо половые контакты. Далее тем из них, у кого они были, задают вопрос, касающийся их последних трех партнеров за предшествующие 12 месяцев. Информация о типе партнера (например супруг/супруга, сожитель, друг/подруга, случайный знакомый или работник секс-бизнеса) необходима в отношении каждого из трех последних партнеров. Настоящий показатель следует представлять в виде процентных долей для всех мужчин, сообщивших о подобном поведении, в разбивке по возрастным группам 15-19, 20-24 и 15-24 лет. В соответствующих случаях этот показатель следует представить и для женщин.

Сильные и слабые стороны	Данный показатель подразумевает, что использование презервативов среди работников секс-бизнеса носит неустойчивый характер. Неравные отношения между работником секс-бизнеса и клиентом лишь подтверждают, что это утверждение зачастую справедливо. Он также подразумевает, что половые контакты с работниками секс-бизнеса небезопасны. Однако в странах, где пропаганда использования презервативов среди работников секс-бизнеса дала хорошие результаты, возможно, следует ввести альтернативный показатель использования презерватива во время последнего полового контакта с работником секс-бизнеса. В случае генерализированной и умеренной эпидемии работники секс-бизнеса могут сыграть большую роль в распространении инфекции ВИЧ. Вместе с тем дать определение работникам секс-бизнеса, которое можно было бы применить повсеместно, очень сложно. Это как раз и является основным недостатком настоящего показателя. Однако после разработки определения секс-бизнеса для отдельной страны, можно предположить, что со временем его характер кардинально не изменится. После того как этот вопрос будет удовлетворительным образом сформулирован, данный показатель можно будет использовать для отслеживания тенденций и распространенности подобного поведения на протяжении определенного периода времени. В случае очень высокого уровня эпидемии использование настоящего показателя ограничено, поскольку разница в степени риска, создаваемого работником секс-бизнеса и любым другим случайным партнером, может оказаться не очень значительной.

7. Половые контакты среди молодежи в состоянии интоксикации *Приоритет: дополнительный*	
Определение	Доля молодых людей, у которых за последние 12 месяцев были половые контакты в состоянии интоксикации.
Целевая группа	Лица в возрасте 15-24 лет.
Числитель	Количество респондентов в возрасте 15-24 лет, у которых за последние 12 месяцев были половые контакты в состоянии интоксикации. ПРИМЕЧАНИЕ: Вещества, вызывающие интоксикацию, необходимо определить и официально объявить на национальном уровне, например алкоголь, каннабис, инъекционные наркотики. Поэтому для определения данного показателя следует использовать вещества, наиболее типичные для каждой страны.
Знаменатель	Количество респондентов в возрасте 15-24 лет.
Средства измерения	Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне.
Объект измерения	Когда один или оба партнера находятся в состоянии интоксикации, вероятность того, что их половой контакт является случайным, выше, нежели при других обстоятельствах, поэтому вероятность использования презервативов в таких парах ниже. Данный показатель описывает распространенность половых контактов при вышеописанных обстоятельствах. Во избежание двойного счета в случае, когда в обследовании участвуют оба партнера, при определении этого показателя респондента спрашивают только о том, был ли он в состоянии интоксикации (а не о том, был ли в состоянии интоксикации его или ее партнер). Включение в знаменатель всех молодых людей, вместо молодых людей, ведущих активную половую жизнь, позволяет избежать сложностей, связанных с изменением численности группы молодежи, ведущей активную половую жизнь.
Метод измерения	В ходе обследования генеральной совокупности респондентов спрашивают, были ли у них половые контакты в течение последних 12 месяцев. Тем из них, которые ответили на этот вопрос утвердительно, задают вопрос о том, находились ли они в состоянии интоксикации (согласно определению страны, где проводится обследование) во время последних трех половых контактов за указанный период времени. Настоящий показатель следует представлять в виде процентных долей в разбивке по признаку пола и по возрастным группам 15-19, 20-24 и 15-24 лет.
Сильные и слабые стороны	Описание людьми самих себя в состоянии интоксикации весьма субъективно. Кроме того, эффект интоксикации зависит от используемого вещества. По этой причине данный показатель сложно интерпретировать в контексте стан с разнообразной культурой, в каждой из которых используются разные вещества. Контекст, в котором используются эти вещества, необходимо тщательно анализировать. Этот показатель может, в частности, включать в себя половые контакты после употребления спиртных напитков в компании, половые контакты после принятия седативных веществ или акты изнасилования под воздействием наркотиков. Данный показатель лучше всего использовать для сопоставления поведения определенной группы населения за определенный период времени. Для более легкой интерпретации этого показателя может оказаться полезной информация о процентной доле всех молодых людей, которые в предшествующем году использовали вещества, вызывающие интоксикацию.

8. Использование презервативов в ходе анального полового акта среди молодых мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами (МПМ) *Приоритет: основной в случае концентрированной эпидемии, дополнительный в других случаях*	
Определение	Доля молодых мужчин, которые сообщили, что за последние шесть месяцев использовали презерватив во время последнего анального полового акта с партнером-мужчиной.
Целевая группа	Мужчины в возрасте 15-24 лет, вступавшие в половые контакты с мужчинами (МПМ).
Числитель	Количество молодых МПМ, которые сообщили, что за последние шесть месяцев использовали презерватив во время последнего анального полового акта с партнером-мужчиной.
Знаменатель	Все молодые МПМ, которые имели половые контакты с мужчинами за последние шесть месяцев.
Средства измерения	Специальное обследование среди МПМ. Как можно предположить, процентная доля респондентов из генеральной совокупности, которые сообщат о поведении, свойственном МПМ, будет очень маленькой, за исключением тех стран, где подобное поведение широко распространено. Поэтому в ходе обследования генеральной совокупности нужен, как правило, большой размер выборки, который может обеспечить надежную оценку поведения.
Объект измерения	Незащищенные анальные половые контакты и многочисленные партнеры – факторы, содействующие повышению риска передачи МПМ инфекции ВИЧ. Тем не менее, мониторинг доли МПМ, которые предохраняются во время анального полового контакта, и доли МПМ, которые избегают половых связей с многочисленными партнерами, имеет важное значение для возрастной группы 15-24 лет. Так как вероятность того, что молодые мужчины будут поддерживать отношения только с одним партнером, невелика, показатель предохранения во время анального полового акта является исключительно важным.
Метод измерения	В процессе обследования поведения выборки МПМ респондентов спрашивают об их половых отношениях с другими мужчинами за предшествующие шесть месяцев. Их спрашивают об их последнем анальном и оральном половом контакте и о том, использовали ли они или их партнеры при этом презервативы. Настоящий показатель следует представлять в виде процентных долей в разбивке по возрастным группам 15-19, 20-24 и 15-24 лет.
Сильные и слабые стороны	Контрольный промежуток времени составляет шесть месяцев, так как в большинстве обследований МСМ используется такой метод выборки, который позволяет производить опрос респондентов в местах, где мужчины специально собираются с целью встретить мужчин-партнеров. Таким образом, эти мужчины относятся к группе, которой свойственно поведение, сопряженное с самым высоким риском. Также высока и вероятность того, что у них большая «текучесть» партнеров. Более краткий контрольный промежуток времени позволяет снизить систематическую ошибку, обусловленную фактором припоминания количества партнеров. Одним из недостатков обследования среди групп повышенного риска является то, что найти репрезентативную вероятностную выборку не всегда возможно. Это значит, что оценить степень достоверности, с которой показатель, основанный на полученных данных, описывает всех членов подобной группы, достаточно сложно. Кроме того, сложно провести и повторное обследование такого рода, которое позволило бы изучить соответствующие тенденции. Этот показатель не дает никакого представления о поведении, сопряженном с риском, в том что касается половых контактов с женщинами тех мужчин, которые вступают в половые отношения как с мужчинами, так и с женщинами. В странах, где существует вероятность того, что мужчины в обследованной подгруппе населения вступают в половые контакты с обоими полами, необходимо принять во внимание распространенность половых отношений между мужчинами и женщинами, а также частоту использования презервативов с партнерами обоих полов. Полученные данные могут оказаться необъективными по причине стигматизации гомосексуального поведения во многих сообществах, что может явиться причиной занижения сообщений о частоте половых отношений или отказа от участия опросе.

9. Безопасная практика среди потребителей инъекционных наркотиков из числа молодежи (ПИН) *Приоритет: основной в случае концентрированной эпидемии, дополнительный в других случаях (показатель ССГАООН)*	
Определение	Доля молодых ПИН, которые сообщили, что за последний месяц ни разу не пользовались общими инъекционными средствами и использовали презерватив во время своего последнего полового контакта.
Целевая группа	ПИН в возрасте 15-24 лет, ведущие активную половую жизнь.
Числитель	Количество респондентов, которые сообщили, что за последний месяц ни разу не пользовались общими инъекционными средствами и использовали презерватив во время своего последнего полового контакта.
Знаменатель	Количество респондентов, которые сообщили, что за последний месяц принимали инъекционные наркотики и вступали в половые контакты.
Средства измерения	Специальное обследование среди ПИН.
Объект измерения	Использование инъекционных наркотиков само по себе не представляет никакой опасности ВИЧ-инфицирования для наркомана. Дополнительный риск для потребителей наркотиков обусловлен распространенной практикой использования общих игл. Внутривенные инъекции, производимые при помощи иглы, которую кто-то уже использовал, могут явиться эффективным способом передачи инфекции ВИЧ. Масштабы использования общих игл среди ПИН неодинаковы. Поэтому одни лишь данные о распространенности ПИН не позволяют точно описать размеры группы риска инфицирования ВИЧ. Данный показатель отражает долю ПИН, которые ведут себя так, что это позволяет избежать передачи ВИЧ-инфекции. Для наблюдения за тенденциями использования небезопасных игл и практикой небезопасных половых отношений среди ПИН можно использовать отдельные составляющие. Результаты, полученные по различным категориям, указанным ниже, следует рассмотреть самым тщательным образом, так как изменения показателя могут отражать реальные изменения поведения, изменения в сообщениях или изменения в общем составе группы. Данный показатель следует представлять в виде процентных долей отдельно для мужчин и женщин в разбивке по возрастным группам 15-19, 20-24 и 15-24 лет. Результаты следует сопоставлять с результатами для групп повышенного риска, относящихся к другим возрастным категориям.
Метод измерения	В ходе обследования поведения среди ПИН респондентам задают вопрос о том, использовали ли они за последний месяц общие иглы. Затем их спрашивают, имели ли они половые контакты за последний месяц и, если ответ утвердительный, использовали ли они презерватив. Для сбора достоверной информации очень важно убедиться в том, что при опросе используется соответствующая местному контексту терминология.
Слабые и сильные стороны	Контрольный промежуток времени составляет один месяц, что позволяет свести к минимуму систематическую ошибку, обусловленную фактором припоминания, что особенно свойственно ПИН. Данный контрольный промежуток времени также означает, что данный показатель может в какой-то степени отражать устойчивость поведения. Одним из недостатков обследования среди групп повышенного риска является то, что найти репрезентативную вероятностную выборку не всегда возможно. Это значит, что оценить степень достоверности, с которой показатель, основанный на полученных данных, описывает всех членов подобной группы, достаточно сложно. Кроме того, сложно провести и повторное обследование такого рода, которое позволило бы изучить соответствующие тенденции.

10. Использование презервативов среди работников секс-бизнеса *Приоритет: основной*	
Определение	Доля молодых работников секс-бизнеса, которые использовали презерватив, когда в последний раз вступали в половой контакт с клиентами.
Целевая группа	Работники секс-бизнеса в возрасте 15-24 лет.
Числитель	Количество работников секс-бизнеса в возрасте 15-24 лет, которые использовали презерватив, когда в последний раз вступали в половой контакт с клиентами.
Знаменатель	Количество опрошенных работников секс-бизнеса в возрасте 15-24 лет.
Средства измерения	Специальное обследование среди работников секс-бизнеса.
Объект измерения	Настоящий показатель позволяет измерить степень успеха информационно-пропагандистских компаний по использованию презервативов среди работников секс-бизнеса. Одной из задач программ, ориентированных на работников секс-бизнеса, – это увеличение числа тех работников, которые всегда используют презерватив и, таким образом, предохранены от инфицирования ВИЧ. Этот показатель охватывает мужчин и женщин, которые фактически работают в качестве лиц, предлагающих сексуальные услуги (вместе с тем, во многих странах этот показатель может иметь отношение только к молодым девушкам). Эти данные можно сопоставить с данными по работникам секс-бизнеса, предоставленными их клиентами.
Метод измерения	В ходе специального обследования среди работников секс-бизнеса респондентов спрашивают, использовали ли они презерватив во время половых контактов со своим последним клиентом. Данный показатель следует представлять в виде процентных долей в разбивке по признаку пола и по возрастным группам 15-19, 20-24 и 15-24 лет.
Сильные и слабые стороны	В местах, где пользование услугами работников секс-бизнеса считается в высшей степени позорным, клиенты могут и не решиться сообщить о своих посещениях работников секс-бизнеса. Кроме того, клиенты могут предпочесть сообщить о том, что они использовали презерватив во время последнего полового контакта, в то время как не делали этого, особенно в странах, где информационно-пропагандистские программы подчеркивали особую важность использования презервативов при половых контактах с работниками секс-бизнеса и другими партнерами. Данный показатель отражает ответы работников секс-бизнеса, у которых может и не быть особого желания давать социально-приемлемые ответы и которые высказывают иную точку зрения. Одним из недостатков обследования среди групп повышенного риска является то, что найти репрезентативную вероятностную выборку не всегда возможно. Это значит, что оценить степень достоверности, с которой показатель, основанный на полученных данных, описывает всех членов подобной группы, достаточно сложно. Кроме того, сложно провести и повторное обследование такого рода, которое позволило бы изучить соответствующие тенденции.

11. Поведение молодежи в вопросах тестирования на ВИЧ *Приоритет: основной в случае генерализированной эпидемии, дополнительный в других случаях.*	
Определение	Доля молодых людей, ведущих активную половую жизнь, которые за последние 12 месяцев прошли тестирование на ВИЧ и знают результаты.
Целевая группа	Лица в возрасте 15-24 лет.
Числитель	Количество респондентов в возрасте 15-24 лет, которые за последние 12 месяцев прошли тестирование на ВИЧ и знают результаты.
Показатель	Респонденты в возрасте 15-24 лет, которые за последние 12 месяцев имели половые контакты.
Средства измерения	Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне.
Объект измерения	Настоящий показатель имеет целью дать общее представление о масштабах услуг по тестированию на ВИЧ среди населения в целом и доле молодых людей, ведущих активную половую жизнь, которые знают свои результаты тестирования. Этот вопрос имеет особое значение для молодых людей, так как они могут чувствовать определенные барьеры, препятствующие доступу ко многим службам и учреждениям и пользованию их услугами, особенно в таких деликатных вопросах, как сексуальное здоровье. Данный показатель позволяет измерить эффективность мероприятий, которые направлены на расширение практики тестирования на ВИЧ и консультирования по этому вопросу. Если мероприятия направлены на определенную подгруппу, то этот показатель, возможно, целесообразнее ограничить данной подгруппой.
Метод измерения	В ходе обследования генеральной совокупности респондентов сначала спрашивают, проходили ли они когда-либо тестирование на ВИЧ. Тех из них, которые ответили на вопрос утвердительно, спрашивают, прошли ли они тестирование в течение последних 12 месяцев и, если это так, знают ли они результаты тестирования. Данный показатель следует представлять в виде процентных долей отдельно для мужчин и женщин в разбивке по возрастным группам 15-19, 20-24 и 15-24 лет. На величине этого показателя может сказаться предвзятость ответов респондентов, так как они могут и не признаться, что знают о результатах, опасаясь, что их могут вынудить открыто признать этот факт. Конфиденциальность опроса также может повлиять на показатель, поскольку респонденты с большей вероятностью скроют информацию, если она будет собираться в присутствии других людей, нежели в строго конфиденциальной обстановке.
Сильные и слабые стороны	Настоящий показатель состоит из нескольких компонентов: молодых людей, которые прошли тестирование и получили результат, вследствие чего относят самих себя или своих партнеров к группе риска инфицирования ВИЧ; те, которые знают где пройти тест и получить результаты, и те, которые после проведения теста хотят узнать результаты и могут вернуться в центр, где проводились тесты, чтобы получить их. Факторы, которые могут повлиять на доступ молодежи к центрам, где проводится тестирование – это местоположение, наличие транспорта, стоимость, восприятие человеком конфиденциальности данного процесса, и, в особенности, результата, а также отношения медперсонала к молодежи. Изменения этого показателя могут быть связаны со всеми факторами или с некоторыми из них. Используемый отдельно, данный показатель не позволяет выяснить, ограничивается ли число людей, прошедших тестирование на ВИЧ, наличием ресурсов для проведения тестов, или тем, что центры для проведения тестирования недоиспользуются (он также не может показать и причин этого недоиспользования). Этот момент важен для надлежащей ориентации деятельности по программам: в некоторых случаях, возможно, понадобится провести компании, направленные на повышение осведомленности о наличии ресурсов для проведения тестирования на ВИЧ. Однако, если тестирование ограничено вследствие отсутствия средств тестирования или низкого качества программ по тестированию, то подобные компании нецелесообразны. Услуги, которые сопутствуют тестированию, имеют важное значение, поскольку они позволяют обеспечить успех осуществляемых мероприятий и добиться изменения поведения. Дальнейшие исследования в области поведения молодежи в вопросах тестирования должны включать анализ предлагаемых услуг, имеющих отношение к расчету данного показателя.

	Там, где отношение к ВИЧ крайне негативное, респонденты могут не признаться, что прошли тестирование на ВИЧ, так как это может быть воспринято как признание того, что они сами опасаются, как бы у них не было инфекции ВИЧ. Это особенно справедливо в том случае, когда этот вопрос представлен в виде отдельного пункта в вопроснике по поведению, сопряженному с риском. С другой стороны, в странах, где прохождение теста пропагандируется в качестве ответственного шага, который необходимо сделать, некоторые люди могут сообщить, что прошли тестирование, в то время как на самом деле не делали этого. Несмотря на возможную предвзятость сообщений, этот показатель дает приблизительное представление о доле молодых людей, которые, по всей видимости, хотят узнать свой ВИЧ-статус. В условиях умеренной и концентрированной эпидемии и если сбор данных для расчета этого показателя производится на генеральной совокупности, он может дать очень низкие процентные доли. Если это так, то его можно успешно использовать при обследовании поведения в подгруппах повышенного риска инфицирования. Вместе с тем ПИН, которые еще не начали вести активную половую жизнь, в этом показателе не отражаются. Этот показатель ограничивается тестами, которые были проведены за последние 12 месяцев, поэтому по прошествии определенного периода времени руководители программ смогут увидеть произошедшие изменения. Возможно, было бы целесообразным включить также в таблицу долю молодых людей, которые когда-либо проходили тест на ВИЧ. Этот показатель будет, вероятно, более полезен в случае групп населения, где уровень распространенности ВИЧ-инфекции низкий.

Глава 6

Показатели воздействия

Обзор

Наиболее надежным количественным критерием долгосрочного воздействия всех мероприятий по профилактике ВИЧ является коэффициент заболеваемости, т.е. число новых случаев инфекции ВИЧ в год, деленное на число лиц в данной группе населения, показавших отрицательную реакцию, в начале данного года. Вместе с тем данные о заболеваемости малочисленны и зачастую относятся скорее к небольшим группам, чем к выборкам, репрезентативным на национальном уровне. В этой связи проще измерять коэффициент распространенности, т.е. долю общей численности населения, инфицированную ВИЧ.

Цель программ профилактики ВИЧ состоит в снижении степени передачи ВИЧ. Поскольку лицам в возрасте до 25 лет нужен был относительно короткий период времени для того, чтобы заболеть, можно сделать вывод о том, что большинство инфицированных в этой группе приобрели инфекцию недавно. В этой связи коэффициент распространенности в этой группе может являться надежным количественным критерием, отражающим темпы распространения эпидемии, и может показывать, в каких случаях программы профилактики позволили изменить ситуацию к лучшему. Число новых случаев инфицирования, имеющих место среди молодежи, может свидетельствовать об изменении поведения среди всех возрастных групп, поскольку передать инфекцию молодежи могли партнеры, более старшие по возрасту. В этой связи важно найти способ построения надежного критерия, позволяющего измерить как долю молодежи, инфицированной ВИЧ, так и тенденции распространенности инфекции ВИЧ за определенный период времени. Изменение коэффициента распространенности ВИЧ среди той или иной конкретной группы может произойти по самым разным причинам. Суметь объяснить причины изменения уровня распространенности практически столь же важно, как и найти способ, позволяющий обнаруживать эти изменения по мере их проявления.

В этом разделе дается определение показателей, описывающих уровни инфекции ВИЧ среди молодежи.

Показатель	Средства измерения	Приоритет Генерализованная эпидемия	Приоритет Концентрированная/ умеренная эпидемия
1. Распространенность ВИЧ среди беременных молодых женщин	• Контрольное обследование	C	A
2. Распространенность ВИЧ среди молодежи, определяемая с помощью обследований на уровне сообщества	• Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне	C*	A
3. Распространенность ВИЧ среди подгрупп молодежи, поведение которой сопряжено с высоким риском	• Методические рекомендации ЮНЭЙДС/ВОЗ второго поколения систем эпиднадзора за ВИЧ (5) • Руководящие принципы выборки в подгруппах населения ФХИ (6)	A (C**)	C
4. Молодежь, приобретшая инфекцию, передаваемую половым путем	• Обследование генеральной совокупности, репрезентативное на национальном уровне	A	A

A = дополнительный показатель.
C = основной показатель.
C* = основной в странах с относительно высокими уровнями распространенности (т.е. выше 3%).
C**= основной для работников секс-бизнеса; дополнительный для других групп высокого риска.

1. Распространенность ВИЧ среди беременных молодых женщин *Приоритет: основной в случае генерализованной эпидемии и дополнительный в других случаях.* *(показатель ССГАООН и показатель целей в области развития, предусмотренных в Декларации тысячелетия.)*	
Определение	Доля молодых беременных женщин, показавших положительную реакцию в результате тестирования на ВИЧ в ходе контрольного обследования в отдельных дородовых женских консультациях.
Целевая группа	Беременные женщины в возрасте 15-24 лет.
Числитель	Число молодых беременных женщин, показавших положительную реакцию в результате тестирования на ВИЧ в ходе контрольного обследования во время приема в дородовых женских консультациях (ДЖК).
Знаменатель	Все молодые беременные женщины, прошедшие тестирование на ВИЧ в ходе контрольного обследования во время приема в ДЖК.
Средства измерения	UNAIDS/WHO Guidelines for conducting HIV sentinel serosurveys («Руководство ЮНЭЙДС/ВОЗ по проведению контрольного обследования на ВИЧ-инфекцию») (42).
Объект измерения	В большинстве стран молодые женщины, наблюдающиеся в ДЖК, представляют собой на разумных основаниях репрезентативную выборку генеральной совокупности. Молодые беременные женщины вступили в половой контакт в какой-то момент времени в течение предшествующих 10 месяцев без использования средств предохранения и, как следствие, могли подвергнуться инфекции ВИЧ, передаваемой половым путем. В среднем они не представляют собой какую-то отдельную группу, для которой характерно поведение, сопряженное с высоким риском. В случае этой выборки систематическая ошибка, обусловленная участием, относительно мала, поскольку тестирование на ВИЧ производится либо анонимно на пробе крови, которая берется в обычном порядке у всех беременных женщин для проведения других обычных тестов, либо в порядке обычного предложения по линии программы ППМР. В большинстве случаев молодые женщины приобрели инфекцию ВИЧ относительно недавно. Поэтому тенденции распространенности ВИЧ в этой группе могут отражать тенденции заболеваемости в результате новых случаев ВИЧ-инфицирования.
Способ измерения	Распространенность ВИЧ оценивается по результатам тестов на пробах крови, которые берутся в обычном порядке у беременных женщин всех возрастов в ходе контрольных обследований в ДЖК. Качество данных зависит от структуры системы наблюдения. Идеальная система контрольного наблюдения может включать консультации, выбранные таким образом, чтобы они отражали деление страны на городские, сельские, этнические и другие социально-географические районы. Однако в большинстве стран ДЖК, которые включены в контрольное обследование, не являются репрезентативными на национальном уровне, поскольку в них преимущественно представлены ДЖК, обслуживающие городские районы. Этот показатель следует представлять в виде отдельных процентных долей в разбивке по возрастным группам 15-19, 20-24 и 15-24 лет. Его также следует указывать в разбивке по количеству родов для женщин в возрасте 15-24 лет, т.е. для беременных в первый раз и для тех, кто имел несколько беременностей. Если размер выборки достаточно большой, то результаты можно дезагрегировать по возрасту и количеству родов. Количество родов имеет в данном случае важное значение, поскольку распространенность среди женщин, беременных в первый раз, более точно отражает степень заболеваемости. Следует указывать среднестатистическую распространенность консультаций, включенных в обследование, а также число ДЖК, предоставляющих данные, число женщин, прошедших тестирование на ВИЧ, и число женщин, показавших положительную реакцию в результате тестирования на ВИЧ. Данные следует представлять по столице, другим городским районам и сельским районам.
Сильные и слабые стороны	В странах, где эпидемия передается гетеросексуальным путем, этот показатель дает достаточно точное представление об относительно недавних тенденциях развития инфекции ВИЧ в национальных масштабах. Он менее точен в качестве показателя общих тенденций развития эпидемии в районах, где основной контингент ВИЧ-инфицированных ограничен, как и прежде, подгруппами, для которых характерно поведение, сопряженное с особенно высоким риском. В этих обстоятельствах он полезен в качестве средства мониторинга распространения инфекции ВИЧ за пределы этих подгрупп.

	Для того чтобы интерпретировать изменения в степени распространенности инфекции ВИЧ на уровне ДЖК, важно вычленить реальные изменения в доле молодых женщин, которые приобрели инфекцию ВИЧ случайно в ходе наблюдения. Распространенность ВИЧ среди молодых женщин, наблюдающихся в ДЖК, может изменяться по целому ряду причин, которые непосредственно не связаны с распространенностью инфекции ВИЧ среди молодых женщин в общей совокупности населения. Степень распространенности случаев ВИЧ-инфицирования, наблюдаемых в ДЖК, зависит от таких факторов, как изменения, которые сказываются на числе забеременевших женщин, доли тех женщин, которые решили обратиться за помощью в ДЖК, и стадии беременности, на которой женщины впервые приходят на прием в ДЖК. Некоторые из этих изменений, такие как более позднее начало половой жизни, также могут сказаться на распространенности новых случаев ВИЧ-инфицирования среди молодых женщин. По этим причинам тенденции изменения распространенности инфекции ВИЧ среди молодых беременных женщин следует интерпретировать с осторожностью. В случае мониторинга тенденций структура выборки приобретает очень важное значение. Репрезентативность выборки консультаций настолько точна, насколько точны данные, на которых была построена схема выборки. Точность информации о размере и местоположении консультаций заслуживает большего доверия. Интерпретировать результаты проще в тех случаях, когда в ходе нескольких раундов обследования используется одна и та же выборка консультаций. Если рассматривается вопрос об изменении выборки консультаций, которые включены в систему наблюдения ДЖК, то те консультации, по которым уже есть данные, следует оставить в выборке. Это позволит проанализировать наметившиеся тенденции. Распространенность ВИЧ среди молодых беременных женщин можно использовать в качестве оценки распространенности ВИЧ среди молодых женщин на уровне населения в целом. Для разработки системы корректировки, необходимой для придания данным репрезентативного характера на уровне генеральной совокупности, имеется соответствующее программное обеспечение (43, 44). Однако детализация этой оценки не входит в круг вопросов, рассматриваемых в настоящем руководстве.

2. Распространенность ВИЧ среди молодежи, определяемая с помощью обследований на уровне сообщества *Приоритет: основной в случае генерализованной эпидемии с относительно высокими уровнями распространенности (т.е. около 3%), дополнительный в других случаях.*	
Определение	Доля молодежи, показавшей положительную реакцию в результате тестирования на ВИЧ в ходе обследования населения в целом.
Целевая группа	Лица в возрасте 15-24 лет
Числитель	Количество молодежи, показавшей положительную реакцию в результате тестирования на инфекцию ВИЧ.
Знаменатель	Количество молодежи, прошедшей тестирование.
Средства измерения	Обследования на уровне сообщества, репрезентативные на национальном или региональном уровне, включая сбор соответствующих биологических образцов.
Объект измерения	В принципе, обследования на уровне сообщества являются наиболее надежным источником данных о распространенности ВИЧ среди молодежи на уровне генеральной совокупности (45). Однако они не обязательно дают надежные оценки по отдельным подгруппам молодежи, например ПИН, которые в силу своего поведения будут отнесены с точки зрения инфекции ВИЧ к категориям высокого риска, поскольку такие обследования вряд ли позволят обнаружить достаточное количество людей в этих категориях, которое представляло бы собой репрезентативную выборку. Эффективность таких обследований зависит от распространенности ВИЧ среди населения в целом. В случае умеренных или концентрированных эпидемий число инфицированных будет недостаточным для того, чтобы дать надежные результаты. Даже в случае генерализованной эпидемии, для которой уровень распространенности составляет менее 5%, организаторы должны тщательно взвесить целесообразность проведения обследований генеральной совокупности. Сбор данных для расчета этого показателя не столь рационален, как сбор данных методом обследования ДЖК. Такие исследования дорогостоящи и сложны, и возможность их проведения должна рассматриваться лишь в тех ситуациях, в которых можно гарантировать их качество. Для того чтобы оценки тенденций изменения распространенности были надежными, их необходимо проводить через регулярные промежутки времени и на сопоставимой основе. Если же такие обследования можно проводить через нерегулярные промежутки времени, то полученные в результате выводы можно сравнивать с результатами обследования ДЖК.
Способ измерения	Этот показатель следует представлять в виде процентных долей отдельно для мужчин и женщин в разбивке по возрастным группам 15-19, 20-24 и 15-24 лет. По каждой категории следует указать размеры невзвешенной выборки и коэффициенты неполучения данных (отдельно по причине неявки и по причине отказа). Следует также привести протокол тестирования на ВИЧ.
Сильные и слабые стороны	Выводы обследования генеральной совокупности можно рассматривать в качестве объективных, если оно носит истинно репрезентативный характер применительно к той группе населения, которую оно охватывало. Если обследования генеральной совокупности проводятся по принципу «выхода» на участников, то другие методы сбора данных заключаются в том, что участники сами приходят в то место, где проводится тестирование на ВИЧ. Это означает, что в этих обследованиях систематическая ошибка, связанная с отбором и участием, должна быть менее существенной. Вместе с тем, если схема выборки грешит неточностью или если обследование проведено плохо, то некоторая систематическая ошибка, связанная с отбором, может все же присутствовать и в этом случае. Участие представляет собой потенциально более серьезную проблему. Величина систематической ошибки, связанной с участием, зависит от тематики обследования и протокола, на основании которого проводится тестирование. В данном случае факторы, представляющие особый интерес, – это те факторы, которые могут иметь отношение ВИЧ-статусу потенциального респондента, например сексуальное поведение, сопряженное с высоким риском. Если лица, которые не явились на опрос, или те, кто решил не участвовать, существенно отличаются по таким параметрам от лиц, которые участвуют в обследовании, то это может отрицательно сказаться на точности оценок уровня распространенности.

	В странах с относительно низкими уровнями распространенности ВИЧ среди взрослых (1-3%), обследования генеральной совокупности могут давать заниженные оценки уровня распространенности. Действительно, лица, подвергающиеся высокому риску инфекции ВИЧ, могут в более частых случаях оказаться не охваченными обследованиями генеральной совокупности либо по той причине, что они обычно исключаются из выборки (например, военнослужащие или полицейские, расквартированные в казармах, работники секс-бизнеса, работающие в публичных домах), либо потому, что они проживают вне домашних хозяйств по причинам, связанным с их рискованным поведением (работники секс-бизнеса, ПИН), либо из-за их мобильности (например, водители грузовиков, рыбаки, другие мобильные группы). Кроме того, в тех случаях, когда уровень распространенности низок (например, в пределах 0-3%), обнаружить существенные изменения этого уровня за определенный период времени будет трудно, если только для этого не использована крупная по размеру выборка. Если основная информация собирается у лиц, которые не участвуют в обследовании или в какой-либо его части, систематическую ошибку, связанную с участием, можно будет обнаружить и скорректировать на этапе анализа результатов. Данные о доле ответов в ходе обследования следует всегда анализировать и представлять. Потенциально серьезным недостатком данных, полученных по результатам обследования на уровне сообщества, является нарушение их непрерывности. Поскольку проведение обследований сопряжено с большими расходами и занимает много времени, масштабы и форма очередных обследований могут меняться. Это привносит в оценки, сделанные по их результатам, некоторую ошибку, не поддающуюся количественному определению. Сбор надежных данных о распространенности ВИЧ за определенный промежуток времени, предполагает необходимость проведения ряда сопоставимых обследований на периодической основе и на одной и той же группе населения.

3. Распространенность ВИЧ среди подгрупп молодежи, поведение которой сопряжено с высоким риском *Приоритет: основной среди работников секс-бизнеса в случае всех эпидемий; основной среди других групп (например, ПИН, МПМ) в случае концентрированной эпидемии и дополнительный в случае генерализованной эпидемии*	
Определение	Доля молодежи в определенных подгруппах с высоким риском приобретения или передачи инфекции ВИЧ, которая показала положительную реакцию в результате тестирования на ВИЧ.
Целевая группа	Молодежь в возрасте 15-24 лет, поведение которой сопряжено с высоким риском.
Числитель	Количество молодежи, поведение которой характеризуется высоким риском и которая показала положительную реакцию в результате тестирования на ВИЧ.
Знаменатель	Количество молодежи, прошедшей тестирование на инфекцию ВИЧ.
Средства измерения	Методические рекомендации ЮНЭЙДС/ВОЗ второго поколения систем эпиднадзора (5) и руководящие принципы выборки в подгруппах населения ФХИ (6).
Объект измерения	Этот показатель исключительно полезен в тех странах, в которых инфекция ВИЧ не перекинулась на население в целом, однако остается концентрированной в некоторых группах; вместе с тем в случае генерализованной эпидемии необходимо оценить уровень распространенности среди работников секс-бизнеса. Это нужно сделать по той причине, что уровень распространенности в этой группе, которая представляет собой своего рода «резервуар» вируса в условиях генерализованной эпидемии, может быть значительно выше, чем среди населения в целом. Распространенность инфекции ВИЧ среди членов этих групп позволяет выявить важные области, в которых необходимо провести работу, и группы, на которые она должна быть направлена. Тенденции изменения распространенности могут показывать, где проводимые мероприятия оказывают соответствующее воздействие или где уровень распространенности снижается или увеличивается в силу каких-либо других факторов. В случае концентрированной эпидемии группы, представляющие интерес для обследования, включают одну или несколько из следующих категорий: ПИН, МПМ, работники секс-бизнеса и частые клиенты работников секс-бизнеса.
Способ измерения	Этот показатель следует представлять в виде процентных долей для мужчин и женщин в разбивке по возрастным группам 15-19, 20-24 и 15-24 лет. Можно также привести любые данные о молодежи в возрасте 10-14 лет. По каждой категории следует указать размеры выборки и привести протокол тестирования на ВИЧ. Было бы желательно давать оценки, дезагрегированные по продолжительности поведения, сопряженного с высоким риском. В обследованиях, которые проводятся среди групп с поведением, сопряженным с высоким риском, выборка не должна ограничиваться молодежью. Вместо этого данный показатель следует рассчитывать на основе данных, собранных путем опроса соответствующей подсовокупности респондентов. Для получения надежных оценок по молодежи важно принять меры к тому, чтобы обследования среди этих групп проводились на достаточно крупной выборке. Если размеры выборки небольшие и если, как следствие, деление на такие мелкие группы может нарушить анонимный характер обследования, или если информации о ВИЧ-статусе нет, то указывать данные о распространенности в разбивке по возрасту или по продолжительности поведения, сопряженного с высоким риском, нет необходимости. Вместо этого следует указать распределение по возрасту всех групп независимо от ВИЧ-статуса. Группы могут быть распределены по возрастным группам <15, 15-19 и 20-24 лет. Если есть данные о среднестатистической продолжительности поведения, сопряженного с высоким риском, по каждой возрастной группе, то их следует указать. Обнаружить ВИЧ-инфицированных в подгруппах населения может быть трудно с точки зрения организации и этических принципов, особенно в тех случаях, если группы обособлены или если их деятельность незаконна. Ключевое значение в этом случае приобретает выборка и оценка общей численности группы. Исключительно важное значение для интерпретации этого показателя имеет понимание корреляции между выборкой населения и любой другой более крупной группой, для которой характерно такое же рискованное поведение. Для некоторых групп необходимо разработать соответствующие стратегии отбора на уровне генеральной совокупности. В других случаях для этого есть контрольные пункты. Работа таких контрольных пунктов для этих групп населения, как правило, увязывается с оказанием медико-санитарных услуг, например медицинская клиника для мужчин в тех районах, где расположено много секс-баров для гомосексуалистов, или центр реабилитации наркоманов.

Сильные и слабые стороны	Один из недостатков обследований среди групп с поведением, сопряженным с высоким риском, состоит в том, что найти репрезентативную вероятностную выборку не всегда возможно. В лучшем случае этот показатель представляет членов подгруппы с поведением, сопряженным с высоким риском, которая послужила основой для выборки, и может не представлять всех остальных лиц с таким же поведением. Это означает, что оценить степень, в которой показатель, основанный на этих данных, описывает уровень распространенности среди всех членов данной группы, достаточно трудно. Для того чтобы поместить эти данные, описывающие уровень распространенности, в национальный контекст, нужна информация о численности групп с поведением, сопряженным с высоким риском. Из-за трудностей, связанных с доступом к соответствующим подгруппам населения, систематическая ошибка данных, полученных на основе определения серологического статуса этих подгрупп, может оказаться гораздо более существенной и гораздо менее предсказуемой, чем ошибки данных, полученных в результате обследования более общих групп населения, например, таких как женщины, которые наблюдаются в дородовых женских консультациях. Там, где, например, контрольные пункты оказывают медико-санитарные услуги данной группе населения, использование этих учреждений может быть связано с проблемами, которые сами связаны с инфекцией ВИЧ. Особенно трудно свести к минимуму систематическую ошибку, обусловленную возрастом, поскольку возраст, в котором люди начинают вести себя исключительно рискованно, может меняться в весьма широких пределах. Что касается объяснения наблюдаемых тенденций, то можно сказать, что в группах с поведением высокого риска биологический возраст играет менее важную роль, чем продолжительность такого поведения. Вместе с тем собирать и представлять данные в разбивке по возрасту нужно, поскольку эта информация позволяет определять ориентацию мероприятий и политики. Изменения уровня распространенности ВИЧ в этих группах могут отражать успешные или неудачные попытки, направленные на обеспечение профилактики, но в то же время они могут отражать и изменения как в характере пополнения этих групп новыми членами, так и в характере воздействия, что никак не связано с работой по профилактике. Этот показатель следует рассматривать вместе с поведенческими показателями, которые отражают членский состав и деятельность этих групп с поведением высокого риска, поскольку причиной наблюдаемых изменений в уровне распространенности могут быть именно изменения в характере пополнения этих групп новыми членами или выхода из них. Распространенность также зависит от изменения количества новых случаев инфицирования и смертности. И все же несмотря на эти трудности следить за динамикой распространения инфекции ВИЧ среди лиц с поведением высокого риска в условиях концентрированной эпидемии необходимо. Эта информация может быть неточной, но все же для дальнейшей поддержки программ профилактики подгрупп населения, находящихся в критическом состоянии, нужен какой-либо критерий прогресса или его отсутствия.

4. Молодежь, приобретшая инфекцию, передаваемую половым путем *Приоритет: дополнительный*	
Определение	Доля молодежи с ИПП, обнаруженной во время диагностического теста.
Целевая группа	Лица в возрасте 15-24 лет.
Числитель	Число диагностических тестов, проведенных среди лиц в возрасте 15-24 лет, которые подтвердили наличие ИПП. ПРИМЕЧАНИЕ: Тип или типы ИПП, которые принимаются во внимание, должны определяться в зависимости от того, что представляет важность в данном контексте. Если во внимание принимается более одного типа ИПП, то полученные результаты следует давать как отдельно, так и в целом.
Знаменатель	Общее число лиц в возрасте 15-24 лет, которые прошли диагностический тест на ИПП.
Средства измерения	Обследования генеральной совокупности.
Объект измерения	В странах, где уровень распространенности инфекции ВИЧ низок, этот показатель позволяет измерить вероятность ее потенциального расширения. Кроме того, уровень распространенности ИПП является одним из критериев, позволяющих осуществлять мониторинг рискованного сексуального поведения.
Способ измерения	Распространенность ИПП должна определяться на основе результатов лабораторных диагнозов инфекции, поскольку многие ИПП бессимптомны (и выявляются только методами лабораторного тестирования) или могут обнаруживать похожие симптомы (что затрудняет постановку точного клинического диагноза). Во многих странах наличие подходящих лабораторий ограничено, что в свою очередь ограничивает источники получения данных для этого показателя. Данные, необходимые для расчета этого показателя, не следует собирать среди пациентов, которые наблюдаются в венерологических клиниках, или среди лиц, которые проходят тестирование, поскольку они обнаруживают симптомы ИПП. Причина этого кроется в том, что эти люди представляют собой весьма четко выбранную группу, в которой распространенность инфекции не дает никакой информации о ее распространенности среди молодежи на уровне генеральной совокупности. Однако тестирование на ИПП с помощью обследования генеральной совокупности – дело сложное и дорогое. Для обнаружения инфекции необходимо взять либо пробы продуктов секреции мочеполового канала, либо мочи или крови и доставить их в соответствующих условиях в лабораторию на анализ. Эти трудности представляют собой определенную преграду, однако в ходе многих обследований домашних хозяйств их удается успешно преодолеть. Этот показатель следует представлять в виде процентных долей отдельно для мужчин и женщин в разбивке по возрастным группам 15-19, 20-24 и 15-24 лет. Прежде чем указывать результаты этих обследований, необходимо определить долю респондентов, не давших ответов.
Сильные и слабые стороны	Если скрининг на ИПП в ходе проведения обследования генеральной совокупности связан с большими расходами и сложностями, то все же такое обследование обладает тем преимуществом, что систематическая ошибка, связанная с участием и отбором, уменьшается и что полученная информация о распространенности инфекции среди населения в целом, если его правильно провести, более достоверна. Эти обследования можно также подкрепить дополнительными исследованиями среди соответствующих конкретных групп населения, например потребителей инъекционных наркотиков. Дополнительную информацию см. в разделе, посвященном оценке и мониторингу распространенности, Руководящих принципов эпиднадзора за ИПП (WHO/CHS/HIS/99.2 UNAIDS/99.33E).

Методология

В настоящем приложении содержатся некоторые базовые принципы сбора данных для мониторинга и оценки. Многие из рассматриваемых здесь вопросов касаются сбора данных среди различных групп населения (т.е. к сбору данных среди молодежи они конкретно не относятся).

1. Достоверность, надежность и систематическая ошибка

Одна из наиболее существенных трудностей, связанных со сбором данных о молодежи, заключается в том, чтобы сделать их сопоставимыми за определенный промежуток времени. Если данные сопоставимы, то исследователи и специалисты, занимающиеся разработкой программ, могут определить тенденции и изменения в характере эпидемии ВИЧ среди молодежи. Для того чтобы это было так, данные должны быть достоверны, надежны и непредвзяты. Никакого способа, который позволил бы обеспечить 100-процентную достоверность данных, не существует, однако в некоторых случаях недостоверные данные можно легко выявить и исключить. В ходе сбора данных может быть допущено много ошибок, которые так или иначе могут снизить достоверность данных: ошибки могут скрываться в методике определения выборки, в способе проведения опросов или даже в методе анализа собранных данных. Одна из целей этой главы как раз и состоит в том, чтобы помочь пользователям этого руководства убедиться в том, что данные, которые они собирают, достоверны.

Столь же важна и надежность. Для того чтобы оценить надежность данных, исследователи могут повторно задавать одни и те же вопросы в одной и той же или в несколько измененной форме или повторно в ходе последующего опроса (46). Например, если сначала в ответ на вопрос респондент сообщает, что он никогда не пользовался презервативом во время полового акта, а затем он говорит, что последний раз, когда у него был половой контакт, он пользовался презервативом, то его ответ будет ненадежным и недостоверным. Если ненадежные данные указывают на то, что они недостоверны, то это отнюдь не означает, что надежные данные всегда достоверны. Это можно показать на следующем примере: респонденты последовательно и надежно сообщают, что они никогда не вступали в половой контакт, хотя на самом деле они уже вступали.

- **Достоверные данные** – это те данные, которые как можно точнее соответствуют истинным.
- **Надежность** – это последовательность ответов одного и того же лица на одни и те же или похожие вопросы.

Когда погрешность данных носит систематический характер или следует какой-либо закономерности, считается, что эти данные содержат систематическую ошибку. Вряд ли можно найти данные, в которых систематическая ошибка была бы полностью исключена, поэтому ее масштабы необходимо констатировать и свести к минимуму. Есть несколько видов систематической ошибки, которая может возникнуть при сборе данных. Один из видов общей систематической ошибки, принятой называть систематической ошибкой, связанной с выборкой, возникает тогда, когда респонденты, участвующие в исследовании (выборка), не репрезентативны для данной группы, представляющей интерес. Если предложить людям принять участие в каком-либо исследовании на добровольной основе или попросить государственных должностных лиц

выбрать селения или провинции для проведения какого-либо иного обследования по своему усмотрению, то это может вполне привести к тому, что эта выборка будет отличаться от той группы, которая представляет интерес. Кроме того, систематическая ошибка, связанная с выборкой, может возникнуть тогда, когда лица или организационные подразделения, выбранные для участия в обследовании, отказываются принимать в нем участие. Некоторые исследователи называют этот особый вид систематической ошибки, связанной с выборкой, систематической ошибкой, связанной с участием. Примером такой ошибки является случай, когда существует различие в рискованном сексуальном поведении в прошлом между теми лицами, которые согласны пройти тестирование на ВИЧ, и теми, кто отказывается сделать это. Для того чтобы свести систематическую ошибку, связанную с выборкой, к минимуму, важно использовать произвольные выборки, т. е. те выборки, в которые может попасть на равных основаниях любой член данной группы населения. Более подробная информация о произвольной выборке приведена на стр. х-х.

Второй общий вид систематической ошибки называется систематической ошибкой, связанной с информацией. Она возникает во всех случаях, когда данные, собранные с использованием одной и той же выборки, характеризуются систематическими различиями. Два наиболее распространенных вида систематической ошибки, связанной с информацией, – это систематическая ошибка, обусловленная субъективным суждением лица, проводящего опрос, и систематическая ошибка, обусловленная фактором припоминания. Человек, который проводит опрос, может, в частности, повлиять на ответы самым разным образом, даже тоном своего голоса. Другие характеристики, такие как пол, возраст, раса, этническая принадлежность, образовательный ценз и отношение также могут повлиять на то, какие ответы даст участник исследования на заданные ему вопросы. Исследователи выявили, что участники, как правило, склонны проявлять доверие к таким людям, как они сами, и, как следствие, могут говорить им деликатные вещи о своем поведении. Например, самым подходящим человеком для опроса девочки в подростковом возрасте из сельской местности могла бы быть молодая женщина, вышедшая из похожей среды.

Еще одна возможность допустить систематическую ошибку, обусловленную субъективным суждением лица, проводящего опрос, возникает тогда, когда лица, проводящие опрос, по-разному кодируют собранные данные. Например, если респондентов просят описать все методы планирования размеров семьи, которыми они пользовались в прошлом, и если некоторые из них сообщают, что они «носили магический амулет», то в этом случае может возникнуть систематическая ошибка, если одно лицо, проводящее опрос, систематически кодирует этот ответ как «местные/традиционные методы», а другое – как «отсутствие метода». Систематическую ошибку, обусловленную субъективным суждением лица, проводящего опрос, можно уменьшить, если всех лиц, которые будут проводить опрос, хорошо подготовить и проверить на умение проводить опрос и соблюдать протокол и этические нормы исследования. Подготовка лиц, которые будут проводить опрос, должна включать обсуждение важности достоверных данных, способов уменьшения систематической ошибки и самих целей исследования. Это позволит укрепить чувство их причастности к общему делу и их личную поддержку этих целей даже в случае отсутствия контроля (10).

Систематическая ошибка, обусловленная фактором припоминания, может возникнуть в тех случаях, когда лица дают неправильные ответы по поводу какого-либо события, которое произошло в прошлом. Способность точно припомнить события снижается с течением времени и с частотой таких событий. Например, точность данных, касающихся использования презерватива во время последнего полового контакта, может снизиться из-за систематической ошибки, обусловленной фактором припоминания: человек, который имел половой контакт давно, может точно не припомнить, пользовался он презервативом или нет. В то же время респондент, который имел половой контакт совсем недавно, может сказать об этом достоверно. Для того чтобы уменьшить систематическую ошибку, обусловленную фактором припоминания, существует один простой способ: дать участникам достаточно времени для того, чтобы поразмыслить, прежде чем давать ответ, и второй способ – попросить их подумать об этом, припомнив соответствующую череду событий в своей жизни (47, 48).

Третий вид систематической ошибки, которая может иметь особенно широкое распространение среди респондентов из числа молодежи, это – **систематическая ошибка, обусловленная социальной целесообразностью**, которая возникает в тех случаях, когда участники исследования не дают честных ответов на вопросы, поскольку, по их мнению, правдивый ответ социально неприемлем или нежелателен. Например, какое-либо лицо может притворно отрицать, что оно приобрело инфекцию половым путем, из-за боязни,

что ему придется нести обусловленное этим социальное клеймо. Исследователи обычно обнаруживают, что данные о поведении, которые считаются социально нежелательными, будут скорее занижены, чем завышены (11). Однако восприятие желательности может варьироваться в зависимости от групп населения, и то, что в одной группе считается неприемлемым, в другой может считаться желательным. Например, в культуре некоторых стран половому воздержанию молодых женщин придается очень большое значение, поэтому в ходе исследования они могут занизить общее число своих партнеров по половым связям, в то время как молодые мужчины, принадлежащие к той же культуре, могут с гордостью говорить о своем сексуальном опыте и, как следствие, преувеличить общее число своих партнерш (12,13).

Для того чтобы уменьшить систематическую ошибку, обусловленную социальной целесообразностью, разработан целый ряд методов. Один из них состоит в разъяснении перед проведением опроса целей обследования, в том числе их социальной ценности и правомерности, и важности правдивых ответов. Другой заключается в том, чтобы создать условия уединенности во время опроса и конфиденциальности любой информации, полученной от респондентов, и сделать все возможное для того, чтобы это было для них очевидным.

- **Систематическая ошибка**, обусловленная субъективным суждением лица, проводящего опрос, возникает в случае различий в методике проведения опросов и кодирования данных.
- **Систематическая ошибка**, обусловленная фактором припоминания, возникает в тех случаях, когда лица систематически искажают данные, вспоминая те или иные события.
- **Систематическая ошибка**, обусловленная социальной целесообразностью, возникает в тех случаях, когда участники исследования не дают честных ответов на вопросы, поскольку, по их мнению, правдивый ответ социально неприемлем или нежелателен.

2. Структура и формулировка вопросника

Структура и формулировка вопросника также могут способствовать увеличению систематической ошибки. Например, если респондентам задать вопрос о сексуальном поведении в начале опроса, то фактор социальной целесообразности может действовать на них сильнее, нежели в том случае, если этот же вопрос поставить перед ними позже, когда они уже в большей степени освоились с процессом опроса и стали относится к нему с доверием. Большое значение имеет также длина вопросника и продолжительность опроса, поскольку респонденты – если это занимает у них слишком много времени – могут устать или разочароваться и перестать давать осмысленные ответы (46).

Есть и другие случаи, когда порядок и содержание вопросов и ответов могут повлиять на сообщения респондентов. Если в формулировке вопроса уже заложен возможный ответ, то респонденты могут принять его за свой и дать именно его, хотя в противном случае они бы этого не сделали. Аналогичным образом, вопросы, поставленные ранее, и данные на них ответы могут повлиять на ответы, которые будут даны на вопросы, заданные позже (46). Например, если сначала задать вопрос: «Пользуетесь ли вы постоянно презервативами, чтобы предотвратить беременность?», а затем спросить: «Назовите все методы планирования размеров семьи, которые вам известны», то первый вопрос уже будет предполагать ответ на второй, который в противном случае некоторые респонденты, возможно, не стали бы даже рассматривать или давать.

Еще одна проблема, которая зачастую усугубляет недопонимание со стороны исследователя или респондента, заключается в нечеткой или неконкретной терминологии, такой как «во многих случаях» или «часто» (49). Например, если респондента спрашивают, как часто он вступает в половой контакт, то кто-то из молодых людей может подумать, что он делает это часто, поскольку он вступает в половой контакт раз в месяц, а другой может подумать про себя, что не часто, поскольку он вступает в половой контакт раз в неделю. В идеальном случае использования в вопросниках таких нечетких терминов следует избегать или, если это необходимо, уточнять их.

Во многих развивающихся странах основные языки, на которых разговаривают исследователи и респонденты, могут быть разными, и в этой связи перевод вопросника становится потенциальным источником

погрешностей и ошибок (46, 50). Ошибки могут возникать как просто из-за плохого перевода, так из-за того, что некоторые термины могут не иметь концептуальных эквивалентов на другом или других языках, на которых проводятся исследования, или могут иметь несколько других ненужных значений. Например, английский термин «to seduce» («соблазнить») предполагает успешные попытки убедить кого-то в том, чтобы вступить в половые связи, однако на другом языке наиболее близким эквивалентом будет всего лишь идея попытки соблазнить (которая не обязательно приведет к половым контактам). Если оба термина используются взаимозаменяемо, то сообщения о попытке соблазнить могут быть поняты неправильно как соблазн, вылившийся в половой акт.

В исследованиях, посвященных сексуальному поведению, вопрос неправильного перевода создает особую проблему, поскольку его деликатный характер затрудняет точную идентификацию соответствующих терминов. Например, во многих культурах буквальный перевод понятия «vaginal intercourse» («вагинальный половой акт») неясен или может считаться оскорбительным. И напротив, такие эвфемизмы, как «to make love» («заниматься любовью»), могут использоваться широко и быть относительно безобидными, но в то же время они могут иметь двоякий смысл и означать для респондентов другие действия, например, любовные игры, секс без проникающего полового контакта или анальный половой акт.

Систематическую ошибку можно ограничить самыми разными способами уже в процессе разработки вопросника. Если проект вопросника нуждается в переводе, то новый переводчик должен сделать **обратный перевод** на язык оригинала, для того чтобы исследователи могли выявить ошибки и перевод понятий с непредусмотренным смыслом. Этот процесс можно повторить несколько раз в ходе разработки вопросника с целью обеспечить максимально высокое качество перевода. Можно также провести **предварительные проверки** с небольшим числом респондентов и тщательно проверить, не остались ли какие-либо вопросы, по которым существует недопонимание. Предварительные проверки особенно полезны для уточнения проблемных вопросов, таких как надлежащая терминология половых отношений, которую следует использовать в исследованиях с участием молодежи. После разработки протокола исследований можно провести экспериментальные проверки (мелкомасштабные модели самого исследования) в условиях, аналогичных тем, в которых предполагается провести основное исследование, и с теми респондентами, которые похожи на ту группу населения, которая будет принимать участи в планируемом исследовании (46).

Подсказки для разработки вопросника:

- начать с общих вопросов обычного характера (т. е. в начале опроса избегать спрашивать, есть ли у данного юноши или данной девушки постоянные половые контакты);
- использовать простые формы и формулировки;
- использовать язык, привычный для данной культуры и подгруппы;
- избегать двусмысленных понятий или, при необходимости, четко определять их (т.е. в случае некоторых групп населения, прежде чем задавать вопросы, возможно, следует сначала определить понятие половых контактов);
- избегать задавать такие вопросы, которые уже предполагают ответ на данный или последующие вопросы.

Подсказки для доработки и проверки вопросника:

- принять меры по подготовке нескольких независимых и обратных переводов. До проведения обследования вопросники необходимо перевести на местные языки, на котором разговаривают респонденты. В качестве отдельной операции необходимо поручить другому переводчику перевести новые вопросы обратно на английский (или на язык оригинала), не ссылаясь при этом на первоначальный вопросник. Этот новый перевод должен соответствовать первоначальному варианту;
- провести предварительную проверку вопросника для выявления проблемных областей, неправильных вариантов перевода или неподобающих вопросов с точки зрения данной культуры;
- провести на экспериментальной основе проверку практически окончательного варианта вопросника с привлечением респондентов, похожих на тех, которые будут использованы для фактического сбора данных.

3. Методы сбора данных

В исследованиях, посвященных сексуальному поведению подростков, используется целый ряд исследовательских методов, у каждого из которых есть свои слабые и сильные стороны в том, что касается уменьшения систематических ошибок и увеличения достоверности данных. **Количественные** методы предусматривают сбор данных у большого количества людей для целей статистического анализа. По практическим соображениям крупномасштабные количественные исследования обычно предполагают необходимость проведения **структурированных** обследований или соблюдения точного формата «вопрос – ответ». Единообразный характер таких структурированных вопросов может помочь свести к минимуму систематическую ошибку, обусловленную субъективным суждением лица, проводящего опрос. Например, если структурированный опрос проводится правильно, то вероятность того, что лица, проводящие опрос, будут по-разному формулировать одни и те же вопросы, будет меньше. Как следствие, будет меньше и вероятность «подсказки» респондентам иного возможного ответа. Количественные методы, как правило, предполагают сбор более подробной информации у гораздо меньшего числа людей, чем в случае количественного исследования, используя для этой цели полуструктурированные или неструктурированные опросы. Качественные опросы позволяют более подробно и всесторонне изучить проблематику, чем это можно обычно сделать в случае количественных опросов, а поскольку они менее структурированы, то исследователи могут подстраиваться или реагировать на вопросы, которые возникают непроизвольно. Например, исследование, посвященное сексуальному поведению, может не включать конкретных вопросов по поводу насилия во взаимоотношениях, но если респондент неожиданно сообщит, что ему пришлось встать на путь поведения, сопряженного с высоким риском, под угрозой насилия, то тогда в рамках полуструктурированного опроса возникает возможность для изучения этого аспекта.

Рекомендуемой методологией сбора данных по большинству аспектов, рассматриваемых в этом руководстве, является проведение национального или регионального обследования домашних хозяйств, в которых проживает молодежь. Кроме того, иногда для сбора данных о молодежи используются обследования школ. Одним из основных преимуществ обследования школ, по сравнению с обследованием домашних хозяйств, являются расходы: в общем и целом, школьные обследования обходятся гораздо дешевле. Более низкие расходы, связанные с этими обследованиями, в значительной степени обусловлены большей доступностью выборки (преимущество работать с группой молодежи в школе в противовес необходимости встречаться с каждым юношей или девушкой в условиях домашнего хозяйства) и тем фактом, что большинство школьных обследований проводятся с использованием самостоятельно заполняемых вопросников (т.е. для этого не нужно лицо, проводящее опрос, которое задает вопросы, поскольку учащиеся сами заполняют вопросники).

Еще одно различие между этими методологиями состоит в том, что обследования школ, по сравнению с обследованиями домашних хозяйств, показывают, как правило, более высокий уровень распространенности рискованного поведения среди подростков (51, 52). Основное предположение, объясняющее этот вывод, заключается в том, что исключительно важным фактором, определяющим желание молодых людей сообщить о рискованном (зачастую порицаемом) поведении является конфиденциальность (Kann et al, 2002). Фактически, это – один из недостатков обследования домашних хозяйств: они во многих случаях не в состоянии обеспечить конфиденциальность респондентов, что может сказаться на их желании говорить о рискованном поведении. Однако свидетельства, собранные с целью установить, является ли более высокий уровень распространенности, выявленный в ходе обследований на уровне школ, более близким к «истинному» уровню распространенности, не позволяют сделать однозначный вывод. К тому же, есть факты, позволяющие предположить, что данные, полученные в ходе обследований школ, менее достоверны, чем данные, полученные в ходе обследований домашних хозяйств (53).

Крупным недостатком обследований на уровне школы – и основной причиной, по которой они не рекомендуются в качестве средства сбора данных в данном руководстве, – является то, что они не репрезентативны в части общей совокупности молодежи. В пользу этого утверждения можно привести два довода:

- В этом руководстве рекомендуется собирать данные по большинству показателей среди молодежи в возрасте до 24 лет. В странах с высоким уровнем посещаемости школ молодежь, относящаяся к старшей возрастной группе (18 лет и старше), в школу уже не ходит и, как следствие, в выборку не попадает.

- В странах, где общий уровень посещаемости школы низок, (а с возрастом он обычно еще ниже), значительная доля всей совокупности молодежи может оказаться не включенной в выборку для школьного обследования.

Показатели, содержащиеся в этом руководстве, разрабатываются в целях мониторинга и оценки национальных программ и отслеживания поведенческих и биологических тенденций, имеющих отношение к ВИЧ, на национальном уровне. С учетом указанных выше недостатков обследования школ нельзя использовать вместо обследований домашних хозяйств.

Тем не менее школьные обследования могут явиться ценным дополнительным источником информации и должны использоваться наряду с обследованиями домашних хозяйств, позволяя глубже проникнуть в суть вопросов, особенно тех, которые связаны с мероприятиями на уровне школ. В настоящее время существует целый ряд высококачественных обследований школ, которые применяются во многих странах:

- Глобальное обследование потребления табачных изделий среди молодежи (организованное Всемирной организацией здравоохранения и Центрами по профилактике болезней и борьбе с ними) – обследование потребления табачных изделий учащимися в возрасте 13-15 лет и его детерминант. Оно проводится в 140 странах.
- Обследование поведения детей, посещающих школу, с точки зрения здоровья (организованное Всемирной организацией здравоохранения) – обследование поведения учащихся в возрасте 11, 13 и 15 лет с точки зрения здоровья и его детерминант. Оно проводится в 29 странах.
- Глобальное медико-санитарное обследование учащихся на уровне школы (организованное Всемирной организацией здравоохранения в сотрудничестве с ЮНИСЕФ, ЮНЕСКО, ЮНЭЙДС и ЦББ) – обследование поведения учащихся в возрасте 13-15 лет с точки зрения приоритетного риска для здоровья и его детерминант. Оно было начато в 2003 году и на данный момент проводится в 7 странах.

В конечном итоге, самым важным моментом является объединение различных методов и усилий по сбору данных, дающих возможность получить полное представление о вопросах, имеющих отношение к профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа среди молодежи. Все обследования – будь то на уровне домашних хозяйств, на уровне школ или на уровне особых групп населения – должны включать ключевой набор основных показателей, имеющих прямое отношение к ВИЧ и молодежи. Показатели в данном руководстве – это именно такой предложенный набор, цель которого состоит в обеспечении большей сопоставимости данных, полученных в ходе разных обследований, в разных районах и в разное время, и, как следствие, в улучшении работы по сбору данных в целом.

Для большинства показателей, включенных в настоящее руководство, данные необходимо собирать путем проведения национального или регионального обследования домашних хозяйств, в которых проживает молодежь. Обследования домашних хозяйств широко используются для сбора данных на национальном и субнациональном уровне о состоянии здоровья и поведении подростков и молодежи старшего возраста. Среди наиболее заметных обследований домашних хозяйств, которые проводятся в настоящее время для сбора данных в значительном числе стран, можно отметить обследования в области демографии и здравоохранения (ОДЗ), надзорные обследования поведения (НОП), разработанные «Фэмили Хелс Интернэшнл», и кластерные обследования ЮНИСЕФ на основе мультииндикаторного подхода (КМИО). Эти обследования проводятся на выборке взрослого населения, при этом размер выборки и методы отбора должны корректироваться, с тем чтобы обеспечить репрезентативное число молодежи в общей выборке. Есть также обследования домашних хозяйств, ориентированные конкретно на подростков. К ним относятся обследования репродуктивного здоровья и обследования репродуктивного здоровья подростков, которые проводятся Центрами США по профилактике болезней и борьбе с ними (ЦББ). В дополнение к этим «международным» обследованиям, многие страны также организуют ежегодные или более частые национальные обследования (например ежеквартальные обследования рабочей силы или экономики). Объем и типы данных о подростках, собранных в ходе национальных обследований, варьируются в огромных пределах. Однако, в связи с тем что такие обследования могут служить в качестве средства, позволяющего включить вопросы о здоровье и развитии подростков, они также заслуживают упоминания.

Преимущества и недостатки обследований домашних хозяйств

Преимущества:

- высокая степень осуществимости сбора репрезентативных на национальном уровне данных о молодежи, как в условиях школы, так и вне школы;
- меньшая подверженность систематической ошибке, связанной с выборкой;
- значительный опыт, накопленный в результате признания обследований в качестве одного из средств мониторинга большинством правительств во всем мире;
- относительная легкость стандартизации обследований независимо от условий, в которых они проводятся, что упрощает сопоставление данных как в пределах национальной территории, так и на международном уровне.

Недостатки:

- уровень расходов от среднего до высокого;
- относительная неэффективность расчета количественных критериев для уязвимых подгрупп молодежи (т.е. уличных детей, сирот без определенного места жительства), что является результатом отсутствия надлежащих схем выборки;
- тот факт, что молодежь отличается высокой мобильностью и зачастую находится вне дома, затрудняет выход на нее для проведения опроса;
- трудность с обеспечением конфиденциальности и воздействие, которое это может оказать на оценки распространенности поведения.

Более углубленный анализ различных обследований и методов выборки групп молодежи см. в документе «Guidelines of sampling of youth» («Руководящие принципы выборки молодежи»), который доступен по следующему адресу: www.childinfo.org.

4. Выборка

Выборка представляет собой процесс систематического отбора соответствующей подсовокупности генеральной совокупности, которая подлежит обследованию. В связи с тем что исследования, проводимые с использованием методов вероятностной выборки, сопряжены с меньшим риском возникновения систематической ошибки, им, как правило, отдают предпочтение по сравнению с исследованиями на основе непроизвольной выборки. Для сбора данных, необходимых для расчета данного показателя, исключительно важно использовать методы вероятностной выборки, поскольку именно они позволяют сопоставить данные за определенный промежуток времени. Методы вероятностной выборки предполагают, что попасть в число участников обследования может каждый человек. Все международные обследования домашних хозяйств, которые упоминались здесь ранее, проводились с использованием той или иной формы вероятностной выборки, обычно многоступенчатой кластерной выборки. Напротив, методы непроизвольной выборки строятся не на теории вероятности, а на других принципах. С помощью этих методов выборка производится не на произвольной основе. Примеры методов непроизвольной выборки могут включать выборку объектов с учетом представившейся возможности (например, опрос всех молодых людей, которые вам встречаются, когда вы идете по улице) или на основе информации, полученной от других объектов выборки (зачастую называемую выборкой методом «снежного кома»).

Ниже дается несколько видов методов вероятностной выборки. Самым простым из этих методов является метод **простой случайной выборки**, в ходе которой объекты выбираются произвольно, в результате чего в выборку на равных основаниях может попасть любой объект. Например, объекты обследования выбираются «вслепую» или, в идеальном случае, из таблицы случайных чисел, содержащейся в каком-либо учебнике статистики. Другим видом метода отбора объектов является **стратифицированная выборка**, в ходе которой генеральная совокупность, из которой необходимо сформировать выборку, подразделяется на однородные группы на основе характеристик, которые имеют важное значение для определения заданных показателей, например, молодые люди, которые ведут активную половую жизнь. Затем из каждой группы формируется простая случайная выборка. Крупномасштабные обследования, например, ОДЗ и КМИО, проводятся на основе **многоступенчатой кластерной выборки**, которая предполагает формирование случайных выборок

кластеров (например, округов или районов в стране) и последующего составления перечня всех домашних хозяйств в этих округах и формирования простой случайной выборки по каждому кластеру.

Важным требованием формирования вероятностной выборки является наличие схемы выборки. Действительно, зачастую одной из основных причин использования методов неслучайной выборки является именно отсутствие пригодной схемы выборки и большие расходы по ее созданию с нуля. Для генеральной совокупности подростков пригодны имеющиеся, как правило, в большинстве стран схемы выборки в форме последней переписи населения, «контрольные» схемы выборки, разработанные национальными статистическими управлениями, и/или другие схемы выборки, используемые для проведения крупных обследований. Вместе с тем пригодных схем выборки для уязвимых подгрупп молодежи (например, работников секс-бизнеса), судя по всему, в большинстве случаев не существует, в связи с чем необходимо будет либо разработать соответствующие схемы выборки, либо прибегнуть к методам неслучайной выборки.

Методы вероятностной выборки строятся на **теории вероятности** – математической концепции, в основе которой лежат приемлемые принципы статистики, дающие возможность предсказать статистическую вероятность возникновения того или иного случайного события.

Библиография

1. ЮНЭЙДС. Доклад о глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа, обновленный вариант 2002 г. Женева: ЮНЭЙДС, 2002 г. (доступен по адресу: www. UNAIDS.org).

2. UNICEF, UNAIDS, WHO. Young people and HIV/AIDS: opportunity in crisis. New York and Geneva: UNICEF, UNAIDS, WHO: 2002.

3. ЮНЭЙДС. Национальные программы по СПИДу, Руководство по мониторингу и оценке. Женева: ЮНЭЙДС, 2000 г.

4. MEASURE Evaluation/WHO/PSI Compiled Condom Availability and Quality Protocol, retail survey (http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/unaids-00.17e/tools/measurecondom.pdf)

5. ВОЗ, ЮНЭЙДС. Ввод в действие второго поколения систем эпидемиологического надзора за ВИЧ: практические методические рекомендации. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2002 г. (WHO/HIV/2002.17).

6. Family Health International (FHI). Guidelines for repeated behavioural surveillance surveys in populations at risk of HIV. Arlington (VA): Family Health International; 2000.

7. Adamchak S, Bond K, McLaren L, Magnani R, Nelson K, Seltzer J. A guide to monitoring and evaluating adolescent reproductive health programs, Tool Series 5. Washington DC: FOCUS on Young Adults; 2000.

8. Rehle T, Saidel T, Mills S, Magnani R, editors. Evaluating programs for HIV/AIDS prevention and care in developing countries: a handbook for program managers and decision makers. Washington DC: Family Health International; 2001 (available at: http://www.fhi.org).

9. Webb D, Elliot L. Learning to live: monitoring and evaluating HIV/AIDS programmes for young people. London: Save the Children; 2000 (available at: http://www.savethechildren.org.uk).

10. Bachrach, C. and Newcomer, S. F. 2002. Addressing bias in intervention research: Summary of a workshop. Journal of Adolescent Health 31:311-321.

11. Catania, J. A., Gibson, D. R., Chitwood, D. D. and Coates, T. J. 1990. Methodological problems in AIDS behavioral research: Influences on measurement error and participation bias in studies of sexual behaviour. Psychological Bulletin 108(3): 339-362.

12. Siegel, D. M., Aten, M. J. and Roghmann, K. J. 1998. Self-reported honesty among middle and high school students responding to a sexual behaviour questionnaire. Journal of Adolescent Health 23 (1): 20-28.

13. Catania, J. A., Turner, H., Pierce, R., Golden, E., Stocking, C., Binson, D., and Mast, K. 1993. Response bias in surveys of AIDS-related sexual behavior. In Methodological Issues in AIDS Behavioral Research. Ostrow, D. G., Kessler, R. C. Plenum Press: New York. 133-162.

14. Robinson K, Telljohan S, Price J. Predictors of sixthgraders engaging in sexual intercourse. Journal of School Health 1999;69:369-75.

15. Kinsman SB. Romer D. Furstenberg FF. Schwarz DF. Early sexual initiation: the role of peer norms. Pediatrics, 1998;102:1185-92.

16. Romer D, Black M, Ricardo I, Feigelman S, Kaljee L, Galbralth J, et al. Social influences on the sexual behavior of youth at risk of HIV exposure. American Journal of Public Health, 1994;84(6):977- 85.

17. ЮНЭЙДС. Мониторинг выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом: Руководящие принципы по разработке ключевых показателей. Специальная сессия Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу; 2002 г.

18. WHO. Adolescent-friendly health services: Making it happen. And Global consultation on adolescent- friendly health services. A consensus statement. Geneva: World Health Organization; 2001 (available at: http://www.who. int/child-adolescent-ealth/publications/ADH/WHO_FCH_ CAH_02.18.htm).

19. Going for gold: A clinic guide to the National Adolescent Friendly Clinic Initiative. South Africa: NAFCI; 2000.

20. Nelson K., MacLaren L., Magnani R. Assessing and planning for youth-friendly reproductive health services. FOCUS Tool Series 2. Washington DC: FOCUS on Young Adults Program/Pathfinder International; 2000.

21. Jessor R, Turbin MS, Costa FM. Risk and protection in successful outcomes among disadvantaged adolescents. Applied Developmental Science 1998;2(4):194-208.

22. WHO. Framework for programming for adolescent health and development. Action for adolescent health: towards a common agenda: Recommendations from a joint study group - WHO, UNFPA, UNICEF. Geneva: World Health Organization; 1997 (http://www.who.int/childadolescent-health.htm).

23. UNAIDS, UNICEF. Guide to monitoring and evaluation of the national response for children orphaned and made vulnerable by HIV/AIDS. Upcoming.

24. Meekers D, Calves A. Gender differentials in adolescent sexual activity and reproductive health risks in Cameroon. African Journal of Reproductive Health 1999;3(2):51-67.

25. Kamya M, McFarland W, Hudes ES, Ssali A, Busuulwa R, Hearst N. Condom use with casual partners by men in Kampala, Uganda. AIDS 1997;11(Suppl.1):S61-6.

26. Kirby D. Emerging answers: research findings on programs to reduce sexual risk-taking and teen pregnancy. Washington DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy Task Force on Effective Programs and Research; 2001.

27. Murray N, Zabin L, Toledo-Dreves V. Gender differences in factors influencing first intercourse among urban students in Chile. International Family Planning Perspectives 1998;24(3):139-44,152.

28. Magnani RJ, Seiber EE, Gutierrez EZ, Vereau D (2001). Correlates of sexual activity and condom use among secondary-school students in urban Peru. Studies in Family Planning 2001;32(1):53-66.

29. Park I, Sneed C, Morisky D, Alvear S, Hearst N. Correlates of HIV risk among Ecuadorian adolescents. AIDS Education and Prevention 2002;14(1):73-83.

30. Magnani RJ, Karim AM, Weiss LA, Bond KC, Lemba M, Morgan GT. Reproductive health risk and protective factors among youth in Lusaka, Zambia. Journal of Adolescent Health 2002;30:76-86.

31. Kiragu K, Zabin L. The correlates of premarital sexual activity among school-age adolescents in Kenya. International Family Planning Perspectives 1993;19:92-7.

32. Selvan M, Ross M, Kapadia A. Study of perceived norms, beliefs, and intended sexual behavior among higher secondary school students in India. AIDS Care 2001;13(6):779-88.

33. Laguna E. On their own: effect of home- and schoolleaving on Filipino adolescentsT sexual initiation. East- West Center Working Papers 2001;108-19.

34. Isarabhakdi P. Factors associated with sexual behavior and attitudes of never-married rural Thai youth. Journal of Population and Social Studies 1999;8(1):21-44.

35. Podhisita C, Xenos P, Varangrat A. The risk of premarital sex among Thai youth: individual and family influences. East West Center Working Papers 2001;108-5.

36. Bearman P, Bruckner H. Power in numbers: peer effects on adolescent girlsT sexual debut and pregnancy. Washington DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy; 1999.

37. Schaefer EW. ChildrenTs reports of parental behavior: an inventory. Child Development 1965;36:413-24.

38. Barber BK, Olsen JA. Socialization in context: connection, regulation, and autonomy in the family, school, and neighborhood, and with peers. Journal of Adolescent Research 1997;12(2),287-315.

39. WHO. Broadening the horizon: balancing risk and protection for adolescents. Geneva: World Health Organization; 2001 (available at:

http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/ADH/WHO_FCH_CAH_01.20.htm)

40. Nelson K, Magnani R. The effects of youth-friendly service projects on service utilization among youth in Lusaka, Zambia. Washington DC: FOCUS on Young Adults Program; 2000.

41. WHO. Putting womenTs safety first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Geneva: World Health Organization; 2001(available at: http://www.who.int/gender/violence/womenfirtseng.pdf).

42. UNAIDS/WHO Working Group on global HIV/AIDS and STI surveillance. Guidelines for conducting HIV sentinel serosurveys among pregnant women and other groups. (UNAIDS/03.49E.) Geneva, 2003

43. UNAIDS. UNAIDS/WHO Working Group on HIV/AIDS/STI Surveillance. (2003) Estimating the Size of Populations at Risk for HIV: Issues and Methods. Updated July 2003. (UNAIDS/03.36E) (available at: www.UNAIDS.org).

44. Futures Group. УSpectrumФ Estimation package, available at www.tfgi.com.

45. Boerma et al. Estimates of HIV-1 prevalence from national population-based surveys as a new gold standard. Lancet 2003, 362: 1929-1931.

46. Smith, P. G. and Morrow, R. H. 1996. Field Trials of Health Interventions in Developing Countries: A Toolbox. Oxford: Macmillan.

47. Auriat, N. 1993. CMy wife knows bestT: A comparison of event dating accuracy between the wife, the husband, the couple, and the Belgium population register. Public Opinion Quarterly 57: 165-190.

48. Bradburn, N. M., Reps, L. J., and Shevell, S. K. 1987. Answering autobiographical questions: The impact of memory and inference on surveys. Science 236: 157-163.

49. Bradburn, N. B. and Miles, C. 1989. Vague Quantifiers. In Survey Research Methods: A Reader. Eds. Singer, E. and Presser, S. University of Chicago Press: Chicago. 155-164.

50. Bulmer, M. and Warwick, D. P. 1983. Data collection. In Social Research in Developing Countries: Surveys and Censuses in the Third World. Eds. Bulmer, M. and Warwick, D. P. John Wiley & Sons: New York. 145-160.

51. Brener, ND; Kann, L.; Smith, TK. 2003. Reliability and validity of the School Health Policies and Programs Study 2000 questionnaires; J Sch Health; 2003 Vol. 73, p 29-37, 9p.

52. KANN, L.; BRENER, N.D.; WARREN, C.W.; COLLINS, J.L.; GIOVINO, G.A.. 2002 An assessment of the effect of data collection setting on the prevalence of health risk behaviors among adolescents; J. Adolesc. Hlth; Vol. 31, p 327-335, 9p.

53. Gregson, Simon: УThe performance of face to face interviews and self-administered/more anonymous techniques,Ф Workshop on Measurement of Sexual Behaviour in the Era of HIV/AIDS. London, 4th to 6th September 2003.