

Настоящее руководство описывает применение методик экспресс-оценки и реагирования (ЭОР) как с целью выявления употребления веществ и рискованного сексуального поведения на местном уровне, так и с целью выбора соответствующих ответных мер в условиях нехватки времени и средств.

Обычно подходы ЭОР используются в таких ситуациях, когда срочно необходима информация, когда ограниченность местных ресурсов исключает применение более традиционных исследовательских методик, а также если организации нуждаются в информации для разработки, мониторинга или оценки программ вмешательства.

Руководство предназначено в первую очередь для лиц, организующих, предпринимающих или заказывающих проведение ЭОР (включая главных исследователей, аналитиков, персонал полевых исследований и основных заинтересованных лиц сообществ). Основные цели руководства заключаются в оказании помощи: а) в определении взаимосвязи между употреблением веществ и сексуальным поведением в данном районе; б) в описании вредных для здоровья последствий такого поведения; в) в оценке имеющихся возможностей и средств для осуществления вмешательств.

Для достижения этих целей руководство разбито на шесть основных разделов:

1) ключевые концепции: описываются основные принципы ЭОР; 2) подготовительный этап: представляются ключевые стадии планирования ЭОР и обсуждаются проблемы, которые могут возникнуть на каждой из них; 3) этап оценки: в этом разделе представлен обзор основных тем и вопросов, которые могут возникнуть в процессе ЭОР, и описаны инструменты и методы, которые могут быть использованы; 4) этап реагирования: рассматривается использование результатов, полученных в ходе ЭОР, для разработки вмешательств, защиты общественных интересов (адвокации) и деятельности по реализации программ и политики; 5) методы и инструменты: в этом разделе описан ряд качественных и количественных техник, используемых в методиках ЭОР; 6) приложения: этот раздел содержит несколько технических приложений и средств, в частности матрицы оценки и рекомендуемые схемы отчетов.

В руководство также включен обзор накопленных к настоящему времени исследовательских данных о взаимосвязи между употреблением веществ и рискованным сексуальным поведением, а также список дополнительных вспомогательных ресурсов.

Руководство по **СЕКС-ЭОР**

Употребление психоактивных веществ и рискованное сексуальное поведение: руководство по экспресс-оценке и реагированию (ЭОР)

THE CENTRE
FOR RESEARCH ON DRUGS
AND HEALTH BEHAVIOUR



Руководство по **СЕКС-ЭОР**

Употребление психоактивных веществ и рискованное сексуальное поведение: руководство по экспресс-оценке и реагированию (ЭОР)

Оригинал опубликован Всемирной организацией здравоохранения в 2002 г. под названием *SEX-RAR Guide. The rapid assessment and response guide on psychoactive substance use and sexual risk behaviour.*

© Всемирная организация здравоохранения, 2002

Права на перевод и публикацию русского издания предоставлены Генеральным директором Всемирной организации здравоохранения Центру изучения наркотиков и поведения, связанного со здоровьем (*The Centre for Research on Drugs and Health Behaviour*), «СПИД Фонду Восток-Запад» (*AIDS Foundation East-West – AFEW*) и программе «Знания для противодействия ВИЧ/СПИДу в Российской Федерации» (*Knowledge for Action in HIV/AIDS in the Russian Federation*). Ответственность за выпуск издания на русском языке лежит на вышеупомянутых организациях.

© Центр изучения наркотиков и поведения, связанного со здоровьем (*The Centre for Research on Drugs and Health Behaviour*), 2004

© «СПИД Фонд Восток-Запад» (*AIDS Foundation East-West – AFEW*), 2004

© Программа «Знания для противодействия ВИЧ/СПИДу в Российской Федерации» (*Knowledge for Action in HIV/AIDS in the Russian Federation*), 2004

Перевод осуществлен организацией «СПИД Фонд Восток-Запад» (*AIDS Foundation East-West – AFEW*)

Макет А. Астахова

Все права защищены.

Воспроизведение, передача, распространение или дублирование любой части содержащихся в публикации материалов допускаются при условии их некоммерческого использования в дальнейшем. Мнение сотрудников организаций может не совпадать с мнением авторов; за высказанные авторами идеи организации ответственности не несут.

Распространяется бесплатно

СОДЕРЖАНИЕ

Благодарность	
Резюме	
1 Введение	1
2 Ключевые концепции	5
3 Подготовительный этап	33
4 Этап оценки	47
5 Этап реагирования	65
6 Методы и инструменты	73
Библиография	107
Приложение 1. Схемы оценки	117
Приложение 2. Пример структуры отчета	121

БЛАГОДАРНОСТЬ

Это руководство было подготовлено для ВОЗ/ЮНЭЙДС следующими лицами:

Тим Родз (Tim Rhodes)¹, Крис Фитч (Chris Fitch)² и Джерри В. Стимсон (Gerry V. Stimson)¹

¹ Центр изучения наркотиков и поведения, связанного со здоровьем, Департамент социальных наук и медицины Королевского научного, технологического и медицинского колледжа Лондонского университета, Великобритания (The Centre for Research on Drugs and Health Behaviour, Department of Social Science and Medicine, Imperial College of Science, Technology and Medicine, University of London, UK).

² Департамент международного развития программы изучения проблем ВИЧ/СПИДа, Департамент социальных наук и медицины Королевского научного, технологического и медицинского колледжа Лондонского университета, Великобритания (Department for International Development HIV/AIDS Knowledge Programme, Department of Social Science and Medicine, Imperial College of Science, Technology and Medicine, University of London, UK).

Технический вклад и комментарии к данному руководству обеспечили профессор Моруф Адекан (Moruf Adekan), доктор Эндрю Болл (Andrew Ball), Марк Дэвис (Mark Davis), Мартин Донохью (Martin Donoghoe), Алэн Грейг (Alan Greig), доктор Суреш Кумар (Suresh Kumar), Мванса Нкване (Mwansa Nkowane), Сужата Рана (Sujata Rana), доктор Шехар Саксена (Shekhar Saxena), Веразит Ситтитраи (Werasit Sittitrai) и доктор Гундо Вайлер (Gundo Weiler).

Полевое тестирование предварительного варианта настоящего руководства выполнили профессор Габриэль Бьянки (Gabriel Bianchi), профессор Джакобо Шифтер-Сикора (Jacobo Schifter-Sikora) и профессор Годфри Вельк (Godfrey Woelk), а обработку и редактирование данных, собранных в ходе полевого исследования, координировал Крис Фитч.

Общее руководство проектом, включая разработку исходного проекта данного руководства, осуществлено доктором Эндрю Боллом и доктором Гундо Вайлером — с конца 1997 года до ноября 1999 года, после чего проект вели доктор Шехар Саксена и Аннет Нкване (Annette Nkowane), ключевой сотрудник проекта. Дизайн и макет издания разработал Йэн Хэррис (Ian Harris), а редактировал доктор Али Хуссейн (Ali Hussein).

Исследования и анализ употребления воздействующих на психику веществ и рискованного сексуального поведения проводились под руководством доктора Алена Лопеса, исполнительного программно-менеджера программы исследования злоупотребления веществами (Alan Lopez, Acting Programme Manager, Programme on Substance Abuse) [июнь 1996 — июль 1998 г.], доктора Марио Аргандонья, исполнительного программно-менеджера (Mario Argandona, Acting Programme Manager, Programme on Substance Abuse) [август — сентябрь 1998 г.], доктора Мэри Янсен, директора Департамента исследований злоупотребления веществами (Mary Jansen, Director, Substance Abuse Department) [октябрь 1998 — март 2000 г.] и доктора Бенедетто Сарацено, директора Департамента психического здоровья и зависимости от веществ (Benedetto Saraceno, Director, Department of Mental Health and Substance Dependence) [с марта 2000 г. по настоящее время].

Финансирование настоящего проекта обеспечено Объединенной программой ООН по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС).

РЕЗЮМЕ

Настоящее руководство описывает применение методик экспресс-оценки и реагирования (ЭОР) как с целью выявления употребления веществ и рискованного сексуального поведения на местном уровне, так и с целью выбора соответствующих ответных мер в условиях нехватки времени и средств.

Обычно подходы ЭОР используются в таких ситуациях, когда срочно необходима информация, когда ограниченность местных ресурсов исключает применение более традиционных исследовательских методик, а также если организации нуждаются в информации для разработки, мониторинга или оценки программ вмешательства.

Руководство предназначено в первую очередь для лиц, организующих, предпринимающих или заказывающих проведение ЭОР (включая главных исследователей, аналитиков, персонал полевых исследований и основных заинтересованных лиц сообществ). Основные цели руководства заключаются в оказании помощи: а) в определении взаимосвязи между употреблением веществ и сексуальным поведением в данном районе; б) в описании вредных для здоровья последствий такого поведения; в) в оценке имеющихся возможностей и средств для осуществления вмешательств.

Для достижения этих целей руководство разбито на шесть основных разделов: 1) ключевые концепции: описываются основные принципы ЭОР; 2) подготовительный этап: представляются ключевые стадии планирования ЭОР и обсуждаются проблемы, которые могут возникнуть на каждой из них; 3) этап оценки: в этом разделе представлен обзор основных тем и вопросов, которые могут возникнуть в процессе ЭОР, и описаны инструменты и методы, которые могут быть использованы; 4) этап реагирования: рассматривается использование результатов, полученных в ходе ЭОР, для разработки вмешательств, защиты общественных интересов (адвокации) и деятельности по реализации программ и политики; 5) методы и инструменты: в этом разделе описан ряд качественных и количественных техник, используемых в методиках ЭОР; 6) приложения: этот раздел содержит несколько технических приложений и средств, в частности матрицы оценки и рекомендуемые схемы отчетов.

В руководство также включены обзор накопленных к настоящему времени исследовательских данных о взаимосвязи между употреблением веществ и рискованным сексуальным поведением, а также список дополнительных вспомогательных ресурсов.

1 ВВЕДЕНИЕ

1 ВВЕДЕНИЕ

Экспресс-оценка и реагирование (ЭОР) — это метод, направленный на получение информации, необходимой для планирования и разработки политики и программ здравоохранения, а также отдельных мероприятий (вмешательств) и услуг в области здравоохранения [1–3]. Как правило, ЭОР используется в тех случаях, когда:

- срочно требуются данные;
- ограничения по времени или средствам не позволяют использовать другие, более традиционные исследовательские технологии;
- организации необходимо получить оперативные и значимые данные для разработки, осуществления, мониторинга или оценки программ здравоохранения.

Для решения этих задач ЭОР основывается на:

- комплексе инструментов и методов;
- комплексе навыков, выработанных командой, выполняющей оценку («команда ЭОР»), и их отношении к проблеме;
- комплексе процессов (таких как планирование, консультирование и оценка) в рамках проводимой процедуры оценки, которые помогают выявлять и разрешать проблемы, связанные с употреблением веществ и сексуальным поведением.

Задачи настоящего руководства

Данный документ предлагает практические рекомендации по использованию ЭОР для:

- оценки текущей ситуации в сфере употребления веществ и связанного с ним сексуального поведения (в рамках страны, населенного пункта или сообщества);
- разработки вмешательств, направленных на сокращение неблагоприятных для здоровья последствий рискованного сексуального поведения, связанного с употреблением веществ.

Настоящие рекомендации разработаны для тех, кто организует или осуществляет ЭОР, включая главных исследователей; руководителей команд по экспресс-оценке; аналитиков; персонал программ полевых исследований; руководителей программ. Предполагается, что исследователи знакомы с основными методами социологических исследований (хотя, конечно, в тексте даются ссылки на дополнительные рекомендации по данному вопросу).

Цель настоящего руководства

Данный документ предлагает рекомендации по использованию ЭОР для оценки текущей ситуации в сфере употребления веществ и рискованного сексуального поведения. Оценка местной ситуации, помещенной в контекст страны, населенного пункта или отдельного сообщества, является обязательным требованием к планированию и разработке соответствующих мероприятий по реагированию. Данное руководство позволяет:

- выявлять взаимосвязи между употреблением веществ и сексуальным поведением;
- описывать распространенность и природу типов сексуального поведения, связанных с употреблением веществ;
- учитывать связанные с такими привычками и поведением вредные последствия для здоровья;
- определять существующие ресурсы и возможности для вмешательства;
- понимать потребности и приемлемость, а также имеющиеся ресурсы и необходимые действия, направленные на реализацию соответствующих вмешательств на местном уровне.

Как пользоваться настоящим руководством

Руководство разделено на шесть разделов:

- **ключевые концепции:** в этом разделе описываются основные концепции, на которых базируется ЭОР. Понимание концепций необходимо для успешной разработки и последующей реализации ЭОР;
- **подготовительный этап:** в этом разделе представлены ключевые стадии планирования ЭОР и обсуждаются проблемы, которые могут возникнуть на каждой из них;
- **этап оценки:** в этом разделе представлен обзор основных тем и вопросов, которые могут возникнуть в процессе ЭОР, а также инструменты и методы оценки, которые могут быть применены. Этот раздел вместе с разделом, посвященным методам и инструментам (глава 6), следует использовать для планирования деятельности по оценке;
- **этап реагирования:** в этом разделе на основе данных, полученных в ходе оценки, рассматриваются способы планирования программ и политики;
- **методы и инструменты:** в этом разделе описаны методы и инструменты, которые могут быть использованы в ЭОР. Применительно к каждому методу/инструменту объясняется, что он собой представляет, зачем и как используется, а

также приводятся важные дополнительные сведения;

- **приложения:** этот раздел содержит несколько технических приложений и средств, в частности матрицы оценки и рекомендуемые схемы отчетов.

Важно с самого начала подчеркнуть, что взаимосвязь между употреблением веществ и рискованным сексуальным поведением — это сложное явление, включающее фармакологический аспект, индивидуальные убеждения и поведенческие стереотипы, а также влияние социального, экономического и культурального контекстов. Никакие руководства по ЭОР не могут (и не должны) освещать одновременно все эти аспекты. Поэтому задача настоящего руководства заключается в обеспечении команд ЭОР набором инструментов, которые следует анализировать, отбирать и адаптировать в соответствии с особенностями местной ситуации. Данный документ призван оказать поддержку исследовательским командам в процессе совместной подготовки и реализации ЭОР.

Аудитория

Руководство предназначено для использования организациями и группами, которые планируют провести оценку взаимосвязи между употреблением веществ и рискованным поведением с целью развития или совершенствования программ охраны здоровья и профилактики, адресованных потребителям веществ, их семьям и социальному окружению. Люди, предоставляющие техническую поддержку подобным организациям и группам, также могут использовать данную книгу. Особое внимание в руководстве уделяется риску *инфицирования ВИЧ*, связанному с сексуальным поведением, в его взаимосвязи с поведенческими моделями употребления веществ — законного и незаконного, зависимого и эпизодического, инъекционного и неинъекционного.

Другие источники

При подготовке этих рекомендаций были также использованы следующие источники:

- Серия ЮНЭЙДС по передовому опыту. «Роль экспресс-оценки и реагирования в профилактике ВИЧ: принципы и практика» (*The Role of Rapid Assessment and Response in HIV Prevention: Principles and Practices*), ЮНЭЙДС, 2002 [4]. В этом документе представлен технический обзор роли, места и аргументов в пользу применения ЭОР для профилактики ВИЧ, включая выдержки из наиболее важных опубликованных отчетов и анализ примеров из практики.
- Серия ЮНЭЙДС по передовому опыту. «Употребление веществ и рискованное сексуальное поведение: обзор имеющихся данных» (*Substance Use and Sexual Risk Behaviour: A Review of the Evidence*), ЮНЭЙДС, 2002 [5]. Этот документ содержит снабженный ссылками обзор международной исследовательской литературы по вопросам взаимосвязи между различными типами употребления веществ и рискованным сексуальным поведением.
- Всемирная организация здравоохранения «Руководство по использованию методологии экспресс-оценки и реагирования на ситуацию с инъекционным употреблением наркотиков» (*Rapid Assessment and Response Guide on Injecting Drug Use*), проект для полевого тестирования ВОЗ, 1998 [6].
- Веб-сайт www.RARarchives.org содержит полезные тексты и ресурсы, включая рекомендации по применению ЭОР для различных проблем, связанных с наркотическими препаратами (включая инъекционное употребление наркотиков).
- Международный альянс по ВИЧ/СПИДу. «Оценка с привлечением к участию (методические рекомендации)» (*The International HIV/AIDS Alliance HIV and Drug Use: Toolkit on Participatory Assessment and Response*); для ознакомления посетите веб-сайт www.aidsalliance.org [7].
- «Международный журнал по наркополитике» (*The International Journal of Drug Policy*). Специальный выпуск (том 11, выпуск 1–2, март 2000) под названием «Экспресс-оценка и реагирование» [8]. Экземпляры этого издания доступны в издательском департаменте ЮНЭЙДС и на веб-сайте www.elsevier.nl/locate/drugpo. Этот документ содержит свыше 20 комментариев и документов, относящихся к использованию ЭОР при изучении употребления веществ.

2 КЛЮЧЕВЫЕ КОНЦЕПЦИИ

- 2.1 Экспресс-оценка и реагирование (ЭОР)
- 2.2 Разработка вмешательства
- 2.3 Схемы оценки
- 2.4 Участие сообщества
- 2.5 Употребление веществ и рискованное сексуальное поведение

2.1 Экспресс-оценка и реагирование (ЭОР)

Что такое ЭОР?

Экспресс-оценка и реагирование (ЭОР) — это метод планирования и разработки профилактической деятельности и программ, а также способ обеспечения уже существующих вмешательств и услуг дополнительной информацией^[1–3].

ЭОР обычно используется, когда данные необходимо собрать как можно быстрее; когда ресурсы или материально-технические ограничения свидетельствуют о том, что применение обычных исследовательских методов невозможно; когда существует необходимость использования оценки в качестве метода разработки, усовершенствования или оценки программ вмешательства.

Существуют пять основных составляющих принципов ЭОР:

- **быстрота** — быстрое получение данных и быстрая разработка плана действия;
- **ресурсная эффективность** — эффективное использование времени и человеческих ресурсов;
- **множественные методы** — использование нескольких методов и источников данных позволяет максимизировать сбор и достоверность данных;
- **практическая адекватность** — в ЭОР приоритетным является прикладная польза сбора и использования данных, а не попытка достичь научного совершенства;
- **направленность на действия** — приоритетность разработки и усовершенствования практических методов создания и проведения программ.

Несмотря на то что почти любая оценка будет включать в себя все вышеизложенные принципы, на практике каждый из них должен быть интерпретирован согласно локальным нуждам и контексту, а также постоянно дополняться иными задачами.

Принцип 1: быстрота

Первый принцип — **быстрота**. Распространение употребления веществ и связанных с этим проблем может происходить гораздо быстрее, чем проведение традиционных социологических исследований. Быстрое распространение ВИЧ-инфекции в Юго-Восточной Азии, Африке и Восточной Европе подтверждает этот тезис. Время — основная составляющая решения медицинских и социальных проблем. Таким образом,

экспресс-оценка должна проводиться в течение краткосрочного периода, нескольких недель или месяцев, а не нескольких лет.

На практике экспресс-оценка обычно проводится в течение трех месяцев. Хотя, в зависимости от целей, продолжительность оценки может быть меньше (как, например, оценка, проводившаяся ЮНЭЙДС в 1998 году в Кыргызстане, заняла всего девять дней) или, наоборот, больше (одно исследование проводилось в течение 486 дней).

Для быстрого и эффективного проведения работы необходимо:

- правильно спланировать и подготовить оценку;
- по возможности заранее установить контакт с важными организациями, ключевыми информантами и людьми, обладающими необходимыми данными;
- подготовиться анализировать данные по мере их поступления, а не по завершении проекта;
- найти время не только для сбора данных, но и для их обсуждения и рассмотрения.

Быстрое проведение работы иногда может стать причиной определенных проблем. Из-за возможных ошибок или неправильного суждения можно ненамеренно причинить вред сообществу или целевой группе, среди которой проводится работа. Все этические проблемы, связанные с ЭОР, и методы их решения должны быть определены заранее. Это также является показателем того, что ЭОР лучше применять для изучения простых и ясных вопросов, а не сложных, комплексных ситуаций.

Принцип 2: ресурсная эффективность

ЭОР направлено на эффективное использование ресурсов при проведении оценки и разработке профилактического вмешательства.

Раньше нежелание использовать в области здравоохранения подходы, схожие с ЭОР, было вызвано сомнением в достоверности и репрезентативности получаемых данных. Неясно было, насколько такие методы могут заменить крупномасштабные количественные исследования, которые традиционно считались основными при разработке программ в области здравоохранения.

Тем не менее опыт показывает, что крупномасштабные исследования не всегда целесообразны или практичны.

- **С материально-технической точки зрения** такие исследования очень сложно организовать и провести, они часто требуют значительного времени, человеческих ресурсов и материальных средств. Кроме того, обычно такие исследования необходимо проводить на регулярной основе.
- **С методологической точки зрения** эти исследования обычно предусматривают анализ конкретных исследовательских вопросов. Такой подход позволяет собрать и проанализировать значительное количество сопоставимых данных. Однако он может быть не совсем уместен в тех случаях, когда исследователи хотят изучить опыт, восприятие или поведение на индивидуальном уровне.
- **Наконец** можно сказать, что подобные исследования не являются эффективным методом сбора информации о таких деликатных или «скрытых» типах поведения, как употребление веществ или сексуальное поведение, потому что:
 - общие опросы населения или опросы на дому могут выявить только ограниченное число проблемных потребителей наркотиков;
 - даже в ходе исследований, проводимых среди большого числа потребителей наркотиков и требующих значительного времени и ресурсов, обычно невозможно использовать случайную выборку;
 - подобные исследования выявляют только те формы поведения, о которых сообщает респондент.

Без аккуратной методологической проверки респонденты могут приукрашивать или игнорировать те или иные факты, ограничивать свои ответы в зависимости от отношений, связывающих их с присутствующими или просто неправильно интерпретировать задаваемые им вопросы.

Такая ситуация спровоцировала увеличение интереса к применению качественных методов исследований. Обычно они включаются в крупномасштабные количественные исследования в виде интервью или фокус-групп и позволяют получить дополнительные данные, которые могут быть использованы для изменения структуры опроса или более детального рассмотрения конкретных вопросов. Реже применяются глубинные качественные или этнографические исследования, предоставляющие важное детализированное и обширное описание индивидуального опыта, понимания проблемы и действий.

Метод ЭОР разработан для сбора данных, которые могут дополнить результаты крупномасштабных опросов в ситуациях, когда время и

ресурсы ограничены. Сочетание качественных и количественных методов позволяет рассматривать определенные вопросы, которые могут быть быстро и напрямую включены в разработку программ и вмешательств.

Принцип 3: множественные методы

Один метод или источник данных не может предоставить описание всех аспектов сложных социальных проблем, в особенности проблем деликатных или «скрытых». **Поэтому третьим принципом ЭОР является важность использования нескольких методов и источников данных с целью получения более детального описания локальной ситуации.**

- **Использование более одного метода или источника данных в одном исследовании позволяет раскрыть различные аспекты изучаемого вопроса.** Например, проведение интервью или фокус-групп среди уличных детей на тему сексуального поведения позволит получить информацию, в значительной степени отличающуюся от результатов количественных исследований этого вопроса.
- **Помните о том, что единичные методы дают разную информацию об изучаемом вопросе, а также не всегда выявляют потенциально важные данные.** Например, изучение официальной статистики может показать достаточно низкий уровень распространенности ВИЧ-1 среди потребителей инъекционных наркотиков. Но при проведении фокус-групп среди потребителей может выясниться, что мало кто из них проходил тестирование на ВИЧ. Использование нескольких методов позволяет получить информацию, которая может быть упущена при применении одного отдельного метода.
- **Применение нескольких методов также может быть использовано для получения дополнительной информации с целью разработки другого метода.** Например, при проведении национального исследования сексуального поведения и образа жизни в Великобритании были применены качественные методы с целью выяснить, какие термины сексуального характера наиболее целесообразно использовать для формирования инструмента опроса. Результаты показали, что такие широко распространенные термины, как «вагинальный секс», «оральный секс» и «гетеросексуал» не достаточно понимаются значительной частью британского общества. Это позволило модифицировать инструменты опроса, который впоследствии включил в себя объяснение этих терминов.

Дополнительные направляющие концепции

Процесс оценки в значительной степени направляется четырьмя дополнительными концепциями. Это триангуляция, индукция, консультации с сообществом и холизм.

Триангуляция. Использование нескольких методов позволяет команде ЭОР сравнивать данные, полученные из различных источников (например, государственных отчетов или интервью с ключевыми информантами), прежде чем будут сделаны окончательные выводы. Это помогает идентифицировать несоответствия, конфликты или совпадения данных различных источников. Такой процесс проверки называется триангуляцией. Триангуляция означает рассмотрение вопросов с различных точек зрения. Кроме использования различных методов или источников данных, существует целый ряд способов подтверждения достоверности информации, в том числе:

- привлечение представителей исследовательской команды, обладающих различными исследовательскими навыками;
- проведение исследования в разное время суток или разное время года;
- привлечение двух исследователей к рассмотрению одной темы с последующим сравнением результатов.

Методы ЭОР являются более точными по сравнению с исследованиями, в ходе которых используется один метод или источник данных. Эти и другие способы улучшения достоверности обсуждаются в модуле по методам исследования.

Индукция. Несмотря на важность триангуляции, бессистемный и бездумный сбор данных не является целью ЭОР. Процесс сбора данных должен направляться и другой концепцией — *индукцией*. Перед проведением ЭОР можно сначала определить некоторые основные вопросы, которые необходимо рассмотреть («дедуктивный» подход). Однако не все вопросы исследования могут быть определены таким образом: некоторые станут ясны по мере получения новых данных *в ходе* оценки. Поэтому в экспресс-оценке также применяется *индуктивный* подход. Это означает, что необходимо разработать вопросы исследования и делать выводы по мере поступления данных, а затем активно искать информацию, позволяющую подтвердить, опровергнуть или изменить сделанные выводы и гипотезы. Таким образом, «линия исследования» определяется в значительной степени непосредственно при анализе данных, что придает работе команды ЭОР определенную гибкость.

Консультации с сообществом. Кроме использования множественных методов исследования и источников данных, в ходе ЭОР необходимо документировать

и то, как различные группы населения, например потребители наркотиков, работники здравоохранения или местные жители, представляют и оценивают изучаемую ситуацию. Консультации с сообществами крайне важны, потому что они помогают определить и привлечь лиц, заинтересованных в проблеме, к разработке программ. Экспресс-оценка должна поощрять активное участие основных представителей местного сообщества, которые могут укрепить практическое применение и эффективность оценки. Воздействие локальной экспресс-оценки, скорее всего, будет выше, если она будет напрямую включена в местную программу на уровне сообщества.

Холизм. Холизм крайне важен для понимания взаимосвязи между употреблением веществ и рискованным сексуальным поведением. Экспресс-оценка используется не только для изучения индивидуального поведения, но и для понимания широкого спектра воздействия со стороны сообщества и социально-экономического окружения. Возникающие и быстро развивающиеся проблемы со здоровьем могут быть связаны с социальной или экономической ситуацией в стране, городе или сообществе.

Принцип 4: практическая адекватность

ЭОР обычно применяется с целью содействовать принятию решения о необходимости, возможности и своевременности проведения вмешательства. Экспресс-оценка сама по себе *не является* самодостаточной. Польза и успешность экспресс-оценки должны измеряться степенью ее практического применения, а не научной доскональностью. Сбор *слишком большого количества данных* в ходе ЭОР может отсрочить процесс принятия решения. Иногда оценка не дает результатов по причине применения неправильных методических стандартов, что выливается в сбор слишком большого количества информации или слишком детальных данных, или же занимает слишком много времени из-за желания провести более тщательное исследование.

Залогом успеха является понимание того, когда необходимо перестать использовать определенный метод или перестать следовать той или иной линии исследования и перейти в новую область.

На практике определить эту *точку насыщения* не всегда легко. В этом случае команда ЭОР может принять во внимание следующее:

- *Сколько различных типов методов было использовано для изучения данной темы.* Если команда уже использовала несколько методов, возможно, будет лучше перейти к следующему ряду вопросов. Если был использован только один или два метода, необходимо рассмотреть возможность применения других.
- *Какие типы методов были использованы.* Отсутствие данных может объясняться использованием одних и тех же методов. Например, если проводились только фокусные группы и интервью, будет полезно перейти к изучению существующих источников данных.
- *Воздействие внешних факторов.* Зачастую отсутствие новых данных объясняется внешними факторами (например, проведение интервью с уличными детьми, которые опасаются посторонних). В этом случае будет полезно приостановить рассмотрение данной линии исследования и вернуться к ней на более позднем этапе.

Принцип 5: направленность на действия

ЭОР направлено на выработку ответных мер и программ вмешательства. Термин «вмешательство» означает проведение действий, влияющих на исход ситуации. Имеются в виду любые действия, помогающие предотвратить негативные для здоровья последствия и рискованное сексуальное поведение, связанные с употреблением веществ.

Сюда можно включить стратегии, которые:

- напрямую помогают людям изменять употребление наркотиков и сексуальное поведение (изменение на индивидуальном уровне);
- помогают изменить нормы и практики, принятые в сообществе (изменение на уровне сообщества);
- изменяют юридические, политические, экономические, социальные, религиозные или культуральные факторы, влияющие на употребление веществ и сексуальное поведение (структуральные, социальные и культуральные изменения).

Эти вмешательства могут быть направлены на охрану здоровья, снижение риска, предупреждение нанесения вреда здоровью, лечение или изменение политики.

В настоящий момент признается, что существуют определенные профилактические подходы, способные эффективно снизить распространение ВИЧ и других вредных для здоровья последствий среди потребителей веществ. Как бы то ни было, не все профилактические вмешательства могут просто воспроизводиться в различных условиях. Употребление наркотиков и связанные с этим проблемы со здоровьем сильно отличаются друг от друга в зависимости от страны, области или социальной группы; они также имеют тенденцию меняться со временем. Следовательно, социальные и

общественные профилактические меры также зависят от локальной ситуации и подвергаются воздействию со стороны социальных, культуральных, политических, религиозных и экономических факторов. Перед проведением любой программы вмешательства необходимо тщательно изучить локальную ситуацию. Без этого вмешательство может стать неэффективным, несвоевременным или неприемлемым.

Является ли ЭОР новым методом?

Важно помнить о том, что ЭОР не является новым методом ^[4-6]:

- Вне области наркопотребления методы, схожие с ЭОР, применялись с 1970-х годов в таких областях, как сельская социология ^[5], антропология развития ^[7] и прикладные эпидемиологические исследования ^[8]. Этот подход также использовался для изучения таких медицинских проблем, как рак шейки матки ^[9], гигиена воды ^[10] и диабет ^[11].
- В области наркопотребления этот метод используется с 1993 года международными агентствами, государственными и общественными организациями. Сюда можно отнести проведение оценок в области инъекционного употребления наркотиков ^[12]; употребления веществ среди молодежи ^[13] и оценку развития программ профилактики ВИЧ для этнических меньшинств ^[14].
- Некоторые инструменты, навыки и процессы, используемые в ЭОР, достаточно давно применяются в социальной науке в целом. Возможно, что члены вашей команды ЭОР будут уже знакомы с какими-либо концепциями, изложенными в данном руководстве.

Помните о том, что руководство по ЭОР не дает «общих решений». Напротив, его цель — предоставить команде ЭОР набор инструментов, которые необходимо рассмотреть, отобрать и адаптировать согласно характеристикам каждой конкретной ситуации. Команда ЭОР должна использовать это руководство в качестве вспомогательного (а не заместительного) средства в разработке собственных идей и действий.

ЭОР: изучение случая — Украина ^[15]

В данном разделе приводится пример проведения ЭОР в Восточной Европе. Цель — дать описание методической и материально-технической деятельности.

До 1994 года ничто не указывало на наличие эпидемии ВИЧ в странах СНГ и не было практически ни одного случая ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). Но с 1994 по 1998 год распространение ВИЧ в Украине, Российской Федерации, Беларуси, Молдове и Казахстане приобрело «взрывной»

характер. Например, в Украине число случаев ВИЧ-инфекции увеличилось с 44 в 1994 году (ни одного случая среди ПИН) до 15 442 новых случаев в 1997-м, большинство из которых были зарегистрированы среди ПИН. В январе 1996 года распространенность ВИЧ среди ПИН на юге Украины достигла 31% в Одессе и 57% в Николаеве ¹⁶¹.

Быстрое распространение ВИЧ среди ПИН в Украине совпало с высоким уровнем распространенности инфекций, передающихся половым путем (ИППП), среди населения в целом. Международный опыт показывает, что когда распространенность ВИЧ среди ПИН достигает 10%, в течение двух или трех лет распространенность может составить 40 или выше процентов ¹⁷¹. В данном случае эпидемия ВИЧ шла параллельно (и таким образом усиливалась) с эпидемией ИППП.

Необходимость проведения ЭОР была вызвана тремя причинами:

- в регионе наблюдалось увеличение числа случаев инфицирования ВИЧ, связанных с инъекционным употреблением наркотиков;
- несмотря на рост числа новых случаев ВИЧ, связанных с инъекционным употреблением, считалось, что эпидемия все еще находится на ранней стадии; меры по профилактике ВИЧ могли оказать значительное воздействие на ее развитие;
- помимо числа официально зарегистрированных случаев ВИЧ, мало было известно о природе употребления веществ и типах сексуального поведения, а также о том, какого рода программы вмешательства необходимо проводить.

Цели

Целью проведения ЭОР была попытка задокументировать и снизить негативные последствия употребления инъекционных наркотиков (включая рискованное сексуальное поведение), а также дополнить существующие знания о поведенческом риске, необходимости предоставления социальных и медицинских услуг и разработке программ вмешательства.

Проведение ЭОР также ставило целью установить контакт с потребителями инъекционных наркотиков вне медицинских учреждений и добиться взаимодействия между организациями, деятельность которых напрямую или косвенно затрагивала данную популяцию. Проведение ЭОР дало возможность установить контакт со скрытыми популяциями потребителей инъекционных наркотиков, включая тех, кто ранее не имел контакта с существующими агентствами и службами.

Состав команды

Команда ЭОР состояла из 17 человек, большинство из которых выполняло свои четко определенные задания. В целом оценка проводилась под руководством основной команды из 5–6 человек. Все эти люди работали в медицинских, научных, неправительственных и коммерческих организациях.

Кроме того, был создан Консультативный совет сообщества (КСС). Таким образом команде ЭОР и представителям сообществ, агентств и учреждений, задействованных в ЭОР, обеспечивалась возможность планировать исследования, обсуждать результаты и возможные проблемы и определять возможности проведения программ. В команду вошли 12 представителей государственных структур, системы здравоохранения, правоохранительных органов, медицинских учреждений и СМИ.

Методология и выборка

В ходе ЭОР применялись интервью (полуструктурированные), фокус-группы, наблюдения, обзор существующих источников данных, геосоциальное картирование и техники оценки численности. Ниже приводятся точные цифры:

Проведены интервью с 12 потребителями инъекционных наркотиков; 10 работниками здравоохранения; 5 представителями правоохранительных органов; 5 журналистами и представителями СМИ; 5 представителями общественных организаций, 6 служителями церкви и 5 представителями местного сообщества.

Проведены пять фокус-групп среди 30 потребителей (что вместе с неструктурированными интервью составило 42 контакта с ПИН), три группы среди 20 медработников и одна фокусная группа с представителями общественных и религиозных организаций.

Наблюдения проводились в пяти местах, вблизи от служб обмена шприцев, и в 10 общественных и частных местах (например, частных квартирах), где изготавливались и употреблялись наркотические вещества.

В ходе картирования определялись наркологические клиники, пункты обмена шприцев, возможные места употребления (студенческие и рабочие общежития и наркопритоны) и продажи наркотиков.

Аналізу подверглись данные о распространенности ВИЧ, лечении, данные правоохранительных органов и информация, полученная в ходе предыдущих исследований поведе-

ния молодежи. Кроме того, анализировались отчеты, опубликованные в популярных печатных изданиях, и существующее законодательство.

В выборку были включены следующие целевые группы: потребители инъекционных наркотиков (основная группа); работники наркослужб; социальные работники и медицинские специалисты, работники правоохранительных органов; представители СМИ и члены местного сообщества. Были отобраны потребители наркотиков, ранее посещавшие лечебные учреждения, и потребители, не имевшие контакта с учреждениями. Выборка потребителей наркотиков производилась с использованием метода «снежного кома» и метода «сети контактов». Отбор других участников проводился по принципу «ключевых информантов», т. е. отбирались те люди, которые, как предполагалось, могли быть источниками информации. В целом выборка производилась с целью охватить наибольшее количество географических районов и организаций, работающих в области наркопотребления, а также различные культуральные субпопуляции.

График

Данное исследование проводилось в течение восьми месяцев.

Первый месяц. Первый месяц был отведен на обучение команды, формирование КСС и планирование областей работы. Было решено, что во время проведения ЭОР КСС соберется пять раз, а по окончании исследования будут проводиться регулярные встречи для анализа результатов.

Второй месяц. Началось картирование территории. Цель — ознакомление команды с местонахождением центров лечения и обмена игл, а также продажи и употребления наркотиков. Картирование было крайне важным для определения потенциальных мест набора участников исследования, а также потенциальных районов будущих вмешательств. Информация, использованная в ходе процесса картирования, была

получена из интервью и фокусных групп среди потребителей наркотиков. В течение второго месяца проекта было проведено первое из 46 неструктурированных интервью и первая из девяти фокусных групп. Состоялась первая встреча КСС, на которой было решено созывать собрания на ежемесячной основе.

Третий месяц. Продолжилось проведение картирования, фокусных групп и интервью. Началось проведение структурированных наблюдений за приготовлением и употреблением наркотиков с целью идентификации представлений потребителей о рискованном поведении.

Четвертый месяц. Проводился анализ существующих данных и источников информации, включая анализ данных о распространенности ВИЧ, а также законодательных документов и репортажей в СМИ, касающихся употребления веществ.

Пятый месяц. Последний месяц полевой работы и сбора данных, анализ количественных и качественных данных. Также началось распространение полученной в ходе ЭОР информации среди лиц, заинтересованных в проблеме, и представителей СМИ, что стало началом профилактической кампании.

Шестой месяц. Работа была сфокусирована на составлении отчета по ЭОР. В этом месяце на пятую встречу КСС были приглашены представители местных общественных организаций, которые внесли свой вклад в дискуссию о необходимых программах вмешательства для потребителей наркотиков.

Седьмой месяц. Отчет по ЭОР и рекомендации были направлены в финансирующую организацию. Несмотря на завершение рабочего плана, встречи КСС были продолжены для подготовки крупного семинара в **восьмом месяце**. В этом месяце результаты исследования были переданы представителям СМИ, образования, здравоохранения и правоохранительных органов; также началось планирование ответных мер.

2.2 Разработка вмешательства

Как используется информация, полученная в ходе ЭОР?

ЭОР проводится прежде всего для того, чтобы содействовать процессу принятия решений о необходимости, возможности проведения и адекватности программ вмешательства. Существует по крайней мере шесть способов использования информации, полученной в ходе ЭОР, для разработки программ.

- **Определение подходящей программы.** ЭОР может помочь определить реально выполнимое и подходящее вмешательство и избежать вложения ресурсов в заведомо неэффективные программы.
- **Демонстрация возможности проведения вмешательства.** В некоторых странах ошибочно считается, что установить контакт с наркопотребителями вне медицинских учреждений невозможно. Следовательно, вмешательства с включением работы с сообществом (например, аутрич-программы) не рассматриваются как жизнеспособные. Работа с «труднодоступными» группами в ходе ЭОР может продемонстрировать, что такие вмешательства возможны.
- **Быстрая разработка вмешательств.** Обычно проведение ЭОР приводит к быстрой разработке программ — это может произойти как во время, так и после проведения оценки.
- **Предоставление убедительных данных.** ЭОР направлено на сбор данных, которые не только могут определить необходимые программы, но и убедить людей, обладающих властью и финансовыми средствами, оказывать поддержку таким программам. Сочетание различных видов исследования позволяет предоставить политикам и представителям власти количественные данные о масштабах и природе употребления веществ, тогда как качественные данные могут придать «человеческий голос» опыту потребителей, медиков и других ключевых лиц путем использования прямых цитат, кратких биографий или примеров реальных случаев.
- **Активизация деятельности внутри сообщества.** Проведение ЭОР само по себе может рассматриваться в качестве частичного вмешательства, так как ЭОР может мобилизовать и укрепить деятельность сообщества по решению местных проблем здравоохранения. Процесс привлечения ключевых лиц и организаций сообщества к совместному определению, планированию и проведению экспресс-оценки может:
 - улучшить навыки, закрепившиеся в сообществе;
 - повысить качество результатов исследований;
 - помочь заручиться поддержкой или понять причины противостояния в отношении той или иной программы.
- **Мониторинг воздействия.** ЭОР, проведенное повторно по истечении определенного срока, может помочь определить и оценить степень воздействия программы вмешательства.

Что такое эффективный подход к программам вмешательства?

Результаты исследований и оценок во многих странах подтверждают эффективность подхода, основанного на принципах общественного здравоохранения, к предупреждению вреда, связанного с употреблением веществ, в том числе инфицирования ВИЧ. ЭОР использует эти результаты для *быстрого реагирования* на возникающие проблемы в области здравоохранения с целью *предупреждения риска* и вреда для здоровья у отдельных людей и популяций.

Это достигается разработкой *многоуровневых вмешательств*, направленных на изменение *факторов риска* и *рискованных типов поведения*. «Многоуровневый» означает, что вмешательство проводится на уровне личности, сообщества, окружения и политики. Таким образом, ответные меры общественного здравоохранения разрабатываются с целью:

- оценить *типы риска* и *вред* для здоровья, связанные с употреблением наркотиков;
- минимизировать или предупредить *риски* и *вред* для здоровья, связанные с употреблением наркотиков;
- определить и предупредить *факторы риска* на уровне личности, сообщества, окружения и политики;
- сконцентрировать усилия на *популяции*, *подвергающейся риску*, а не только на индивидуумах, которые уже инфицированы или нездоровы.

Существует десять направляющих принципов разработки подобных быстрых и эффективных программ общественного здравоохранения.

Принцип 1: полноценная оценка

Эффективные меры основаны на полноценной оценке. ЭОР является составляющей частью разработки ответных мер и программ вмешательства. Десять принципов разработки эффективных программ здравоохранения, приведенных здесь, должны быть использованы в качестве направляющих при проведении оценки.

Принцип 2: постепенный и иерархический подход

Принципы «общественного здравоохранения» подчеркивают важность сосредоточения на снижении и предупреждении «факторов риска», особенно среди попу-

ПРИМЕРЫ

Экспресс-оценка может предоставить разнообразную информацию.

1. ВЫБОР ПРОГРАММЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Экспресс-оценка может определить, насколько своевременна или реально выполнима готовящаяся программа. Одна общественная организация предложила проводить «равное обучение» вопросам распространения ВИЧ половым путем среди потребителей алкоголя. Также было рекомендовано распространять презервативы. Однако результаты интервью, проведенных в ходе экспресс-оценки, показали, что открытое обсуждение сексуальных проблем в общественных местах неприемлемо в этом сообществе. Были сделаны рекомендации не проводить «равное обучение» в барах, а провести альтернативную программу повышения уровня информированности мужчин и женщин о способах убеждения партнеров в необходимости использования презервативов (как в устойчивых, так и в непродолжительных отношениях). В ходе программы проводилось целевое предоставление информации — как в барах, так и в медицинских и наркологических центрах и клиниках лечения ИППП.

2. ПРЕПЯТСТВИЯ ПРОВЕДЕНИЮ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

В ходе данной экспресс-оценки было определено, что одним из главных препятствий распространению в барах информации о более безопасном сексе является нежелание владельцев баров продавать или распространять презервативы. То есть данное вмешательство не могло быть эффективным, пока владельцы баров не проявили бы в нем заинтересованность. Поэтому на основе экспресс-оценки была сделана рекомендация провести обучающую программу среди владельцев баров.

3. ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

В ходе экспресс-оценки было выяснено, что эффективная аутрич-работа среди потребителей веществ должна носить строго целевой характер. Во-первых, различные группы потребителей рассеяны по различным районам города, находящимся на значительном расстоянии. Во-вторых, некоторые группы, например потребители и инъекционные потребители героина, «скрыты» от аутрич-работников и медиков. Экспресс-оценка показала, что возможность и эффективность проведения аутрич-работы может быть увеличена, если к работе будут привлечены сами потребители.

4. НАРАЩИВАНИЕ ПОТЕНЦИАЛА НА УРОВНЕ СООБЩЕСТВА

Было решено, что команда, проводящая экспресс-оценку, будет предоставлять местной консультативной группе, состоящей из медицинских работников, представителей общественных организаций и членов местного комитета по вопросам профилактики ВИЧ, результаты исследования по мере их появления. Это происходило каждые три недели; всего оценка проводилась в течение 12 недель. Таким образом консультативная группа могла действовать, не дожидаясь окончательного результата оценки. Кроме того, группа успешно смогла привлечь ресурсы для распространения презервативов среди уличных детей еще до завершения оценки. По окончании экспресс-оценки было решено, что группа продолжит разработку программ среди потребителей веществ на основе плана действий, разработанного в ходе экспресс-оценки.

ляций, более других подверженных этому риску. В основе этого подхода лежит предположение о том, что с точки зрения *экономической затратности* эффективнее предотвратить негативные для здоровья последствия среди популяций, подвергающихся риску, *до того* как они возникнут и *до того* как потребуются лечение.

Принцип 3: прагматичный подход

Подход общественного здравоохранения подчеркивает важность быстрого реагирования и предупреждения вреда и рисков для здоровья, связанных с употреблением наркотиков. В связи с этим может потребоваться, чтобы вопросам снижения риска, связанного с употреблением веществ, уделялось больше внимания, чем вопросам снижения уровня наркопотребления как такового. Прагматичный подход подчеркивает *практическую необходимость* — например, предупреждение эпидемии ВИЧ и снижение уровня передачи ВИЧ.

Принцип 4: множественные и взаимосвязанные стратегии

Необходимость поощрения изменений на уровне личности, сообщества, окружения и политики является основополагающим принципом проведения эффективных программ вмешательства. Принципы, лежащие в основе изменения поведения, могут быть применены в отношении любых проблем здравоохранения, включая проблемы, связанные с употреблением наркотиков, сексуальным поведением и ВИЧ/СПИДом. Эффективные меры на местном уровне должны состоять из «пакета» взаимосвязанных вмешательств, направленных на пропаганду здоровья через изменение поведения на уровне индивидуума, улучшения предоставляемых ме-

дицинских услуг, разработки мер, ориентированных на сообщество, разработки благоприятствующих политик и изменений юридического, социального и политического характера. Программы, основанные на принципах общественного здравоохранения, должны учитывать то, как эти факторы могут взаимно дополнять друг друга.

Принцип 5: средства для изменения поведения

Вмешательства, направленные на индивидуальное изменение поведения, окажутся более эффективными, если они будут предоставлять людям не только *знания*, но и *практические средства* и *личностные навыки*, необходимые для изменения поведения. Сюда может входить предоставление презервативов и стерильных шприцев или лечение наркозависимости (*практические средства*), а также усовершенствование индивидуальных навыков принимать и отстаивать решение использовать презерватив (*личностные навыки*).

Принцип 6: изменение предоставляемых услуг

Совершенствование услуг здравоохранения в плане наличия и доступности определенных служб является основным компонентом разработки эффективных и прагматичных ответных мер. Во-первых, медицинские службы должны иметь возможность *устанавливать контакт* с целевой популяцией. Во-вторых, они должны иметь возможность *поддерживать этот контакт*. И в-третьих, их услуги должны быть ориентированы на *нужды* целевых популяций.

ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕРЫ ТРЕБУЮТ ПОСТЕПЕННОГО И ИЕРАРХИЧЕСКОГО ПОДХОДА

Эффективные ответные меры основываются на постепенном (инкрементном) подходе к поведенческим изменениям. Они объединяют первичную профилактику (например, профилактику наркопотребления) с «вторичной профилактикой» (например, с профилактикой «рискованного поведения» среди потребителей веществ) и «третичной профилактикой» (например, профилактикой плохого самочувствия среди ВИЧ-позитивных потребителей веществ). На местном уровне программы могут принять свою *иерархию* целей и задач — от первичной профилактики наркопотребления и связанного с ним «рискованного поведения» до обучения вопросам снижения вреда от продолжительного употребления веществ (вторичная профилактика) и предоставления лечения и ухода потребителям (третичная профилактика). Быстрое реагирование на проблемы в области здравоохранения может означать, что на определенном этапе приоритет необходимо будет отдать обучению общественности (вторичная профилактика), но при этом продолжать разрабатывать вмешательства по профилактике и лечению.

Принцип 7: базирующиеся в сообществе

Проведение вмешательства на базе сообществ считается эффективным методом, так как многие люди, затронутые негативными последствиями употребления веществ, ограничены в контактах с существующими организациями здравоохранения. Проведение мер на базе сообщества с привлечением местных организаций и применением других подходов (например, проведение аутрич) является необходимым компонентом

программ вмешательства, направленных на «скрытые» популяции, такие как потребители веществ.

Принцип 8: программы, ориентированные на сообщество

Стержнем общественного здравоохранения является разработка программ, направленных на изменение мер, подходов и типов поведения, связанных с употреблением наркотиков или сексуальными практиками

ОТВЕТНЫЕ МЕРЫ ТРЕБУЮТ МНОЖЕСТВЕННЫХ И ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ СТРАТЕГИЙ

ИЗМЕНЕНИЯ ПОЛИТИКИ И ОКРУЖЕНИЯ (структуральный контекст)

Эффективность вмешательств, стимулирующих изменения на уровне личности и сообщества, во многом зависит от политического, законодательного и структурального контекста. Например, там, где преобладают карательные меры по отношению к наркопотреблению или доминирует модель абсолютной абстиненции, будет сложно провести вмешательства, основанные на принципах общественного здравоохранения и снижения риска. Более того, если ресурсы здравоохранения ограничены, будет еще сложнее повлиять на изменение поведения, особенно если работа ведется в контексте преобладания мер правоохранительного порядка при решении определенных проблем, связанных с наркопотреблением и сексуальным поведением.

ИЗМЕНЕНИЯ СООБЩЕСТВА (социальный и культуральный контекст)

Индивидуальные попытки изменения поведения находятся под влиянием мнения и действий социальных групп, к которым принадлежит человек, а также социальных условий, в которых происходит употребление веществ и сексуальные практики. К примеру, групповые нормы воздействуют на поведение отдельного человека.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ (межличностный контекст)

Изменение поведения зависит от осведомленности и убеждений человека относительно рисков, связанных со здоровьем; от его намерений, мотивации и личных возможностей изменить поведение.

ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕРЫ ТРЕБУЮТ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СРЕДСТВ ДЛЯ ИЗМЕНЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ

Распространение и обмен стерильных игл и шприцев является неотъемлемой частью программ профилактики ВИЧ во многих странах. Существует несколько разных видов предоставления такого рода услуг. Они варьируются в зависимости от того, предоставляются ли они на базе учреждений (например, общественных проектов, медицинских служб или аптек) или в отрыве от них (например, через аутрич или мобильные службы); в зависимости от ассортимента предоставляемого инструментария (например, шприцев, игл, фильтров, новых емкостей для приготовления наркотика, стерильной воды и т. д.); спектра предоставляемых услуг (например, службы обмена шприцев могут также предоставлять обучение, лечение и уход); правил предоставления, обмена и утилизации шприцев (например, требуется ли от клиентов возвращение использованных шприцев, ограничивается ли количество предоставляемых шприцев). Аутрич может быть эффективным методом предоставления профилактических, информационных и, в определенной степени, лечебных услуг. Оценки также указывают на то, что активные или бывшие наркопотребители могут стать особенно продуктивными аутрич-работниками, так как они имеют доступ к целевой популяции и пользуются ее доверием.

на *уровне сообщества в целом*. Вмешательства, ориентированные на сообщество, могут быть направлены на общество в целом (например, изменение отношения к употреблению веществ); на определенное сообщество (например, потребителей инъекционных наркотиков); определенную географическую область (например, определенное сельское сообщество); или могут комбинировать все эти подходы.

Принцип 9: изменение социального и политического окружения

Успех подхода, основанного на общественном здравоохранении, также в некоторой степени зависит от социальных, законодательных и политических факторов. Неверно было бы предполагать, что вмешательства на индивидуальном уровне достаточно для того, чтобы создать условия для предупреждения проблем, связанных с употреблением психоактивных веществ. Дело в том, что действия отдельных людей и сообществ во многом зависят от социального и политического окружения. Эффективные ответные меры общественного здравоохранения должны быть направлены на структу-

ральный уровень, с тем чтобы *усилить* факторы, способствующие предупреждению употребления психоактивных веществ и связанных с этим рисков, и, соответственно, изменить факторы, *мешающие* эффективной профилактике и снижению риска.

Принцип 10: изменение политики

Поддержка программ на политическом уровне может сыграть важную роль, в противном случае программы могут встретить противодействие. Например, в некоторых странах существуют законы, затрудняющие проведение аутрич-работы среди потребителей наркотиков или секс-работников. Общественная политика влияет не только на негативные последствия употребления веществ, но и на разработку эффективных программ здравоохранения. Международный опыт показывает, что профилактика негативных последствий наркопотребления должна проводиться с неперенной разработкой *прагматичной* политики, направленной на возможность проведения программ.

ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕРЫ ТРЕБУЮТ ИЗМЕНЕНИЯ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

Эффективными являются те службы, которые:

- предоставляют дружелюбный сервис;
- акцентируют внимание на «низкопороговом» подходе;
- акцентируют внимание на доступности в плане местоположения;
- акцентируют внимание на мерах, направленных на сообщество;
- предоставляют услуги как в самих учреждениях, так и за их пределами;
- поощряют участие и заинтересованность клиентов;
- акцентируют внимание на продолжительной и долгосрочной поддержке;
- предоставляют помимо лечения первичную и вторичную профилактику;
- открыты для улучшений и изменений.

ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕРЫ БАЗИРУЮТСЯ В СООБЩЕСТВЕ

Одним из самых эффективных методов выхода на «скрытые» популяции наркопотребителей является «аутрич». Аутрич — это метод работы среди людей, не имеющих контакта с существующими службами, проводимой «на улице» или за пределами учреждений. Аутрич, который также называется «уличной работой», обычно проводится работниками здравоохранения, которые имеют выход на потребителей наркотиков и способны предоставлять этому сообществу профилактические материалы (например, презервативы и стерильные шприцы) и укрепить мотивацию к снижению риска. Оценки показывают, что аутрич может быть эффективным методом установления контакта с потребителями наркотиков, которые не имеют опыта обращения или регулярного контакта с медицинскими службами.

ЭОР: изучение случая — Бразилия ^[1]

В данном разделе рассматривается пример проведения ЭОР в Южной Америке, в котором были применены методы быстрой разработки программы снижения вреда, связанного с употреблением наркотиков. Распространение ВИЧ в Южной Америке напрямую связано с употреблением наркотических веществ и вызывает крайнюю озабоченность. В данном примере описывается процесс разработки вмешательства на основе проведения ЭОР за пять месяцев.

Обоснование

Проведение ЭОР было вызвано следующими причинами:

- недостаток данных об употреблении веществ и профилактике ВИЧ;
- наличие политической воли и обязательств по разработке программы общественного здравоохранения для потребителей инъекционных наркотиков (о чем свидетельствовали хорошие отношения между исследовательской командой, представителями власти, общественными адвокатами и политиками города);
- существование нескольких профилактических программ, уже действовавших в городе и представлявших собой потенциальную базу для проведения дополнительных инициатив.

Цели

Экспресс-оценка проводилась с целью собрать данные, необходимые для разработки программы профилактики ВИЧ. Нужно было собрать информацию об употреблении наркотиков, сексуальном поведении, уровне знаний наркопотребителей о существующих программах вмешательства и мероприятиях по снижению вреда.

Команда, график и задачи

ЭОР проводилось командой из шести человек с привлечением дополнительных полевых работников. Для организации и подготовки инструментов исследования команде потребовалась примерно одна неделя; восемь недель ушло на проведение полевой работы и 12 — на анализ собранных данных. За это время было собрано значительное количество доступных данных, а также проведено 45 интервью и четыре фокусные группы (42 участника). Только один исследователь смог выделить большое количество времени на проведение оценки (80 часов), которое было распределено для выполнения нескольких задач. Остальные пять исследователей посвятили свое время (около 40 часов) исключительно сбору и анализу данных. По окончании исследования все члены команды согласились с тем, что, будь у них больше времени, экспресс-оценка была бы завершена за шесть недель.

По общему мнению, вовлеченность и поддержка общественности были очень важны для успешности проведения экспресс-оценки. Поэтому был создан Консультативный совет сообщества (КСС), осуществлявший руководство исследованием. В совет вошли:

- а) директор Секретариата здравоохранения;
- б) директор Секретариата гражданского и социального действия (SECIAS — государственная организация, отвечающая за контроль программ, направленных на решение социальных проблем);
- в) один член городского Совета по наркотикам, один представитель городского законодательного органа и один бывший потребитель наркотиков.

Разработка вмешательства

По завершении этапа анализа данных, исследовательская команда собралась для определения возможных программ вмешательства по профилактике ВИЧ. С

ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕРЫ ОРИЕНТИРОВАНЫ НА СООБЩЕСТВО

Следовательно, программы, ориентированные на сообщество, должны быть направлены на:

- поощрение изменения отношения к употреблению наркотиков в масштабах всего сообщества;
- поощрение изменения поведения, связанного с употреблением веществ, в масштабах всего сообщества;
- инициация или укрепление вмешательств, поощряющих изменение поведения внутри групп наркопотребителей (таких как «равное обучение», взаимопомощь или группы совместной деятельности);
- поощрение или укрепление активного участия представителей местной общественности и потребителей веществ в планировании и организации ответных мер;
- поощрение участия существующих или новых общественных организаций в планировании и организации ответных мер.

этой целью был создан список основных проблем, связанных с употреблением веществ в городе, и определены пробелы в предоставлении необходимых услуг (на основании анализа полученных данных). С учетом данного списка и проведенных дискуссий было предложено провести ряд целесообразных и реалистичных вмешательств. Сюда были также включены рекомендации, сделанные участниками исследования в ходе сбора данных.

Городской программе по ИППП/СПИДу было поручено провести в жизнь план вмешательств, предложенный исследовательской командой. Основным приоритетом деятельности была реорганизация существующих программ профилактики ВИЧ (со специфическим акцентом на снижении вреда) и усовершенствование вмешательств, проводимых в сообществе и среди ПИН/ПН. В результате с представителями этих программ были проведены обсуждения о возможности усовершенствований в следующих областях: предоставление качественной информации об употреблении веществ и последствиях для здоровья; ослабление предубеждений против ПИН и ПН; информирование широкой общественности и ПИН о программах по ИППП/СПИДу.

Процесс разработки вмешательства начался с проведения обсуждений с представителями общественности и лицами, заинтересованными в проблеме. Ниже приводятся слова исследователей, работавших над проектом:

«Как только закончилась работа по анализу данных и планированию программы, мы организовали семинар в Сан-Висенте Сити, на который были приглашены все участники ЭОР. Семинар проходил в декабре 1998 года. На нем были представлены результаты анализа данных и план вмешательства, с тем чтобы люди могли передать эту информацию своему сообществу. Участники представляли гражданское общество, уголовно-исполнительную систему, медицинские центры и профилактические программы. Этот семинар был крайне важен для начала обсуждения возможных программ с местными властями, особенно представителями Департамента здравоохранения, который поддержал проведение этого мероприятия».

«Общественность и ключевые информанты были вовлечены в проведение ЭОР на протяжении всего

процесса, так как мы считали, что их присутствие поможет получить доступ к информации и целевой группе, а также разработать как само исследование, так и программу вмешательства. С самого начала Консультативный совет сообщества помогал нам проводить фокусные группы, выявлять в сообществе основных информантов и направлять процесс сбора данных. Они также присутствовали на семинаре и помогли нам установить отношения с местными властями. Поддержка аутич-работников и основных информантов помогла нам в ходе сбора данных выйти на потребителей инъекционных и неинъекционных наркотиков. Они отвечали за набор группы».

Другим фактором успешной работы команды ЭОР было обеспечение политической поддержки:

«Основным фактором, способствующим разработке вмешательства в городе, стала политическая воля провести ЭОР и разработать соответствующую программу. До этого исследований по вопросам ВИЧ и наркопотребления в городе не проводилось, что послужило еще одной причиной инициации подобной деятельности».

«В основном новые мероприятия коснулись программы по ИППП/СПИДу. Первым шагом было создание команды (в рамках программы по ИППП/СПИДу) по информированию населения и медицинских служб о существовании такой программы. Эта инициатива была просто необходимой, потому что мы обнаружили, что мало кто знал о наличии подобной структуры и предоставляемых ей услугах... В рамках программы снижения вреда, координируемой программой по ИППП/СПИДу, также было проведено большое количество мероприятий. Наиболее важным было создание общественного центра для наркопотребителей, что рекомендовалось самими потребителями в ходе фокусных групп. Он начал свою работу в декабре 1999 года. Для того чтобы провести эту программу, нам понадобилась финансовая поддержка со стороны правительства, Национального координационного совета по ИППП/СПИДу и Программы ООН по контролю за наркотиками (UNDCP). Именно в общественном центре происходили серьезные обсуждения вопросов о правах потребителей, гражданстве, предубеждениях и наркотиках».

2.3 Схемы оценки

В настоящем руководстве используются три схемы оценки, которые могут помочь спланировать полевую работу (ПОЛЕ 1), управлять данными (ДАННЫЕ 2) и разрабатывать реагирование (РЕАГИРОВАНИЕ 3).

Эти схемы предлагают команде ЭОР инструмент записи и представления данных, собранных в ходе оценки. Каждая схема должна помочь команде ЭОР определить наиболее важные направления деятельности, а в случае со схемами ДАННЫЕ 2 и РЕАГИРОВАНИЕ 3 — наглядно представить результаты ЭОР. Команда ЭОР должна адаптировать и модифицировать примерные схемы в соответствии с конкретными потребностями экспресс-оценки. Наибольшую ценность эти схемы представляют на стадиях подготовки и разработки ЭОР (см. главы 3–5).

Планирование полевой работы

Схема полевой работы является простым инструментом планирования и мониторинга прогресса ЭОР. Данная схема основана на шести модулях оценки, приведенных в этом руководстве (см. главу 4). Для каждого из них команде ЭОР необходимо определить следующее:

- вопросы исследования;
- источники данных (включая географическое расположение);
- методы (в том числе метод проведения выборки);
- задачи по сбору данных.

Структура данной схемы идентична структурам, применяемым в каждом модуле оценки. Это позволяет команде ЭОР рассмотреть направления, данные в каждом модуле, и изменить их в соответствии с местным контекстом.

Управление данными

Схема управления данными сложнее, чем схема, используемая для планирования и мониторинга полевой работы. Она отражает холистический принцип ЭОР, при котором оценка используется не только для изучения индивидуального поведения, но и для фиксации влияния определенных факторов: общественных (например, популяционные нормы) и структуральных (например, законодательство и политика).

Данная схема разбита на два основных раздела. Первый раздел поможет команде ЭОР отобразить ключевые результаты оценки. Здесь необходимо указать:

- почему эти результаты имеют важность;
- источники данных и методы, благодаря которым они получены;
- оценку достоверности и важности результатов;
- действия, которые необходимо предпринять в отношении последующего сбора данных или разработки вмешательства.

Во втором разделе необходимо рассмотреть структуральные, общественные и индивидуальные факторы. Важно проанализировать каждый фактор с целью либо обнаружить его потенциальную связь с основными результатами, либо определить его потенциальное значение для разработки ответных мер.

Планирование ответных мер (реагирования)

Схема разработки реагирования схожа со схемой ДАННЫЕ 2. Она должна использоваться командой ЭОР для разработки и планирования программ вмешательства. Структура данного модуля идентична структуре, представленной в модуле реагирования.

Схема разбита на три основных раздела. В верхний раздел заносятся основные результаты оценки, и здесь команде ЭОР необходимо рассмотреть следующее:

- какого рода вмешательство требуется;
- насколько важно, безотлагательно и выполнимо такое вмешательство;
- возможности развития программы и любые препятствия.

Нижний раздел разбит на две части. С левой стороны команда ЭОР может записывать свои комментарии относительно воздействия и роли структуральных, общественных и индивидуальных факторов на разработку вмешательства. С правой стороны команда может зафиксировать цели и задачи требуемых ответных мер, а также деятельность и ресурсы, необходимые для инициации процесса.

Воздействие на индивидуальном уровне			Воздействие на структуральном уровне			Воздействие на уровне сообщества		
Личное отношение	Уровень знаний	Типы рискованного поведения	Условия	Социальные нормы	Нормы употребления веществ	Другие структуральные факторы	Социально-экономическая ситуация как оптация	Законодательная и политическая ситуация

Ресурсы	Деятельность	Цели и задачи

Ключевые результаты	Ключевые меры
	Важность (1-5)
	Безотлагательность (1-5)
Возможности	Исполнимость (1-5)
	Препятствия

Пример

Планирование реагирования

РЕАГИРОВАНИЕ 3

2.4 Участие сообщества

Что такое «участие сообщества»?

Уже давно общепризнанным является факт, что залогом успешного проведения большинства программ вмешательства по снижению риска и предупреждению вреда для здоровья является участие и заинтересованность сообщества. Без широкой поддержки и участия общественности с начала проведения ЭОР даже самые хорошо спланированные программы обречены на неудачу.

Одним из ключевых принципов ЭОР является то, что в его проведении должно быть задействовано как можно более широкое число представителей различных групп, что должно обеспечить успешное выполнение профилактических проектов в рамках отведенного времени и ресурсов.

Что такое «сообщество»?

Существует множество определений и концепций сообщества:

- местоположение или район – группа людей, живущих вместе на одной географической территории;
- социальные отношения – комплекс социальных отношений, развивающихся обычно на одной географической территории;
- идентичность / общие интересы – общее ощущение идентичности, например, среди группы потребителей веществ.

В более широком смысле этот термин подразумевает людей, которых объединяют общие интересы или социальные отношения, основанные на взаимной поддержке.

Каждый человек по-разному определяет и использует термин «сообщество». Обычно команде ЭОР рекомендуется использовать наиболее широкое определение сообщества, но в то же время иметь в виду, что некоторые вмешательства требуют направленности на узкие сообщества. Так как многосекторная сущность экспресс-оценок требует широкого участия большого количества специалистов, групп и организаций, команда ЭОР должна уравновешивать число участников, принимая во внимание тот факт, что вмешательство может быть направлено на определенное сообщество или группу.

Что значит «участие»?

Участие сообщества является неотъемлемой частью разработки исследования или вмешательства, однако обеспечить такое участие не всегда возможно. При проведении любой деятельности с привлечением большого количества людей необходимо четко фиксировать, насколько на самом деле задействован каждый их них.

Существует семь основных видов участия, которые варьируются от манипуляции до самомотивации:

- **манипулятивное** – участие для вида – представители сообщества входят в официальные органы, но не имеют реальной власти;
- **пассивное** – участникам объясняют, что будет сделано и что уже сделано; это односторонние заявления со стороны внешней организации – ответы людей не принимаются во внимание;
- **консультации с участниками** – проблемы определяются внешней организацией, которая также отвечает за сбор информации; этот процесс не основан на общем принятии решений, и специалисты не обязаны принимать во внимание мнения людей при разработке программ;
- **материальные поощрения** – участники предоставляют ресурсы, например, свое время или работу, в обмен на пищу, деньги или другие материальные или нематериальные поощрения;
- **функциональное участие** – участники формируют группы с целью решить предварительно поставленные задачи, относящиеся к проекту; такое участие обычно предопределяется недавно принятыми важными решениями;
- **интерактивное участие** – представители сообщества участвуют в совместном анализе, который приводит к определенным действиям и формированию новых групп, или к укреплению уже существующих. В этом процессе обычно используются междисциплинарные методологии, применение которых требует учета различных мнений, а также проведения системного и структурального обучения. Подобные группы обычно контролируют принятие решений и таким образом получают определенную выгоду от участия;
- **самомотивация** – участники пытаются сами повлиять на систему или ситуацию, независимо от присутствия внешних организаций.

Возможности привлечения сообщества

Известны случаи, когда проведение ЭОР инициировалось представителями сообщества и потребителями (см. «самомотивация»), однако это достаточно редкое явление, а обеспечить интерактивное участие еще сложнее. На данный момент наиболее эффективное привлечение сообщества к процессу проведения ЭОР

РОЛЬ ОБЩЕСТВЕННОГО КОНСУЛЬТАТИВНОГО ОРГАНА

Общественный консультативный орган обычно состоит из 5–20 человек, заинтересованных в проблеме и проводящих регулярные встречи с целью:

- оказать поддержку проведению экспресс-оценки;
- создать климат, необходимый для разработки вмешательства на основе результатов экспресс-оценки;
- регулярно предоставлять обратную связь о результатах оценки ситуации;
- определить необходимость проведения вмешательства в ходе оценки ситуации;
- внести вклад в разработку плана вмешательства;
- определить качество проведенной экспресс-оценки;
- делиться опытом, брать на себя определенные функции и выделять ресурсы;
- поддерживать участников ЭОР, напрямую работающих с потребителями веществ;
- помочь установить контакт между существующими проектами и широкой общественностью;
- повлиять на мнение общественности в отношении употребления наркотиков.

ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕРЫ БАЗИРУЮТСЯ В СООБЩЕСТВЕ

Работа консультативного комитета может проводиться одной группой лиц. Но если практические или политические причины не позволяют этого сделать (например, наличие конфликта, недоверия или ограниченные временные рамки), комитет может быть разбит на две группы.

Первая группа

Эта группа может состоять из потребителей веществ, их родственников, бывших потребителей и людей, предоставляющих прямой сервис, например, уличных работников, работников профилактических проектов и учителей. Работа данной группы может быть направлена на локальное планирование, предоставление сервиса и мониторинг.

Вторая группа

Эта группа может состоять из людей, представляющих государственные структуры, медицинские учреждения, широкую общественность, международные агентства и законодательные органы. В обязанности второй группы может входить оказание помощи наркопотребителям в получении необходимых ресурсов и защита их интересов в правовой системе, государственных учреждениях и СМИ. Если комитет будет разбит на две группы, важно создать механизмы взаимодействия между ними.

должно основываться на консультациях, материальном поощрении и функциональности.

Наиболее распространенной формой участия в ЭОР является создание консультативных органов. Такие органы обычно состоят из 5–20 человек, заинтересованных в проблеме, регулярно собирающихся на совещаниях, в ходе которых обсуждаются и планируются экспресс-оценки и программы вмешательства.

Важно, чтобы этот орган продолжал встречи на постоянной основе на протяжении всей экспресс-оценки. Кроме того, необходимо наличие письменного соглашения, дающего всем членам консультативного орга-

на четкое разъяснение вопросов конфиденциальности, прав на владение данными, механизмов разрешения конфликтных ситуаций и последующих функций органа по окончании проведения экспресс-оценки.

Препятствия для участия

Участию в ЭОР обычно препятствуют следующие факторы:

- *Характер отношений с местным сообществом.* Участие обычно зависит от уровня доверия и взаимопонимания между сообществом и командой, проводящей экспресс-оценку. Команда должна понимать и учитывать различные мнения, существующие в сообществе. Это особенно важно при том,

что во многих сообществах употребление веществ является как нелегальной, так и стигматизированной деятельностью.

- *Временные рамки экспресс-оценки.* Для построения доверительных отношений, основанных на взаимопонимании, согласии и интересах сообщества, требуется время. Важно помнить о том, что у представителей сообщества могут быть свои проблемы, по сравнению с которыми проведение экспресс-оценки может показаться несущественным.
- *Отношение к употреблению веществ.* Многие представители общественности рассматривают проблему употребления наркотиков как «чужую проблему» и не считают профилактику наркопотребления необходимой. Во многих сообществах часто возникают споры о том, как подойти к проблеме употребления веществ. Важность гибкого подхода и привлечения всех заинтересованных в проблеме лиц означает, что команде ЭОР придется учитывать различные мнения, исходящие, например, от работников правоохранительных органов, с одной стороны, и сотрудников программ лечения наркозависимости – с другой. Частью процесса привлечения общественности является сведение разных мнений и проведение вмешательства на уровне сообщества.

ЭОР. Изучение случаев

В этом разделе содержатся два коротких примера возможного участия сообщества в ЭОР.

Пример 1

Проведение ЭОР наркозависимыми, проходящими лечение. Индонезия, 1999 г. ^[1]

Существует мнение, что при работе над ЭОР можно добиться полной вовлеченности сообщества, так, чтобы его участники «владели» проектом. Такой подход сравнительно необычен, однако он послужил основанием для исследования 1999 года под названием «Проведение ЭОР наркозависимыми, проходящими лечение».

Экспресс-оценка проводилась с сентября по декабрь 1999 года усилиями 57 бывших потребителей наркотиков, проходивших лечение в Центре Ясан КИТА. Комбинируя качественные и количественные методы (описание историй [43 участника], фокусные группы [43 участника] и самостоятельно заполняемые анкеты [57 участников]), исследование было направлено на описание ситуации с наркопотреблением в Джакарте с точки зрения самих потребителей. Как было отмечено в вводной части отчета об оценке, важно то, что оценка проводилась только усилиями потребителей: «Данная экспресс-оценка уникальна по той причине, что она была полностью спланирована и проведена наркозависимыми в их собственном реабилитационном центре... Это пример настоящего самоуверждения».

«Вы (люди, не употребляющие наркотики) пишете о нас отчеты, но не знаете нас по-настоящему... Мы не ученые, не профессора, не пытаемся ими стать. Мы просто наркоманы. Но мы чертовски хорошо знаем то, что мы знаем».

Пример 2

ЭОР в Индии, 1998 г. ^[2]

Согласно другой точке зрения, полное участие сообщества далеко не всегда возможно по причине ограниченных ресурсов и временных рамок. В данном случае достижимой задачей может стать проведение консультаций с представителями сообщества. Это видно из примера оценки, проведенной в г. Мадрасе в 1998 году.

ЭОР в Мадрасе была проведена за три недели ноября 1998 г. Экспресс-оценка предусматривала создание консультативного совета, состоявшего из представителей различных религиозных, кастовых, политических и экономических групп. Всего в совет вошли 20 человек, в том числе:

- католический священник;
- лидер церкви евангелистов;
- помощник комиссара полиции;
- врач-терапевт;
- фармаколог; члены групп АН и АА;
- член парламента;
- лидер движения Амбедкар (кастовое объединение), представитель местной молодежной федерации;
- представитель ассоциации рыбаков;
- лидер женской организации;
- уважаемый представитель местных мусульман;
- уважаемый представитель местных индустристов; представители общественного совета.

Совет получил полномочия разрабатывать идеи при содействии группы технических экспертов по вопросам наркопотребления и профилактики ВИЧ/СПИДа. Группа экспертов инициировала процесс обмена информацией на темы употребления наркотиков, проведения оценки и реагирования. Процесс принятия решений ограничивался обсуждением приоритетных направлений самой оценки и программ вмешательства. Было решено, что следующие направления являются наиболее важными: выход на скрытые группы; установление доверительных отношений с потребителями и их близкими; решение правовых вопросов и преодоление сопротивления со стороны сообщества.

2.5 Употребление веществ и рискованное сексуальное поведение

Введение

Употребление веществ в значительной степени воздействует на сексуальное поведение, особенно в отношении передачи ВИЧ и других инфекций, передающихся половым путем^[1-4]. В данном разделе приводится краткий обзор результатов некоторых исследований взаимосвязи употребления наркотиков и рискованного сексуального поведения.

Как наркотики влияют на поведение?

Есть два вида воздействия психоактивных веществ на сексуальное поведение:

- **прямая связь между эффектами употребления того или иного психоактивного вещества и сексуальным поведением.** Фармакологические свойства веществ могут оказывать психологическое воздействие на организм, что может приводить к изменению восприятия человеком своего поведения и окружающей обстановки. Результатом применения определенных психоактивных веществ может стать повышение или, наоборот, снижение сексуальной активности, а также снижение приоритетности использования презервативов и смещение навыков принятия решений;
- **непрямая связь между применением веществ и рискованным сексуальным поведением.** Неверно думать, что только фармакологические свойства веществ оказывают воздействие на сексуальное поведение потребителей^[5, 6]. Важно также понимать социальный контекст, в котором практикуется употребление веществ и сексуальное поведение. К воздействию контекста может относиться широкий ряд факторов, начиная с непосредственно окружающей обста-

новки, в которой практикуются употребление наркотиков и сексуальное поведение, и заканчивая убеждениями и ожиданиями сообщества относительно того, как употребление веществ должно влиять на сексуальное поведение; а также более широкие экономические, структуральные и политические факторы.

Таким образом можно сказать, что воздействие веществ на поведение является смешанным результатом «фармакологии», «психо-фармакологии» и «социальной фармакологии»^[6].

Как различные препараты воздействуют на сексуальный риск?

Результаты различных исследований показывают, как следующие вещества воздействуют на сексуальное поведение, особенно на использование презерватива:

- **Алкоголь:** результаты исследований, проведенных в разных странах, показывают наличие как прямого, так и непрямого воздействия алкоголя на рискованное сексуальное поведение.
- **Кокаин и крэк:** результаты исследований, проведенных в Северной Америке, показывают наличие как прямого, так и непрямого воздействия кокаина и крэка на рискованное сексуальное поведение.
- **Опиоиды, в том числе героин:** результаты большинства исследований позволяют предположить, что опиаты и героин не имеют фармакологического или непрямого воздействия на рискованное сексуальное поведение.
- **Амфетамины и другие наркотики:** результаты некоторых исследований показывают наличие как прямого, так и непрямого воздействия амфетаминов на рискованное сексуальное поведение.

Алкоголь

Употребление алкоголя и сексуальное поведение – два взаимосвязанных понятия. Результаты исследования в Соединенных Штатах показывают, что 75–80% женщин находились под воздействием алкоголя во время последнего сексуального контакта^[7]. Во время исследования на дому в Шотландии (Великобритания) было обнаружено, что 82% людей в возрасте от 16 до 30 лет употребляли алкоголь непосредственно перед последним сексуальным контактом^[8]. Некоторые исследования также демонстрируют связь между употреблением алкоголя и незащищенным сексом, а также большим числом сексуальных партнеров^[9-14].

С употреблением алкоголя связано непоследовательное использование презервативов среди разных групп (молодежи, гетеросексуалов и МСМ), исследованных в разных условиях и разных странах^[15-25]. Результаты некоторых исследований показывают, что люди, употребляющие алкоголь чаще, менее регулярно используют презервативы. Другие исследования связывают непостоянное использование презервативов с употреблением алкоголя в сочетании с другими наркотиками^[16], а также с образом жизни в целом^[26].

Результаты нескольких исследований демонстрируют связь употребления алкоголя с наличием позитивного статуса ВИЧ. Например, в ходе исследований, прове-

денных в Южной Америке среди шахтеров, секс-работников и населения в целом (всего – 2231 участник), было обнаружено, что употребление алкоголя было связано с заболеваемостью ВИЧ как среди мужчин, так и среди женщин^[27]. Однако далеко не все исследования подтверждают эти данные. Например, исследование, проведенное среди мужчин-геев в Австралии, продемонстрировало, что употребление веществ, но не алкоголя, было связано с сероконверсией ВИЧ^[28].

Важно отметить, что причинная связь между употреблением алкоголя и сексуальным риском остается непроясненной. Ответ на эмпирический вопрос о том, «заставляет» ли алкоголь заниматься незащищенным сексом, весьма трудно доказать. Причиной этому является то, что связь между употреблением алкоголя и рискованным сексуальным поведением является комплексной. Многие исследования подчеркивают тот факт, что корреляция или связь употребления алкоголя и непостоянного использования презерватива не доказывает причинности. Существуют исследования, которые демонстрируют отсутствие связи между употреблением алкоголя и непоследовательным использованием презервативов^[9-11, 13, 29-30]. Эффект алкоголя, как и любого другого вещества, может варьироваться в зависимости от специфики социального и культурального контекста его употребления^[9, 30].

ИЗУЧЕНИЕ СЛУЧАЯ. УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ И СЕКСУАЛЬНЫЙ РИСК

Зимбабве

Результаты исследования продемонстрировали весомую статистическую связь между распространенностью ИППП и употреблением алкоголя. Было обнаружено, что число постоянных потребителей алкоголя среди мужчин, инфицированных ИППП, примерно в семь раз выше, чем среди мужчин без ИППП^[31]. В Зимбабве пивные залы или «кабаки» являются основным местом отдыха местных мужчин, где употребление большого количества алкоголя, иногда до возникновения интоксикации, является нормой^[32, 33]. Бары также являются ключевым местом установления внебрачного или коммерческого сексуального контакта. Результаты одного исследования показали, что 75% зимбабвийских секс-работников ищет клиентов именно в пивных заведениях^[33, 34]. Во время как алкоголь сам по себе не обязательно приводит к сексуальному риску, окружение, в котором происходит его употребление, может играть ключевую роль в передаче ВИЧ и ИППП половым путем.

Словакия

В ходе ЭОР среди военнослужащих словацкой армии^[35] многие солдаты сообщили о том, что во время отрыва от семьи употребление алкоголя является для них основным видом отдыха, а пивные заведения – основными местами знакомства с сексуальными партнерами, а также что алкоголь прибавлял им «храбрости». Это позволяет предположить, что в некоторых условиях может существовать «ситуационная связь» между употреблением алкоголя и рискованным сексуальным поведением^[25, 36].

ПОНИМАНИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ВЕЩЕСТВ

Фармакология

Фармакологические свойства того или иного препарата оказывают «прямое» физиологическое воздействие на поведение и чувства человека.

Психо-фармакология

Убеждения и ожидания индивидуума относительно фармакологических эффектов «косвенно» влияют на воздействие, оказываемое веществом на поведение этого индивидуума, и способ употребления веществ.

Социальная фармакология

На убеждения и ожидания индивидуума относительно фармакологических эффектов веществ и способы их употребления, в свою очередь, оказывают влияние социальные нормы и культуральные верования, а также специфический социальный, экономический и культуральный контекст, в котором происходит употребление веществ.

Кокаин и крэк

В североамериканской научной литературе часто можно встретить описание взаимосвязи между употреблением кокаина и крэка и вероятностью практики незащищенного секса и передачи ВИЧ и ИППП [4, 24, 37–44]. Различные исследователи предполагают, что как частота употребления, так и количество кокаина или крэка могут ассоциироваться с непоследовательным использованием презервативов [42]. Результаты исследований также показывают следующее: у потребителей инъекционного кокаина шансы получения положительного анализа на ВИЧ в два раза выше, чем у людей, употребляющих исключительно опиоиды; потребители инъекционного крэка имеют больше сексуальных партнеров и чаще предоставляют сексуальные услуги за деньги или наркотики, чем потребители других инъекционных наркотиков; инъекционные потребители, использующие крэк, с большей вероятностью практикуют незащищенный секс, чем инъекционные потребители, не использующие крэк [38, 45–47]. Исследования также обнаруживают похожую связь между неинъекционным употреблением кокаина и крэка, сексуальным риском и ИППП [4, 25, 36, 39]. Например, у женщин, употребляющих кокаин, вероятность ИППП выше, чем у тех, кто не употребляет это вещество [48].

Кроме того, непостоянное использование презерватива и вероятность инфицирования ВИЧ варьируются в зависимости от того, употребляется ли кокаин или крэк инъекционным или другим способом [49], хотя в некоторых исследованиях уровень использования презервативов не отличается между инъекционными и неинъекционными потребителями крэка [50].

Как и в случае с алкоголем, не существует легко объяснимых связей между употреблением кокаина или крэка и незащищенным сексом; ключевую роль здесь играют социальные факторы [4, 51, 52]. В частности, исследования среди потребителей крэка указывают на существование определенной культуры секса «высокого риска», связанной с окружением, в котором происходит употребление [53]. Употребление крэка, например, может быть связано с секс-работой [51, 53–56]. Неравные гендерные отношения также связаны с употреблением кокаина и крэка — исследования говорят о том, что женщинам в некоторых обстоятельствах зачастую бывает сложно обсуждать использование презерватива [57–59].

Опиоиды

Тогда как употребление стимуляторов и алкоголя может быть связано с увеличением сексуальной активности [60–62], частое употребление опиоидов, наоборот, может быть связано со снижением таковой [60, 63, 46]. Опросы, особенно среди потребителей инъекционного героина, показывают, что уровень сексуальной активности и число названных сексуальных партнеров среди потребителей опиоидов и выборки общего населения примерно одинаковы [2, 65–67]. Также не наблюдается различий в использовании презервативов среди тех, кто употребляет героин инъекционным и неинъекционным путем [68].

Амфетамины

Существуют исследования, которые показали, что потребители амфетаминов имеют большее количество сексуальных контактов и партнеров, чем потребители героина [69]. В других исследованиях потребители амфетаминов сообщают о том, что вещество повышает сексуальное влечение, но снижает сексуальные возможности [70], тогда как в ходе австралийских исследований не было обнаружено различий между потребителями амфетаминов и героина, связанных с сексуальным риском и передачей ВИЧ [71].

В отношении любых препаратов важно отметить, что индивидуальный выбор определенного вещества во многом зависит от воспринимаемого ожидания о его воздействии. Этнографические исследования среди мужчин-геев, употребляющих амфетамины, показали, что у вещества сложилась репутация афродизиака и поэтому оно употребляется намеренно для улучшения полового акта [72]. Рекреационное употребление множества других препаратов также может быть связано с сексуальной практикой, среди них амилонитраты [73], стероиды [74, 75], виагра [76] и марихуана [77–79].

Какие группы населения подвергаются риску?

Исследования подчеркивают значимость четырех групп населения — ПИН, МСМ, молодых гетеросексуалов и секс-работников.

Потребители инъекционных наркотиков

Инъекционное употребление наркотиков имеет место на каждом континенте [80–83]. Инъекционное употребле-

ние наркотиков является основным путем передачи ВИЧ в Восточной Европе, Северной Африке, на Ближнем Востоке и в некоторых частях Южной и Юго-Восточной Азии [82, 83, 84] и начинает все больше сказываться в некоторых странах Южной Америки [83, 85, 86]. В ряде стран этих географических областей ВИЧ стремительно распространяется среди ПИН, иногда достигая 40% в течение нескольких лет с момента регистрации первого случая инфицирования в этой группе [81–84].

Во многих странах наблюдается высокая распространенность ИППП как среди населения в целом [87], так и среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) [88–91]. Как известно, наличие ИППП повышает риск передачи ВИЧ половым путем [92], при этом ИППП более распространены в развивающихся странах и странах с экономикой переходного периода [93]. Также существует повышенный риск передачи ВИЧ среди ПИН и их сексуальных партнеров, особенно в областях с высоким уровнем распространенности ВИЧ и ИППП.

Сексуальная трансмиссия становится все более важной детерминантой течения ВИЧ-инфекции среди ПИН и их сексуальных партнеров [1–3]. По некоторым оценкам, полученным в Соединенных Штатах, ПИН являются источником ВИЧ в 70–80% случаев гетеросексуальной передачи вируса [1, 3].

Похожие тенденции наблюдались в Таиланде, Индии и Бразилии [94–97]. В Бангкоке после нескольких лет высокой распространенности ВИЧ среди ПИН началось распространение ВИЧ половым путем среди гетеросексуалов, никогда не употреблявших инъекционные наркотики [1, 94]. В Манипуре (Северо-Восточная Индия) в течение двух лет после регистрации первого случая ВИЧ среди ПИН было инфицировано 6% их сексуальных партнеров, не употреблявших инъекционные наркотики [95]. В Бразилии первая волна эпидемии ВИЧ пришла на МСМ, тогда как через несколько лет вторая волна эпидемии затронула ПИН, большинство из которых были мужчинами. Третья волна эпидемии наблюдалась среди секс-работников, многие из которых также были потребителями веществ, после чего эпидемия начала распространяться среди мужчин-бисексуалов и сексуальных партнеров ПИН женского пола [85, 96]. По оценкам, 25% случаев ВИЧ-инфекции в Бразилии ассоциируются с ПИН, а 40% инфицированных гетеросексуальных женщин являются сексуальными партнерами мужчин-ПИН [97].

Определяющий фактор оценки потенциала передачи ВИЧ — это степень сексуального смешивания ПИН и не ПИН [98–100]. Партнеры большого числа ПИН (в некоторых исследованиях — до 50%) сами ПИН не являются [3, 65–67]. Кроме того, существует гендерная разница, при которой у мужчин-ПИН сексуальные партнеры женского пола сами обычно не являются ПИН [101].

Также неясно, насколько передача ВИЧ-инфекции половым путем связана с распространением вируса через использование общих инструментов для инъекций среди ПИН [102, 103]. Большинство исследований показывают, что основным путем передачи ВИЧ является рискованное инъекционное поведение, по крайней мере среди действующих инъекционных потребителей. Однако некоторые исследования указывают на то, что незащищенный секс независимо ассоциировался с передачей ВИЧ среди ПИН [102, 103]. В некоторых городах распространение ВИЧ среди ПИН в равной степени связано как с половым путем передачи, так и с использованием общих инструментов для инъекций [104–106].

Использование презервативов среди ПИН — достаточно редкое явление: результаты большинства исследований указывают на то, что по крайней мере треть ПИН никогда не используют презервативы [1, 67, 107]. Исследование, проведенное Всемирной организацией здравоохранения в тринадцати городах, продемонстрировало, что число ПИН, никогда не использующих презервативы с партнерами противоположного пола, варьируется от 50% в Риме до 82% в Рио-де-Жанейро [108]. В ходе более недавних исследований в Рио-де-Жанейро 78% ПИН заявили о том, что постоянно используют стерильные иглы, однако лишь 12,5% сообщили о постоянном использовании презервативов [86].

Результаты некоторых исследований показывают, что ПИН, употребляющие крэк, сообщают о более низком уровне использования презервативов [51, 109, 110]. На использование презервативов может влиять и ВИЧ-статус. ВИЧ-позитивные ПИН в Таиланде [111], Нью-Йорке [112], Амстердаме [113] и Лондоне [114] сообщают о более частом использовании презервативов, чем ВИЧ-негативные. ВИЧ-позитивные ПИН также чаще используют презервативы с сексуальными партнерами, которые не являются ПИН [115]. Изучение отношений сексуальных пар, в которых один партнер являлся ВИЧ-позитивным ПИН, показало, что 70–80% сексуально активных пар практиковали незащищенный секс всегда

или почти всегда ^[116]. Уровень использования презервативов среди ПИН обычно отражает уровень использования презервативов среди местного населения в целом ^[2, 43, 67]. Это позволяет предположить, что использование презервативов также отражает более широкие социальные нормы и не связано исключительно с поведенческими моделями («паттернами») употребления веществ ^[2, 96].

Мужчины, вступающие в сексуальные отношения с мужчинами

Ряд исследований, проведенных среди мужчин, вступающих в сексуальные отношения с мужчинами (МСМ), демонстрируют связь между непоследовательным использованием презервативов и употреблением алкоголя и наркотиков ^[117, 118–123]. Например, в ходе исследования ^[3, 220], проведенного среди МСМ в шести городах Соединенных Штатов, было обнаружено, что повышенный риск незащищенного секса был связан с употреблением большого количества алкоголя, а также галлюциногенов и стимуляторов, особенно амилонитратов ^[118]. В целом связь между употреблением веществ и непостоянным использованием презервативов среди МСМ была признана «непоследовательной» ^[122].

В ходе когортного исследования в Сан-Франциско было обнаружено, что сероконверсия ВИЧ может быть связана с более частым употреблением веществ, в том числе амилонитратов, амфетаминов и кокаина ^[119]. Схожие данные о взаимосвязи употребления наркотиков (не алкоголя) и ВИЧ-позитивного серостатуса среди МСМ были обнаружены в Ванкувере ^[120] и Сиднее ^[28]. Недавние исследования в США ^[121] также продемонстрировали подобную взаимосвязь среди МСМ, принадлежащих к этническим меньшинствам.

В некоторых странах инъекционные наркотики употребляет значительное меньшинство МСМ: например, в Австралии. В Сиднее примерно 12% МСМ сообщили о том, что употребляют инъекционные наркотики, в основном амфетамины ^[160]. В ходе другого австралийского исследования было обнаружено, что инъекционный прием наркотиков больше распространен среди молодых и ВИЧ-позитивных мужчин-геев ^[125]. Эпидемиологические данные из Соединенных Штатов показывают, что 11% МСМ, живущих со СПИДом, сообщили об опыте инъекционного употребления наркотиков, и 20% всех мужчин-ПИН со СПИДом сообщили, что

занимались сексом с другими мужчинами ^[122]. Исследователи отмечают тот факт, что программы профилактики ВИЧ зачастую не уделяют должного внимания МСМ, употребляющим инъекционные наркотики ^[93, 126].

Молодые гетеросексуалы

Гетеросексуально активные молодые люди могут намеренно комбинировать употребление алкоголя и секс, особенно если они не считают, что принадлежат к «группе риска» ^[111]. В ходе телефонного опроса (1152 молодых человека в возрасте от 16 до 19 лет) 17% опрошенных сообщили, что с меньшей вероятностью воспользуются презервативами после употребления спиртного ^[127]. Другие широкомасштабные исследования также демонстрируют связь употребления алкоголя и/или марихуаны с непостоянным использованием презервативов среди молодых людей ^[77].

В целом исследования, проведенные среди молодежи, подчеркивают важность работы со следующими группами:

- *Молодые люди, употребляющие инъекционные наркотики.* Исследование в Австралии продемонстрировало, что амфетамины являются наиболее распространенными инъекционными наркотиками среди молодых людей в возрасте от 14 до 20 лет и что многие из них недооценивают риск передачи ВИЧ половым путем (в отличие от инъекционного пути передачи) ^[128].
- *Молодые люди, отбывающие наказание.* В ходе исследования, проведенного в Бразилии, было обнаружено, что 4,9% молодых людей, отбывавших наказание, были инфицированы ВИЧ. 52% из них сообщили, что никогда не использовали презервативы, и почти половина из них употребляли растворители, кокаин, крэк или марихуану или комбинировали эти вещества. 11% употребляли кокаин инъекционным путем ^[129].
- *Бездомные молодые люди.* Результаты различных исследований позволяют предположить, что распространение ВИЧ и ИППП более вероятно среди молодых потребителей веществ, живущих на улице ^[128, 130].
- *Молодые люди, употребляющие вещества эпизодически.* Несколько исследований подчеркивают важность связи между рекреационным употреблением наркотиков, в частности употреблением в клубах и на «рейвах», и непостоянным использованием презервативов ^[131–133].

Секс-работники

Употребление веществ зачастую пересекается с вовлеченностью в секс-работу ^[134–136]. Оценки соотношений потребителей веществ, вовлеченных в женскую секс-работу, и секс-работников, употребляющих вещества, сильно варьируются. По оценке ситуации, проведенной в Лондоне, от 29 до 59% секс-работни-

ков (в зависимости от географических и социальных условий) употребляли инъекционные наркотики, и от 14 до 22% ПИН женского пола предлагали сексуальные услуги в обмен на деньги или наркотики за последние шесть месяцев ^[136]. В других контекстах может наблюдаться более тесная взаимосвязь между употреблением веществ и секс-работой. Например, в Зимбабве существует очевидная связь между употреблением алкоголя и секс-работой ^[33, 34]. В городах Бразилии и Колумбии было обнаружено, что социально-экономический статус является ключевым фактором, воздействующим на употребление веществ и вовлеченность в секс-работу, а также на уровень рискованного сексуального поведения ^[137]. В некоторых условиях, например, во Вьетнаме, употребление наркотиков не является особенностью, связанной с секс-работой ^[138].

В целом исследования показывают, что секс-работники, употребляющие вещества, более подвержены риску инфицирования ВИЧ. Например, в ходе исследования, проведенного среди 697 секс-работников в городе Сантос, было обнаружено, что распространенность ВИЧ-инфекции связана с употреблением инъекционных наркотиков и крэка ^[140]. В Великобритании ВИЧ-инфекция среди секс-работников наиболее часто ассоциировалась с употреблением инъекционных нарко-

тиков ^[141]. Другие исследования демонстрируют связь ВИЧ-инфекции не только с инъекционным употреблением наркотиков, но и с частотой и продолжительностью вовлеченности в секс-работу ^[142].

Что касается использования презервативов, большинство исследований позволяют предположить, что секс-работники гораздо более последовательно используют презервативы, чем остальные группы населения ^[143], и что употребление алкоголя далеко не всегда влияет на уровень использования презервативов ^[144]. Результаты некоторых исследований показывают, что определяющим фактором использования презервативов является употребление алкоголя клиентами ^[144]. В ходе других исследований не удалось обнаружить различий в уровне использования презервативов между употребляющими и не употребляющими вещества секс-работниками ^[55].

Что означают эти сведения?

В целом эти данные подчеркивают необходимость учитывать следующие моменты:

- *вещества* – алкоголь, кокаин, крэк и в определенной степени амфетамины;
- *потуляции* – потребители инъекционных наркотиков; мужчины, которые занимаются сексом с мужчинами; молодые люди и секс-работники.

3 ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП

- 3.1 Определение задач ЭОР
- 3.2 Создание команды ЭОР
- 3.3 Обучение команды ЭОР
- 3.4 Дизайн оценки
- 3.5 Управление полевой работой
- 3.6 Анализ данных
- 3.7 Разработка ответных мер
- 3.8 Составление отчетов
- 3.9 Распространение полученных результатов
- 3.10 Подготовка к возможным проблемам

3.1 Определение задач ЭОР

Подготовка к ЭОР начинается с определения ключевых задач. Они используются:

- для получения поддержки от ключевых партнеров;
- для принятия основных решений по планированию хода ЭОР (где? когда? с кем?);
- в случае необходимости для обеспечения финансирования или ресурсов, необходимых для проведения ЭОР.

Работа по ЭОР направлена на сбор и анализ информации об употреблении веществ и рискованном сексуальном поведении — для последующей разработки эффективных мер вмешательства. Информация используется для получения поддержки от основных заинтересованных лиц, выработки политики и подготовки программ, которые после начала применения на практике пройдут отдельную оценку и корректировку. Это влечет за собой необходимость установления тесных контактов с потребителями веществ, отдельными группами сообщества и другими местными и национальными ключевыми лицами. При этом особый акцент делается на выявлении и разрешении связанных с работой проблем.

Ключевые вопросы

Для решения этих задач ЭОР требуется рассмотреть ряд ключевых вопросов, в том числе:

- *На каких препаратах следует сконцентрироваться?* — Будет ли ЭОР исследовать ситуацию в отношении любых психоактивных веществ (законных и незаконных, включая алкоголь) или сконцентрируется только на незаконных психоактивных веществах?
- *На каких типах сексуального поведения следует сконцентрироваться?* — Сможет ли ЭОР исследовать все типы сексуального поведения или будет целесообразнее заняться только сексуальным поведением секс-работников, являющихся потребителями инъекционных наркотиков?
- *Какие группы населения и выборки следует включить в ЭОР?* — Будет ли ЭОР заниматься специфическими подгруппами населения, например, молодыми потребителями крака из этнических меньшинств или мигрантами? Или у ЭОР будет более широкий охват?
- *Какие типы вреда, связанного с употреблением веществ, будут исследоваться?* — Будет ли ЭОР исследовать в этом отношении исключительно проблему ВИЧ/СПИДа или более общие проблемы здравоохранения? Будет ли исследоваться широкий спектр неблагоприятных последствий (физических, психологических, социальных и экономических) употребления веществ?
- *Какими будут географические границы ЭОР?* — Будет ли ЭОР проводиться на национальном уровне или в пределах одного региона, населенного пункта или городского района?

- *Какие политические или этнические проблемы существуют?* — В какой мере на ЭОР может повлиять согласие (или сопротивление) политических структур или фондов поддержать проект? Каковы ожидания сообществ в данной области? В какой мере цели ЭОР будут отражать предполагаемые ожидания сообщества, в котором этот проект будет осуществляться?
- *Каковы временные рамки ЭОР?* — Что должно быть получено на выходе ЭОР (например, отчеты, пособия по обучению, заявки-предложения, методические рекомендации, презентации) и когда?

Ключевые мероприятия

Есть четыре типа мероприятий, которые могут помочь команде ЭОР в составлении подобного списка задач.

1. Схема полевой оценки (ПОЛЕ 1), описанная ранее в настоящем руководстве, обеспечивает исходный инструмент, необходимый для определения ключевых вопросов исследования, источников данных, методов и задач, входящих в ЭОР. Окончательные решения не должны приниматься на этой стадии, и команда ЭОР может использовать ПОЛЕ 1 при организации специальных сессий для обсуждения хода процесса или проведения «мозгового штурма».

2. Письменный протокол оценки (см. ниже): команда может дополнить схему **ПОЛЕ 1** кратким описанием всех компонентов ЭОР. Подобные протоколы обычно не превышают 3–4 страниц и обеспечивают важную точку отсчета для всей команды ЭОР, напоминая каждому ее члену о ключевых проблемах, требующих решения, а также о функциях и обязанностях каждого. Если обновлять и хранить этот протокол, в него можно также заносить новые вопросы исследования и важнейшие решения, принятые по ходу экспресс-оценки (это может пригодиться при составлении отчета или при аргументировании возможных изменений в направлении исследования для финансирующих структур).

3. Первичная консультация (см. раздел 4.2) Первичная консультация обычно проводится до начала полномасштабных исследований экспресс-оценки и предполагает организацию встречи национальных, региональных и местных экспертов и представителей сообщества, а также обеспечение

ПРИМЕР: ПРОТОКОЛ ОЦЕНКИ

Наименование:	Наименование оценки
Диапазон:	Место проведения, обоснование оценки, группы населения, временные границы
Задачи:	Основные задачи оценки, включая задачи мобилизации сообщества и разработки предложений по усовершенствованию уже осуществляемых мер вмешательства и/или введению новых
Команда ЭОР:	Список членов команды ЭОР с указанием профессиональной подготовки и организационной принадлежности каждого
Сообщество:	Основные задачи Консультативного совета сообщества (КСС); примерный список членов Консультативного совета (имена и/или названия организаций); расписание собраний КСС (периодичность, рабочие процедуры и т. д.)
Оценка:	Отдельные виды деятельности для каждого метода сбора данных. Например: <ul style="list-style-type: none"> • Метод: Провести 8 фокус-групп с ПИН, использовать наблюдение и существующие источники данных для перепроверки • Источники данных/выборки: Набрать ПИН в районе центрального вокзала • Ключевые вопросы: Какие вещества употребляются инъекционно? Как они вводятся? Каковы основные проблемы со здоровьем? • Кто ответственный? Господин X, аутрич-работник/команда ЭОР • projected timeframe: С 3-й по 5-ю неделю оценки
Анализ данных:	Кто будет анализировать данные? Как они будут анализироваться?
Продукты:	Указать, какие продукты ожидаются от ЭОР на выходе; включить отчет о ходе ЭОР и полученных результатах, а также план действий, основанный на конкретных предложениях по осуществлению вмешательств.
Распространение:	Указать, как будет организовано распространение и пропаганда результатов ЭОР в стране (например, составление заявки на получение гранта; подача заявки, работа со СМИ по результатам ЭОР, встречи в защиту интересов программ и целевой группы — с участием политиков и представителей заинтересованных организаций)
Ресурсы:	Указать, какие человеческие и другие ресурсы будут вовлечены в ЭОР. Например: господин А из организации Б — 30% его рабочего времени в течение трех месяцев, доступ к компьютеру и т. д.
Этические проблемы:	Указать, какие этические проблемы могут быть связаны с проведением экспресс-оценки

всего необходимого для результативности такой встречи. Ее цель — способствовать выработке первичных представлений об основных объектах и параметрах исследования, а также спланировать экспресс-оценку. Предполагается, что первичная консультация занимает не более одного дня, организуется и проводится главным исследователем и другими членами команды.

4. Краткое ознакомление с существующими источниками данных (см. раздел 6.2) и лоббированием имеющейся к данному моменту в наличии информации о местной ситуации и контексте (см. раздел 4.3).

3.2 Создание команды ЭОР

Команда ЭОР — это центральная группа работников, которые отвечают за общую организацию, руководство и выполнение экспресс-оценки. В зависимости от целей ЭОР хорошая команда должна объединять людей, которые:

- отражают разнообразие и основные характеристики целевой группы ЭОР (с точки зрения расы/этнической принадлежности, пола, возраста, экономического и социального статуса);
- принадлежат к местному сообществу или хорошо знакомы с ним (это могут быть лица, уважаемые отдельными общественными группами, или лица, обладающие хорошими коммуникативными и языковыми навыками);
- принадлежат к популяциям потребителей веществ или пользуются их доверием;
- доступны в течение всего времени проведения ЭОР;
- имеют навыки проведения научных социологических исследований, занимают влиятельное положение в местной иерархии или обладают определенным опытом, который облегчит планирование начальных этапов экспресс-оценки и ускорит процесс определения необходимого вмешательства и организации деятельности в защиту интересов программы или целевой группы на более поздних стадиях.

В команду ЭОР обычно входят:

- руководитель проекта команды ЭОР (человек с опытом руководства исследованиями и/или проектами);
- пять или шесть других лиц (с соблюдением при их подборе нужного баланса исследовательского опыта и опыта осуществления вмешательства; они также обязательно должны пользоваться доверием целевой аудитории и местного сообщества);
- при необходимости дополнительные полевые работники.

Плохой состав команды ЭОР может быть следствием включения в нее лиц, связанных с одной из сторон политического или местного конфликта и не способных или не желающих общаться и взаимодействовать с исследуемым населением.

Размер команды ЭОР зависит от задач исследования. В осуществлявшихся ранее ЭОР команды насчитывали от 4 до 15 человек. Могут привлекаться и большие команды, однако в таких случаях не все смогут высказаться на регулярных собраниях, а процесс принятия решений может потребовать больше времени.

Консультативный совет сообщества

Командой ЭОР должен руководить консультативный совет сообщества (КСС). В него входят команда ЭОР

и влиятельные ключевые лица сообщества. Его задача — обеспечить представителям сообщества возможность участвовать в обсуждении, планировании и реализации ЭОР.

КСС обычно формируется из 5–20 ключевых лиц сообщества, которые регулярно принимают участие в собраниях группы и предоставляют консультации по вопросам планирования и осуществления экспресс-оценки и вытекающих из нее мероприятий по вмешательству.

С точки зрения исследований КСС является для команды ЭОР ценным источником информации о местной ситуации с употреблением веществ. В ходе обсуждений с участием КСС могут быть определены основные проблемы оценки, установлены полезные контакты или источники данных и выявлены потенциальные препятствия для работы.

С точки зрения осуществления вмешательств КСС выполняет разные функции: обеспечивает проведение форумов с участием влиятельных лиц, групп и организаций, на которых определяются и вырабатываются стратегии, направленные на снижение вредных последствий употребления веществ.

Опыт прошлых проектов ЭОР показывает, что последняя функция КСС является очень важной; эту функцию совет продолжает выполнять и по окончании экспресс-оценки. Формирование и деятельность КСС требуют тщательной организации. Членов КСС часто приходится убеждать в необходимости работы подобного органа; при этом в его состав могут входить отдельные лица или группы, конфликтующие друг с другом.

Анализ ключевых лиц

Для успешного осуществления ЭОР нужна поддержка сообщества и политиков. Если проведение оценки не поддерживается влиятельными лицами или представителями властей, это сразу становится очевидно на разных уровнях политической или социальной иерархии.

«Анализ ключевых лиц» — это один из способов выявить, к каким конкретно лицам или организациям следует обратиться за поддержкой, а кто может препятствовать проведению экспресс-оценки. Анализ может также выявить потенциальных членов консультативного совета сообщества.

ИЗУЧЕНИЕ СЛУЧАЯ: ФОРМИРОВАНИЕ КОНСУЛЬТАТИВНОГО СОВЕТА СООБЩЕСТВА, ЮЖНАЯ ИНДИЯ

«Был сформирован консультативный совет сообщества, в который вошли основные заинтересованные лица, представляющие... различные религиозные группы, касты, политические группы, женщин и мужчин, лиц, живущих на пособие. В совет вошли 20 человек, в том числе:

- католический священник;
- лидер церкви евангелистов;
- помощник комиссара полиции;
- врач-терапевт; фармаколог; члены групп АН и АА;
- член парламента;
- лидер движения Амбедкар (кастовое объединение);
- представитель местной молодежной федерации;
- представитель ассоциации рыбаков;
- лидер женской организации;
- уважаемый представитель местных мусульман;
- уважаемый представитель местных индуистов;
- представители общественного совета».

ПРИМЕР: «АНАЛИЗ КЛЮЧЕВЫХ ЛИЦ»

Термин «ключевое лицо» применим к любому лицу, группе или организации, которые занимают важную или влиятельную позицию в сообществе и могут быть затронуты процессом и результатами экспресс-оценки или заинтересованы в них. В число ключевых лиц могут входить влиятельные члены разнообразных групп, включая нынешних или бывших потребителей веществ, представителей лечебных учреждений, организаций социальной помощи, структур по защите прав человека, молодежных и правительственных организаций, членов и представителей отдельных групп сообщества, представителей СМИ и других структур. Для того чтобы выявить ключевых лиц и, что еще важнее, понять и спрогнозировать их возможную позицию по вопросу реализации мероприятий экспресс-оценки и реагирования, иногда бывает необходимо провести «анализ ключевых лиц». В самом простом варианте берут лист бумаги и проводят линию по центру. Затем эта линия разбивается на отрезки, которые нумеруются от 1 до 10 (она послужит осью). Слева от оси составляется список лиц, которые могут помочь в проведении экспресс-оценки (с краткой аргументацией включения в список каждого). Пронумерованная ось позволяет оценить «пользу» этих лиц. Процесс анализа может быть продолжен: справа от линии можно составить список лиц, которые способны создать препятствия или помешать проведению оценки.

3.3 Обучение команды ЭОР

Исследования ЭОР не будут успешными без обучения всех членов команды. Начальная подготовка должна быть проведена до начала ЭОР, когда необходимо решить как минимум четыре главные задачи:

- предоставить членам команды навыки, необходимые для проведения ЭОР. Это могут быть навыки исследователя и организатора мероприятий с участием ключевых лиц сообщества, хранителей информации и целевых популяций;
- предоставить членам команды ЭОР время для обсуждения некоторых задач, трудностей и этических проблем, с которыми придется иметь дело в ходе ЭОР;
- рекомендовать членам команды обдумать влияние их собственных позиций и ценностей на ЭОР;
- предоставить членам команды важную информацию о предпосылках и задачах ЭОР.

Программа обучения команды ЭОР

Существует три основных типа обучающих программ для команды ЭОР. Каждая программа имеет определенный формат, решает целый ряд задач и проводится с привлечением разных специалистов.

1. Краткий вводный курс. Обычно занимает половину дня или один день. Его главная цель — познакомить аудиторию с основными задачами экспресс-оценки и распространить печатные рекомендации и материалы. Противоречие между ограниченностью выделяемого на занятия времени и большим объемом информации приводит к тому, что эта форма обучения чаще всего проводится в форме лекций и, следовательно, неэффективна с точки зрения формирования навыков у слушателей.

2. Четырех- или пятидневный семинар по планированию (см. пример далее). Такие занятия выигрывают благодаря тому, что на них отводится больше времени. Обычно они посвящены методологическим проблемам планирования и обучению команд составлять «протоколы» с подробным описанием задач, целе-

вых групп, методов, источников данных и ресурсов, необходимых для проведения экспресс-оценки. Такой акцент на организации и планировании часто означает, что на подобных встречах не представляется возможным уделить внимание выработке навыков или глубокому обсуждению отдельных исследовательских приемов.

3. Семинар по выработке навыков и планированию (см. пример далее). Это более длительная и сравнительно менее распространенная программа. Ее целью является не только предоставление вводной методологической информации и обучение планированию, но и обучение специальным исследовательским навыкам и разработке программ вмешательства, а также ознакомление с передовым опытом в сфере снижения вреда. Такие занятия могут проводиться в течение длительного времени, причем слушатели могут возвращаться к участию в обучающей программе на разных этапах проведения экспресс-оценки. Преимущества такого подхода заключаются в том, что команды, осуществляющие оценку, получают возможность регулярно встречаться, а информирование и обучение навыкам проходит в наиболее подходящее для этого время (например, более глубокое обучение анализу качественных данных может быть организовано уже после проведения нескольких фокус-групп, а не в качестве одной из тем вводных занятий). Кроме того, на таких занятиях часто уделяется время обсуждению и решению проблем, с которыми участники сталкивались во время работ на местах (зачастую с использованием реальных данных).

Важно, чтобы при планировании обучающих программ команда ЭОР выделяла дополнительное время на необходимую подготовку тренеров, обращала внимание на уровень сложности тем и учитывала опыт местных участников программы и доступность ресурсов.

ПРИМЕР: 12-Я МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО СПИДУ, ЖЕНЕВА, 1998 ГОД

Важным этапом развития методологии экспресс-оценки стало представление метода научным специалистам и представителям общественного здравоохранения. На одном из дневных заседаний 12-й Международной конференции по СПИДу 1998 года, в котором приняли участие более 60 специалистов в области употребления веществ, была представлена методология и распространен предварительный вариант рекомендаций; при этом участников поощряли применить технику оценки и предоставить первоначальную обратную связь. Эта сессия состоялась главным образом из кратких выступлений, изучения случаев и упражнений по решению проблем.

ПРИМЕР: БАЛТИЙСКИЙ КУРС ОБУЧЕНИЯ ЭКСПРЕСС-ОЦЕНКЕ, ЛАТВИЯ, ЮНИСЕФ/ПРООН/ВОЗ, 2000 ГОД

Этот семинар, основанный на двух сборниках рекомендаций ВОЗ по ЭОР — ПИН-ЭОР и СЕКС-ЭОР, — был организован с целью подготовить команды из Эстонии, Латвии, Литвы и Польши к проведению экспресс-оценок по употреблению веществ и сексуальному здоровью в среде уязвимой молодежи. Занятия продолжались пять дней:

- День 1** Командам было предложено сравнить ситуации в молодежной среде в каждой из стран и обдумать, какие ресурсы для проведения экспресс-оценки могут быть доступны.
- Дни 2–3** Участвующие в обучении команды ознакомились с различными исследовательскими методиками, используемыми для экспресс-оценки, и с областями, в которых данные методики могут применяться. Это потребовало «знакомства с реальностью», выразившегося в посещении четырех разных мест (пункта обмена игл, гей-бара, рынка и дискотеки) для ознакомления с ситуациями, в которых участники занятий будут в дальнейшем работать.
- День 4** Главная тема — оценка командами уже отлаженных мероприятий и необходимых новых вмешательств. На дневных занятиях команды из разных стран работали над предварительным планом своего исследования («протоколом оценки»).
- День 5** Команды дорабатывали свои протоколы и представляли их тренерам и другим слушателям.

По возвращении домой команды представили откорректированные протоколы ЮНИСЕФ/ПРООН/ВОЗ на утверждение, чтобы начать проведение оценки.

3.4 Дизайн оценки

На этой стадии команда ЭОР уже способна более детально оформить свой проект ЭОР. Сейчас она должна решить:

- Что является центральными задачами ЭОР?
- Каковы ключевые вопросы?
- Кто будет вовлечен?
- Какие методы и источники данных будут использованы?
- Где будет проводиться работа?
- Как будет проводиться мониторинг прогресса ЭОР?

Команда ЭОР может использовать схему ПОЛЕ 1 как вспомогательный инструмент для решения этой задачи. Полезными окажутся также записи, сделанные в ходе первичной консультации, и рассмотрение источников данных и контекстуальной информации.

Определение задач ЭОР

Задачи должны быть полностью понятны каждому члену команд ЭОР и КСС. Для окончательной формулировки задач команда ЭОР должна заново рассмотреть каждый из модулей оценки, представленных в настоящем руководстве (см. гл. 4), и использовать их в качестве основы обсуждения в самой команде, с членами КСС и другими основными заинтересованными лицами. Число и тип задач зависят, безусловно, от контекста, в котором будет проводиться ЭОР, и от имеющихся в наличии ресурсов. Предшествующий опыт показывает, что проблемы возникают, когда:

- ставится слишком много задач — излишние амбиции обычно приводят к нерациональному использованию ресурсов, невозможности соответствовать завышенным ожиданиям сообщества и потребителей веществ и подрыву морального духа команды;

- *выбранные задачи нечетко формулируются* — очень важно, чтобы команда ЭОР точно определила каждую задачу и рассмотрела возможность установки конкретных целей или квот; например, «установить контакт с потребителями опиатов в Старом городе и провести интервью с 15 потребителями инъекционных опиатов на 5-й неделе ЭОР»;
- *задачи не согласованы с командой ЭОР, КСС и финансирующими организациями* — важно, чтобы каждый участник проекта отдавал себе отчет в том, что происходит; это имеет особенно большое значение применительно к структурам, обеспечивающим финансовую или другие виды помощи; некоторые команды ЭОР, возможно, решат утвердить сформулированные задачи в письменном виде;
- *задачи не пересматриваются регулярно* — в ходе реализации ЭОР ситуация постоянно меняется; поэтому и задачи следует регулярно отслеживать и при необходимости пересматривать.

Ключевые вопросы для ЭОР

Важно сформулировать ключевые вопросы, на которые должны быть получены ответы в ходе ЭОР. Такие вопросы помогут структурировать начальные этапы ЭОР и послужат основой для отбора методов и источников данных. Как указывалось выше, последующие вопросы исследования станут понятными в ходе реализации ЭОР, и члены команды смогут позднее дополнить ими список или убрать оказавшиеся неактуальными вопросы.

Модули оценки, представленные в настоящем руководстве, помогут команде ЭОР сформулировать ключевые вопросы. Команда ЭОР может также рассмотреть следующие типы вопросов:

- *описательные вопросы* — помогут команде ЭОР описать ситуацию: Что? Где? Когда?
- *аналитические вопросы* — помогут команде ЭОР понять ситуацию: Почему? Почему не? Как?
- *репрезентативные вопросы* — позволяют оценить распространенность типа поведения или события: Сколько? Как часто? Насколько распространено? По сравнению с...?

Кого привлечь к проведению ЭОР

Выбор тематики и ключевых вопросов поможет команде ЭОР решить, кто должен принимать участие в оценке. Обычно существует шесть основных групп лиц, с которыми важно непосредственно сотрудничать в ходе проведения оценки (все они одновременно являются ключевыми лицами):

- *потребители веществ и члены групп сексуального риска* — люди, более всех подверженные вреду, связанному с употреблением веществ, или представители групп сексуального риска;
- *«привратники»* — люди, контролирующие доступ к различным группам сообщества; крайне важно выявить формальных и неформальных «привратников», имеющих доступ к потребителям веществ;
- *ключевые информанты* — носители особых знаний об отдельных группах, отдельных темах или проблемах (но не непосредственные участники программ оказания услуг потребителям веществ и не сами потребители);
- *хранители информации* — люди, собирающие и поддерживающие источники данных, обновляющие и корректирующие их; важно вовлечь хранителей информации на ранних стадиях ЭОР;

ПРИМЕР: ОБУЧЕНИЕ ПО СНИЖЕНИЮ ВРЕДА И ЭОР В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В сентябре 1997 г. организация «Врачи без границ» (MSF-H) начала проект тренингов в области профилактики ВИЧ/СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) в Российской Федерации. Часть программы обучения заключалась в том, что 200 участникам из 65 городов России и других стран СНГ предложили провести экспресс-оценки в их городах или регионах в качестве одного из этапов разработки и внедрения эффективной программы профилактики распространения ВИЧ среди ПИН. Обучающая программа для решения этой задачи основывалась на цикле мероприятий, в том числе начального обучающего курса в Москве, продолжавшегося 11–12 дней. Его целью было обучение философии и практике снижения вреда и исследовательским навыкам. По окончании этого курса слушатели возвращались в свои города и проводили там экспресс-оценки продолжительностью около 12 недель. Для завершения обучающего цикла все участники возвращались в Москву для 5–6-дневных итоговых занятий, в ходе которых обсуждались результаты, полученные в каждом городе, с целью их дальнейшего использования для первоначального планирования программ. Расписание потоков было составлено так, чтобы участники двух групп пересекались между собой: слушатели начального обучающего курса в последний день занятий знакомились с результатами экспресс-оценок, осуществленных слушателями предыдущего потока и представленных ими во время итоговых занятий.

- *контактные организации* — организаторы и исполнители программ по снижению вреда от употребления веществ;
- *члены сообщества* — люди, живущие в сообществах (представляющих интерес для ЭОР) или принадлежащие к таким сообществам.

Команда ЭОР должна разработать *последовательную* политику поощрения участников исследования. Деньги рекомендуется платить только в исключительных случаях. Вместо этого участникам можно предложить какие-либо неденежные поощрения (угощения, прохладительные напитки и т. п.).

Как было указано выше, подбор или формирование выборки отдельных лиц, структур и организаций для участия в ЭОР осуществляется для получения как можно более репрезентативной выборки (см. также раздел 6.3). Совокупности отдельных лиц, структур и организаций (их еще называют «участниками выборки») должны отражать все разнообразие характеристик, убеждений и видов деятельности группы населения, являющейся объектом интереса команды ЭОР.

Хотя репрезентативность весьма важна для ЭОР, чаще всего не удается отобрать и привлечь к работе достаточно большое количество случаев, чтобы получить «статистически репрезентативные» данные и описание. Наряду со случайной селекцией подобные условия часто играют важную роль в широкомасштабных опросах, поскольку позволяют исследователям делать заключения по поводу поведения больших групп населения на основе данных, собранных на меньших выборках.

Исторически сложилось, что такая ситуация — исключение и для исследований в области употребления веществ. Употребление незаконных веществ — это скрытая деятельность, и в большинстве стран большая часть потребителей не известна медицинским службам и официальным структурам. Те же, кто контактирует с различными службами, зачастую не отражают типичную ситуацию с более широкими группами потребителей как с точки зрения способов употребления, так и с точки зрения рискованного поведения и состояния здоровья. Учитывая скрытность подобного образа жизни, а также ограниченность времени и ресурсов, может быть сложно установить контакты с большим количеством потребителей веществ и организовать случайную или статистически репрезентативную выборку.

Именно поэтому при ЭОР обычно используются альтернативные принципы селекции и дизайна выборки.

Ключевая характеристика таких подходов, описанных в модуле 6.2, заключается в том, что при отсутствии статистически репрезентативных рамок выборки методы, которыми она организуется, стремятся быть «теоретически репрезентативными». Это означает, что потребители веществ и другие ключевые информанты отбираются так, чтобы они:

- отражали характеристики, убеждения и виды деятельности, которые *предположительно* свойственны большим группам таких лиц
- или *считались* наиболее важными и вероятными источниками информации и данных.

Следует также обратить внимание на следующие две важные характеристики таких методов:

- в проектах ЭОР теоретические выборки обычно относительно невелики и соответствуют времени и средствам, имеющимся в распоряжении команды ЭОР;
- принимая решение о дизайне и применении техник теоретических выборок, таких как сетевая, целевая или квотная выборка, необходимо учитывать результаты консультаций с ключевыми информантами и местными полевыми работниками (часто ими являются бывшие или действующие потребители наркотиков).

Ключевые методы и источники данных

В настоящем руководстве описаны основные методы, применяемые в ЭОР (глава 6). Команда ЭОР должна рассмотреть их и решить, какие методы будут использованы и в каком порядке.

Выбор методов и порядок их применения должны быть обусловлены вопросами, составленными для ЭОР. Эти вопросы будут пересматриваться и видоизменяться в ходе исследования, и команда ЭОР должна быть готова проявить гибкость. На ранних этапах ЭОР команда должна:

- *выявить и использовать существующие источники информации*: к ним относятся традиционно собираемые данные, такие как статистика распространения ВИЧ, а также документальные источники (отчеты, исследовательские документы и статьи). Это поможет не только получить важную информацию, но и выявить «пробелы» в имеющихся знаниях, заполнить которые исследователи попытаются в процессе проведения ЭОР;
- *использовать качественные методы*: к ним относятся интервью и фокус-группы, которые можно провести с целью определения мнений, типов поведения, проблем и географических мест, имеющих значение для исследования;
- *немедленно начать устанавливать контакты*: это относится в том числе к контактам с отдельными лицами и структурами, которые предположительно не намерены или откажутся принять участие в ЭОР.

Дальнейшие рекомендации по методам исследования представлены в главе 6, а их резюме вы найдете ниже.

<p>Опросы - в ЭОР обычно применяются как этап работы с использованием технологий не-случайной выборки и подкрепляемому ре-зультатов другими методами исследова-ния</p>	<p>рекомендуется применять, только если есть необхо-димости в получении общей информации о регио-нах (например, социологические данные) или для определения существующих источников дан-ных</p>	<p>если есть данные предыдущих исследова-ний, короткий опрос может помочь полу-чить полезную информацию о природе от-ределенного поведения или деятельности</p>	<p>данный метод может стать «скалдующим ша-гом» команды ЭОР, т. е. результаты ЭОР мо-гут быть использованы для разработки ши-рокообластных опросов</p>
<p>Наблюдения - исследовать получает необходимые ему данные, находясь вместе с людьми, наблюдая за тем, что они делают, и слу-шая, что они говорят</p>	<p>выявление областей исследования, проведение экс-периментов, установление способа выхода на группы; определение дискретного поведения, практик ко-торые люди не придают значения; понимание местных форм поведения, сленга и тради-ций</p>	<p>подтверждение результатов других методов исследования, источник данных и пило-тез; дальнейшее изучение определенных тем или форм поведения</p>	<p>подтверждение и проверка результатов других методов исследования, источник данных и пилотез; оценка релевантности полученных ре-зультатов (это можно сделать путем прове-дения повторных наблюдений в различных мес-тах); определение потенциальных проблем и мето-дов их решения в ходе проведения планируе-мого вмешательства</p>
<p>Интервью - сбор данных путем систематической по-становки вопросов и внимательного вы-слушивания ответов на них.</p>	<p>интервью помогут составить список местной терми-нологии, форм поведения, значений, областей буду-щего исследования; а также получить представление о текущей ситуации</p>	<p>интервью часто проводятся с целевыми ин-дивидуями или группами - людьми, кото-рые, по мнению исследователей, могут по-мочь им лучше понять определенный во-прос или проблему</p>	<p>результаты интервью с целевыми индивидуями или группами могут помочь подтвердить или проверить результаты других методов ис-следования</p>
<p>Фокусные группы - определенное количество респондентов, интервьюируемых вместе, потому что у них есть общий опыт, они представляют единые социальные группы или имеют специфические знания</p>	<p>расширение различных мнений и получение инфор-мации о неявных формах поведения; выявление гипотез и идей, определение новых ключе-вых информантов и дальнейших направлений иссле-дования; понимание местного сленга и терминов, связанных с определенными формами поведения; изучение языка жестов и особой традиции и обычаев</p>	<p>выслушивание мнения группы о проблеме (изменение мнения и отношения к дискре-ционному поведению можно зафиксировать и связать с внешним фактором)</p>	<p>выявления и проверка результатов полу-ченных при применении других методов ис-следования; оценка релевантности полученных ре-зультатов; получение реакции определенных групп на вмешательство, разработанные на основе экс-пресс-оценки; участники могут помочь опре-делить культурные препятствия и пробле-мы</p>
<p>Существующие источники данных - включает в себя данные, собираемые на постоянный основе, на сбор которых у исследователей нет времени, денег или физических ресурсов</p>	<p>получение данных о местном районе, соседних регио-нах и национальной ситуации; это полезно для пони-мания контекста, в котором проводится исследование</p>	<p>определение пробелов в имеющейся ин-формации и практик, которые необходимо продолжить изучать</p>	<p>мониторинг и сопоставление с результатами других методов исследования</p>

Основные методы

Ранний этап ЭОР

Промежуточный этап ЭОР

Заключительный этап ЭОР

Где вести работу

Команда ЭОР должна быть готова к ведению работы в местах расположения целевых популяций. С этим свя-заны три следующие проблемы:

- **Необходимость установления контакта с такими группами населения, в которые трудно попасть или в которых трудно проводить исследования:** некоторые из групп будут трудно поддаваться локализации вследствие того, что их поведе-ние является незаконным или стигматизируемым, а к дру-гим группам доступ будет проще, но они с нежеланием от-несутся к участию в исследовании по причине недоверия или подозрительности. Команде ЭОР понадобится содей-ствие «привратников» и ключевых информантов (потенци-ально способных обеспечить важные знакомства), чтобы справиться с этими проблемами. Ценность для такой рабо-ты может представлять местный полевой персонал, кото-рый часто состоит из бывших потребителей веществ и, следовательно, имеет хорошие связи в тех группах населе-ния, доступ к которым зачастую затруднен. При наборе мес-тных работников важно выбирать тех, кто имеет высокий социальный статус в целевой группе, хорошие коммуника-тивные навыки и демонстрирует стабильность функциони-рования в течение дня. Применительно к некоторым быв-шим потребителям наркотиков следует рассмотреть этичес-кие аспекты, ведь их попросят снова оказаться в ситуации легкой доступности наркотиков. Весь местный полевой персонал должен пройти обучение.
- **Подбор помещений:** полезно заранее определить места, в которых будет проходить интервьюирование респондентов или сбор данных. Хорошо, если это будут спокойные, удоб-ные и приспособленные для таких целей места. Они не должны находиться в лечебных центрах или недалеко от других «чувствительных» мест, поскольку такое соседство может отпугнуть участников.
- **Определение всех потребностей в обучении и обеспечении безопасности:** команда ЭОР должна заранее решить, как избежать ситуаций, в которых безопасность ее персонала или людей, оказывающих ему помощь, может оказаться под угрозой. Оценки могут проводиться в сложных, а иног-да и опасных условиях, в особенности при контакте с людьми, не жалующими посторонних или занимающимися

3.5 Управление полевой работой

Проведение экспресс-оценки может потребовать от команды ЭОР серьезных усилий. Возможно, вам при-дется методично собирать информацию, дипломатич-но договариваться с различными людьми и проводить исследования в необычных и сложных условиях. Ве-дите *подробные записи* относительно всего, что про-исходит в ходе этого процесса, и *храните эту инфор-мацию*, иначе ваши усилия будут потрачены напрасно, а ценная информация утеряна.

незаконной деятельностью. Члены команды ЭОР должны воспользоваться знанием местной ситуации, чтобы ре-шить, как избежать рисков и что предпринимать в сложных или опасных обстоятельствах при проведении полевой ра-боты. Такие меры могут включать необходимость:

- всегда иметь при себе удостоверения личности, рекомен-дательные письма и/или номера контактных телефонов на случай непредвиденных обстоятельств (предварительно со-гласовать с местной полицией);
- обязательно предварительно информировать других чле-нов команды о времени и месте проведения работы по оценке;
- внимательно относиться к собственным высказываниям и невербальным сообщениям, к словам, жестам других лю-дей и их смыслу;
- вежливо, но твердо прерывать интервью/обсуждения, если возникли опасения за личную безопасность.

Мониторинг прогресса

При выполнении экспресс-оценки продолжитель-ностью 12–16 недель рекомендуется проводить со-брания команды ЭОР *не реже одного раза в неделю*, а желательно и чаще, чтобы отслеживать ход работ. Чтобы избежать бесполезной траты времени, команда ЭОР должна проводить свои собрания с соблюдением формальных мер, то есть с повесткой дня, официаль-но назначенным председателем собрания и с предва-рительной раздачей резюмирующих документов или важных данных (такие материалы должны быть крат-кими и направленными на освещение определенной проблемы, а не просто представлять собой подборку исследуемых данных). Собрания с участием КСС не должны быть столь частыми, за исключением случаев, когда в этом есть необходимость. Нормальная частота встреч со всеми членами КСС — один раз в месяц.

С точки зрения фиксации данных каждый член коман-ды должен:

- *всегда носить с собой один или несколько блокнотов для записей.* Важно, чтобы в этих записях не указывались име-на людей, названия географических районов и конфиден-циальная информация. По возможности для записи такой информации должна быть создана система кодов;
- *систематично фиксировать все, что происходит или гово-рится, — члены команды ЭОР могут делать либо дословные записи (письменное фиксирование всего, что происходит в ходе исследования), либо комментарии (краткое описание форм поведения или событий), либо записи по случаю*

(ведение записей по возможности, например, во время перерыва). Для ведения точных записей требуется достаточное много времени, тогда как в комментариях и записях по случаю могут быть упущены важные детали.

- **просматривать и расшифровывать записи сразу после левой работы.** Необходимо занести все недостающие детали и сравнить их с записями других исследователей. Если этот процесс пришлось отложить на более поздний срок, следует кратко описать все важные детали, чтобы не забыть их. Постарайтесь уделить этому процессу как можно больше времени и составьте полный список всего, что кажется вам полезным;
- **всегда указывать в записях время, число и условия ситуации исследования.** То есть записи должны включать в себя следующее: описание места исследования; характеристики информантов и описание их роли; информацию о том, откуда люди приходят на место исследования и куда уходят; описание всех заметных событий. Также будет полезно делить подзаголовки, разделяющие записи на наибольшие разделы, и отмечать все впечатления и мысли, чтобы позже не перепутать личное мнение исследователя с записями форм поведения и результатов бесед.

Управление данными

Всегда существует риск того, что будет собрано много информации, которая впоследствии не пригодится. Поэтому команда ЭОР должна стараться заранее оп-

ределять количество и детальность информации, необходимой для ответа на определенные вопросы исследования. Для этого можно использовать схему сбора и хранения данных (ДАННЫЕ 2).

Необходимо создать центральный исследовательский архив, который позволит исследователям быстро находить необходимые им материалы. Команда ЭОР также должна создать систему, позволяющую маркировать и датировать информацию и блоки данных, а затем тщательно проверять их до архивирования. Возникновение коммуникативных проблем или недочетов часто означает, что подборка данных, особенно составленная по запросу команды ЭОР третьей стороной, не содержит важной информации или недостаточно достоверна.

Качество данных

Контроль за качеством данных является крайне важным элементом процесса исследования. Члены команды ЭОР, также как и местные полевые работники, должны осознавать, что заполненные формы или анкеты подвергаются выборочной проверке.

кументов или важных данных (такие материалы должны быть краткими и направленными на освещение определенной проблемы, а не просто представлять собой подборку исследуемых данных).

Триангуляция

При проведении экспресс-оценки надежность и достоверность результатов устанавливаются путем проверки данных, полученных из разных источников. Такой подход часто называется «триангуляцией данных» и основывается на положении о том, что выводы, к которым приходят после систематической проверки и *сравнения* не менее двух тщательно отобранных источников информации, обычно более достоверны, чем в случае использования в исследовании единственного источника данных.

Процесс триангуляции требует планирования. Многие трудности, возникающие при интерпретации информации, полученной из единственного источника или

одним способом — например, недостаток детализации в определении случая или процедуре сбора данных, — становятся еще более явными при обращении к нескольким различным источникам данных. И тогда сравнение двух или более источников данных, дающих разные результаты, может оказаться затруднительным.

Как решить, какой из источников данных «правильный»?

Хотя такие противоречия в данных могут быть сами по себе показательными, в подобных ситуациях бывает

полезно составлять описания используемых источников информации по мере продвижения ЭОР. При этом необходимо учитывать следующее:

- **сопоставимость** данных: различия в определениях, методах выборки и процедурах;
- **качество**: различия в достоверности и надежности индивидуальных источников;
- **охват**: различия в охвате типов организаций, веществ, потребителей, регионов;
- **количество**: различия в объеме предоставляемой информации.

3.7 Разработка ответных мер

Разработка ответных мер описана в главе 5. В ходе осуществления оценки команде ЭОР необходимо решить три ключевых вопроса:

- Какого рода ответные меры требуются?
- Насколько важными, срочными и выполнимыми являются такие ответные меры?

- Какие обстоятельства способствуют проведению таких мероприятий и что может им препятствовать?

Схема разработки ответных мер (РЕАГИРОВАНИЕ 3) может помочь в решении этих вопросов.

3.8 Составление отчетов

Обычно команды ЭОР стараются составить отчеты, подробно описывающие сам процесс, ключевые результаты и рекомендации, выработанные на основе исследования. Отчет можно составлять с использованием схемы планирования оценки (ПОЛЕ 1) и письменного протокола оценки (если таковой был разработан), однако важно помнить, что в нем обязательно

должны быть четко указаны:

- источники данных, откуда была получена информация;
- аргументы, на которых основаны ключевые решения по вопросам исследования и вмешательств, принятые в ходе проекта;
- общие преимущества и ограничения исследования.

В приложении представлен пример структуры отчета.

3.9 Распространение полученных результатов

Там, где это возможно, команда ЭОР должна заранее разработать комплексную стратегию распространения и продвижения идей отчета. Хотя такая стратегия должна быть направлена на широкое распространение основных результатов и рекомендаций, она должна также адресоваться отдельным лицам, структурам и

организациям, которые могут сыграть в дальнейшем решающую роль в проведении вмешательств.

С этой целью уже на ранних стадиях экспресс-оценки команда ЭОР должна начать составление профильного списка, в который войдут:

- имена и контактные данные ответственных (ключевых) лиц;
- данные лиц, оказывающих на них влияние;
- область экспресс-оценки, с которой связаны ответственные лица;

- все благоприятные возможности для бесед с такими лицами, которые могут возникнуть в ходе экспресс-оценки (например, конференции и собрания, открытые для публики).

Помните, что разные люди откликаются на разные типы данных и сообщений.

3.10 Подготовка к возможным проблемам

В ходе ЭОР всегда будут возникать непредвиденные проблемы, в числе которых могут быть:

- **Доступ к сообществу:** может быть затруднен по ряду причин, включая географическое положение, климат, политическую и законодательную ситуацию, отсутствие разрешения лидеров сообщества. Команда должна выявить, с какими трудностями она может столкнуться, чтобы постараться с ними справиться.
- **Подозрительность сообщества:** члены сообщества могут демонстрировать естественную подозрительность по отношению к внешним организациям, предлагающим свою помощь, из-за того что в прошлом данные им обещания не были выполнены. Потребители веществ могут проявлять подозрительность и из-за боязни быть арестованными. Выстраивайте отношения, основанные на доверии, посредством честного общения, открытого и подотчетного принятия решений, выполняйте принятые на себя обязательства,

добивайтесь ясности относительно того, что команда ЭОР может сделать и чего она сделать не может.

- **Неравенство внутри сообщества:** обычно сообщества не являются однородными. Неравенство авторитетов может затруднить работу в более маргинализированных группах сообщества (например, среди людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, среди потребителей наркотиков, женщин, бедняков, молодежи, этнических/расовых меньшинств, сексуальных меньшинств). Для охвата таких групп и работы с ними могут потребоваться особые усилия.
- **Отсутствие понимания ключевых проблем:** члены команды ЭОР могут не иметь адекватного понимания некоторых ключевых проблем, что может препятствовать их полноценному участию в групповых дискуссиях и эффективному совместному обсуждению таких проблем. Команда должна обсудить их в собственном кругу до начала проведения оценки.

4 ЭТАП ОЦЕНКИ

- 4.1 Введение
- 4.2 Предварительные консультации
- 4.3 Оценка контекста
- 4.4 Оценка последствий для здоровья
- 4.5 Оценка риска
- 4.6 Оценка вмешательства

Использование модулей оценки

Как показано далее, модули оценки должны использоваться творчески, а также в комбинации и в сочетании с другими методическими модулями.

- *Творчески* – каждый модуль требует адаптации. Важно, чтобы при рассмотрении каждого модуля оценки команда ЭОР учла все местные проблемы и особенности. Несмотря на то что данные модули описывают все основные области и компоненты экспресс-оценки, скорее всего могут возникнуть дополнительные вопросы, которые команда ЭОР решит включить в исследование.
- *В комбинации* – если модули используются вместе, можно получить более полную картину происходящего. Модули оценки более эффективны, когда результаты одного модуля воздействуют на применение другого. Наиболее эффективно использование всех модулей вместе, в качестве одного набора инструментов экспресс-оценки (необходимость использования одного, а не другого модуля может диктоваться определенными местными интересами и целями оценки).
- *В сочетании* – чтобы свести к минимуму погрешности и избежать неаккуратных результатов в каждом модуле необ-

ходимо использовать несколько методов и источников данных.

В какой последовательности необходимо применять модули?

Команде ЭОР рекомендуется начать с применения модулей «Предварительные консультации» (4.2) и «Оценка контекста» (4.3), что позволит спланировать экспресс-оценку и понять ситуацию, в которой она будет проводиться. Остальные модули могут быть использованы согласно этому плану, а также по мере появления возможности сбора данных. После начала экспресс-оценки иногда может потребоваться одновременно применить комбинацию модулей. Это связано с тем, что ряд ключевых областей или вопросов могут рассматриваться в одно и то же время. Предпочтение одного, а не другого модуля может быть вызвано определенными местными интересами и специфическими задачами экспресс-оценки.

4.2 Предварительные консультации

Цель предварительных консультаций

Цель предварительных консультаций – помочь команде ЭОР сделать первые суждения о фокусе и параметрах исследования, а также спланировать проведение экспресс-оценки.

Предварительные консультации обычно применяются до начала проведения экспресс-оценки и включают в себя организацию встреч национальных, региональных и локальных экспертов, а также представителей сообщества.

Ключевые вопросы

Три ключевых вопроса предварительных консультаций:

- какова местная ситуация в отношении вредных для здоровья последствий, связанных с сексуальным поведением потребителей веществ?
- какие потенциальные субпопуляции и выборки потребителей веществ могут быть включены в экспресс-оценку?
- какие методологические и практические параметры экспресс-оценки ситуации следует учесть?

Команде ЭОР также необходимо определить другие вопросы для рассмотрения – согласно специфике и местным интересам.

Ключевые задачи

Всего основных задач четыре:

1. Организовать встречу команды ЭОР, местных экспертов и основных информантов в области употребления веществ, сексуального поведения, социальных исследований, общественного здравоохранения и ВИЧ/СПИДа с целью определить потенциальные вопросы экспресс-оценки.
2. Попросить отобранных участников подготовить короткие презентации (5–10 минут), что позволит начать обсуждение. Команда ЭОР должна предоставить каждому участнику тему обсуждения на основе разработанного плана оценки. Главный исследователь команды ЭОР также должен сделать доклад, рассказав о целях и задачах оценки.
3. Провести семинар, состоящий из серии пленарных докладов и обсуждений в малых группах по следу-

ющим темам: основные проблемы; вопросы, требующие рассмотрения; план экспресс-оценки.

4. Зафиксировать основные моменты встречи и занести их в письменный протокол оценки.

Объяснение ключевых вопросов

Вопрос 1. Какова местная ситуация в отношении неблагоприятных для здоровья последствий, связанных с сексуальным поведением потребителей веществ?

Этот вопрос предусматривает рассмотрение ситуации в стране, городе или сообществе в отношении вредных для здоровья последствий, связанных с сексуаль-

ным поведением, особенно ВИЧ-инфекции, СПИДа и других инфекций, передающихся половым путем (ИППП). Предварительные консультации помогут собрать мнения экспертов и основных информантов о распространенности негативных последствий для здоровья, связанных с употреблением веществ.

Вопрос 2. Какие потенциальные субпопуляции и выборки потребителей веществ могут быть включены в экспресс-оценку?

Данный вопрос связан с проведением дискуссий с местными экспертами и основными информантами по поводу определения субпопуляций и выборок для проведения экспресс-оценки. Такие обсуждения могут сделать первые выводы об определенной соци-

ПРИМЕР: ПРОВЕДЕНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ (ДЕНЬ ПЕРВЫЙ)

ПОДГОТОВКА К ВСТРЕЧЕ

Главный исследователь и команда ЭОР должны определить и пригласить потенциальных участников (в зависимости от ожидаемого вклада каждого из них и символической важности их появления). В некоторых случаях можно попросить участников сделать короткие презентации по вопросам своей профессиональной деятельности (в таком случае потребуется выбрать метод записи информации и назначить людей, отвечающих за ведение протокола).

ВСТРЕЧА (УТРЕННЯЯ СЕССИЯ)

- *Приветствие и знакомство*: вступительное слово ведущих деятелей здравоохранения, общественно-го движения или сообщества.
- *Краткое описание исследования*: команда ЭОР описывает причины проведения экспресс-оценки, задачи и результаты встречи.
- *Короткие презентации*: 3–4 заранее подготовленных участниками презентаций (по 5–10 минут) о потенциальных областях проведения исследования и вмешательства.
- *Обсуждение*: приоритетные области исследования, возможности его проведения. Ведущий – член команды ЭОР.

ВСТРЕЧА (ПОСЛЕОБЕДЕННАЯ СЕССИЯ)

- *Рабочая группа по определению основных проблем*: формирование малых групп по принципам общего профессионального опыта, интересов или географического региона. Каждой группе дается задание определить следующее: основные вопросы экспресс-оценки; целевые популяции; существующие источники данных; методы, которые необходимо использовать.
- *Обсуждение*: ведущий – член команды ЭОР.
- *Закрытие*: краткий обзор основных моментов встречи, распределение ресурсов, определение даты и места следующей встречи (если предварительная консультация послужила созданию консультативного или руководящего органа).

ПОСЛЕ ВСТРЕЧИ

Необходимо написать краткий отчет об основных моментах обсуждения и распространить его среди участников; провести совещание команды ЭОР с целью определения дальнейшего использования результатов встречи.

альной группе потребителей веществ или другой популяции, подвергающейся повышенному риску негативных последствий для здоровья. Однако эти обсуждения не должны привести к тому, что в оценку будет включено ограниченное число субпопуляций. В целом этот вопрос поможет принять решение о первоначальной стратегии проведения выборки.

Вопрос 3. *Какие методологические и практические параметры экспресс-оценки ситуации следует учесть?*

Предварительные консультации помогут определить, какие методические и практические параметры необходимо учесть при проведении экспресс-оценки. Рекомендуется рассмотреть следующее:

- потенциальные целевые группы для выборки и стратегии выборки; потенциальные методы и источники данных;
- руководство деятельностью команды экспресс-оценки и координация процесса проведения ЭОР;
- необходимые ресурсы;
- график работы и ожидаемые результаты;
- практические цели в отношении разработки и проведения программ воздействия.

Этот вопрос также поможет разработать заявку на финансирование экспресс-оценки ситуации с употреблением веществ и сексуальным поведением.

Ключевые методы и источники данных

Предварительные консультации лучше всего проводить в форме встречи или фокус-группы команды ЭОР, местных экспертов и основных информантов в области употребления веществ, сексуального поведения, социальных исследований, общественного здравоохранения и ВИЧ/СПИДа. Среди участников могут быть представители:

- структуры здравоохранения на национальном или местном уровне;
- организаций здравоохранения и сообщества;
- больниц и поликлиник;
- неправительственных организаций;
- медицинских и социальных исследовательских программ;
- молодежной политики;
- законодательной и уголовно-исполнительной систем;
- СМИ, образования;
- политических организаций и движений;
- международных агентств, работающих в данном регионе.

Команда ЭОР должна определиться с методами фиксирования результатов предварительных консультаций. Можно назначить людей, отвечающих за протокол, или попросить участников заполнить специально разработанные схемы или «рабочие тетради», содержащие следующие заголовки: «области оценки», «вопросы исследования», «методы», «источники данных» и «качество данных».

ПРИМЕР: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ КОНСУЛЬТАЦИЙ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ЭКСПРЕСС-ОЦЕНКИ

В ходе одной предварительной консультации были получены данные, показывающие, что потребители, курящие крак и кокаин, практикуют сексуальное поведение «высокого риска». Медработники городской клиники предоставили информацию о возросшем числе ВИЧ-инфицированных потребителей, курящих крак и кокаин. Вместе с тем в ходе консультаций было отмечено, что не существует доказательств воздействия употребления алкоголя на использование презервативов среди различных выборок, включая население в целом. В итоге было решено, что экспресс-оценка должна исследовать проблемы употребления алкоголя, однако на ранних стадиях следует особо остановиться на оценке сексуального поведения потребителей, курящих крак и кокаин.

4.3 Оценка контекста

Цель оценки контекста

Цель – изучить ситуацию, в которой происходит употребление веществ и практикуется то или иное сексуальное поведение, после чего сразу же начать проводить требуемое профилактическое вмешательство. Это связано с тем, что поведение индивида обычно формируется не только его личным выбором и решением, но и контекстом или контекстуальным воздействием – от непосредственного физического окружения до экономической, структуральной и политической ситуации в целом (см. пример ниже). При рассмотрении существующих данных и отчетов необходимо принимать во внимание эти контекстуальные факторы. Это позволит команде ЭОР учитывать данные факторы во время изучения определенных тенденций или форм поведения.

Ключевые вопросы

Ниже приведены три ключевых вопроса по контексту, которые могут быть уточнены и дополнены при проведении местной оценки.

- Какие контекстуальные факторы воздействуют на поведенческие модели употребления наркотиков и сексуального поведения?

- Какие контекстуальные факторы воздействуют на последствия (как социальные, так и связанные со здоровьем) употребления веществ и сексуального поведения?
- Какие контекстуальные факторы могут стать препятствием или, наоборот, способствовать разработке вмешательства?

Ключевые задачи

Данный модуль требует от команды ЭОР выполнения следующих трех задач:

1. Определить контекстуальные факторы путем рассмотрения существующих национальных, региональных и местных данных, а также путем проведения индивидуальных и групповых интервью.
2. Описать воздействие этих факторов на употребление веществ и сексуальное поведение (важно уделить внимание качеству используемых данных).
3. Рассмотреть, как эти факторы могут повлиять на существующие и планируемые профилактические вмешательства.

Как и в случае с проведением экспресс-оценки в целом, выполнение этих задач представляет собой постоянный цикл действий, который не заканчивается на определенном этапе оценки, а повторяется на всем ее протяжении.

ПРИМЕР: ВОЗДЕЙСТВИЕ СОЦИАЛЬНЫХ И КУЛЬТУРАЛЬНЫХ НОРМ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕЗЕРВАТИВОВ

Нормы использования презервативов варьируются в зависимости от социальной группы и условий. Обычно использование презерватива не считается социально приемлемым в ходе долгосрочных гетеросексуальных отношений. При таких отношениях «нормой» является практика незащищенного секса, а использование презерватива рассматривается как «недоверие» к партнеру. Использование презерватива считается социально приемлемым при случайных сексуальных контактах или краткосрочных сексуальных отношениях, особенно среди молодежи и МСМ. Кроме того, разные группы по-своему относятся к использованию презервативов: секс-работники сообщают о более высоком уровне использования презервативов, мужчины-гетеросексуалы с меньшей вероятностью рассматривают эту практику как социально приемлемую, а различные религиозные группы осуждают использование презервативов. Также среди мужчин-гетеросексуалов распространена практика использования презервативов только для эякуляции. Это необходимо принять во внимание в ходе оценки.

ПРИМЕР: ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СОЦИАЛЬНЫХ И СТРУКТУРАЛЬНЫХ УРОВНЕЙ

На индивидуальном уровне сексуальные партнеры потребителей наркотиков могут быть единственным источником финансовых средств, необходимых для поддержания семьи и, возможно, покупки веществ. В результате партнер может начать заниматься секс-работой с целью получить дополнительный доход. Кроме возросшего риска заразиться ИППП, на уровне сообщества человек, вовлеченный в секс-работу, может подвергаться социальной стигматизации, что может привести к насилию или санкциям против него самого и его партнера, употребляющего вещества. На структуральном уровне появление рынка секс-работы может привести к созданию «запретных» и экономически невыгодных зон и постепенному снижению инвестиций в местные магазины, предприятия и окружающие транспортные узлы. Это, в свою очередь, может вызвать проведение мер на структуральном уровне, такие как повышенное присутствие полиции в данном районе. Все эти факторы могут оказать воздействие на качество жизни и здоровье местного населения.

СТРУКТУРАЛЬНЫЙ ПРИМЕР: МИГРАЦИЯ И МОБИЛЬНОСТЬ В КАМБОДЖЕ

«В настоящий момент в Камбодже наблюдается самый высокий уровень распространенности ВИЧ-инфекции в Юго-Восточной Азии. Либерализация экономики, постоянная политическая нестабильность, развитие транспортной инфраструктуры и возможность контакта ранее изолированного сообщества с внешним миром сделали камбоджийцев уязвимыми перед распространением ВИЧ. Запланированная реконструкция двух основных камбоджийских дорог, шоссе 1 и шоссе 5, значительно затрудняет борьбу с ВИЧ/СПИДом. Пересекая всю страну, эти два шоссе связывают Камбоджу с Таиландом и Вьетнамом. Передвижение населения, включая временные переезды между городами и деревнями, а также расширение экономической деятельности, связанной с крупномасштабными строительными проектами, служат катализаторами распространения ВИЧ/СПИДа. Такие мобильные популяции, как дальнотойщики, секс-работники, моряки и сезонные рабочие постоянно контактируют с местным населением в публичных домах, игорных заведениях, гостиницах, общежитиях, ресторанах, барах и на автомобильных парковках. Связь различных групп служит плодородной почвой для передачи ВИЧ/СПИДа... Для предупреждения пандемии ВИЧ необходимо совместными усилиями сообщества, строительных подрядчиков и государственных структур провести эффективную профилактическую программу».

Объяснение ключевых вопросов

Вопрос 1. Какие контекстуальные факторы воздействуют на поведенческие модели употребления веществ и сексуального поведения?

Для того чтобы ответить на этот вопрос, команде ЭОР потребуется составить список контекстуальных факторов, который либо даст четкое представление о задачах экспресс-оценки, либо позволит интерпретировать и понять существующие модели употребления веществ и сексуального поведения. Чтобы упростить задачу, команда ЭОР может разбить оценку контекста на два раздела: 1) оценка структурального контекста и 2) оценка социально-культурального контекста.

- **структуральный контекст** обычно определяется как факторы (на уровне города или страны), воздействующие на употребление веществ и сексуальное поведение. Сюда входят экономические условия, деятельность системы здравоохранения или правоохранительных структур;
- **социально-культуральный контекст** включает в себя факторы (на уровне общества или сообщества), воздействующие на поведение в отношении здоровья. Их обычно сложнее определить, чем структуральные факторы. Они могут быть связаны с нормами сексуального поведения, принятого в обществе, и социальным значением употребления веществ среди различных популяций, а также с физическими (например, общественные места) и социальными (например, определенные виды отношений) условиями, в которых практикуется поведение.

Вполне вероятно, что эти два контекста пересекаются и взаимодействуют между собой.

ПРИМЕРЫ

Структуральные факторы	Социально-культуральные факторы	Типы вопросов
<ul style="list-style-type: none"> ● географические (местоположение, границы со странами-производителями, пути транзита наркотиков); ● демографические (размер населения, возрастное и половое соотношение, миграция, прогнозы); ● экономические (национальная и местная экономическая структура, уровень безработицы, средний доход, основные виды производства); ● политические (структура, философия, политика); ● религиозные (различные направления); ● медицинские (службы, условия доступа, общие условия жизни); ● коммуникационные (языки, СМИ, транспорт); ● законодательные (юридическая система, законодательство в отношении наркотиков и сексуального поведения, система уголовных наказаний); ● социальная система (социальная защищенность); ● жилищные (вид, стандарты, местоположение жилья); ● транспортная связь и индустрия. 	<p>Влияние «норм» и «практик»</p> <ul style="list-style-type: none"> ● культуральные нормы в отношении девиантности, начала сексуальной жизни, внебрачных сексуальных отношений, однополовых сексуальных отношений, контрацепции и беременности, ИППП и использования презервативов; ● социальное значение употребления веществ среди различных социальных групп и субкультур с точки зрения нормативных поведенческих моделей употребления; социально принятые или неприемлемые модели употребления веществ; различные способы употребления наркотиков среди различных социальных групп; традиционное, религиозное или ритуальное употребление наркотиков. <p>Влияние «Окружения» и «Мест»</p> <ul style="list-style-type: none"> ● частные места, например квартиры; общественные места, например, места секс-торговли; городские парки (для MSM), наркоригионы для инъекционного употребления наркотиков; ● виды сексуальных отношений (брачные, с постоянным партнером, случайные, долгосрочные, краткосрочные, коммерческие); ● виды социальных отношений (дружеские, семейные, отношения в сетях потребителей веществ); ● вопросы, определяющие основную ситуацию. 	<p>Типы вопросов</p> <ul style="list-style-type: none"> ● вопросы, оценивающие социальную или географическую распространенность поведения; ● вопросы, измеряющие эффект воздействия; ● вопросы, рассматривающие старье, существующие и новые тенденции; ● вопросы, сравнивающие различные социальные или культуральные субпопуляции; ● вопросы, изучающие факторы поощрения и препятствования употреблению наркотиков и сексуальному риску; ● вопросы, фокусирующиеся на конкретных проблемах, например, ВИЧ-инфекции и других инфекционных заболеваниях.

Вопрос 2. Какие контекстуальные факторы воздействуют на последствия (как социальные, так и связанные со здоровьем) употребления веществ и сексуального поведения?

При работе над этим вопросом команда ЭОР должна учитывать структуральные факторы (ситуацию по правам человека и деятельность правоохранительных структур) и социально-контекстуальные факторы (мнения и отношение различных групп к использованию или неиспользованию презервативов).

Вопрос 3. Какие контекстуальные факторы могут стать препятствием или, наоборот, способствовать разработке вмешательства?

При рассмотрении структурального контекста команде ЭОР необходимо обратить внимание на то, как определенные факторы (например, нелегальность секс-работы) могут воздействовать на развитие и организацию политики здравоохранения и создание программ (например, это может затруднить распространение

презервативов — не только потому, что секс-работники будут подозрительно относиться к неизвестной организации, пытающейся наладить с ними контакт, но и потому, что наличие презервативов при задержании может служить доказательством вовлеченности в секс-работу). Такого же подхода необходимо придерживаться и при рассмотрении **социально-культурального воздействия**.

Ключевые методы и источники данных

Оценка контекста во многом зависит от существующих источников данных, которые могут предоставить описание важных структуральных факторов в стране, городе или регионе. Неструктурированные индивидуальные и групповые интервью могут способствовать более широкому пониманию социальных, культуральных и поведенческих норм, связанных с употреблением веществ и сексуальным поведением. Наблюдения могут оказаться полезны для описания ситуации и условий употребления веществ и сексуального поведения. Источниками данных также могут быть основные информанты, местные эксперты и лидеры сообществ.

4.4 Оценка последствий для здоровья

Цель оценки последствий для здоровья

Оценка последствий для здоровья направлена на оценку распространенности и природы негативных последствий для здоровья, ассоциированных с сексуальным поведением, связанным с употреблением веществ. Наибольшую важность представляют последствия, имеющие значение с точки зрения *общественного здравоохранения*, например ВИЧ и другие инфекции, передающиеся половым путем (ИППП).

Оценка последствий для здоровья позволяет сформировать суждение о нуждах и приоритетах программ по снижению сексуального риска. Сбор такой информации помогает адаптировать вмешательства для различных групп потребителей веществ, а также оценить потенциальное воздействие программ по уменьшению негативных последствий для здоровья.

Ключевые вопросы

Этот модуль рассматривает три ключевых вопроса:

- Какова распространенность ВИЧ-инфекции и СПИДа?

- Какова распространенность ИППП и других инфекций?
- Какова распространенность других негативных последствий для сексуального здоровья?

Данные вопросы являются *лишь направляющими*; команда ЭОР должна обсудить необходимость включения в модуль дополнительных тем.

Ключевые задачи

Для внедрения этого модуля команда ЭОР должна быть готова к выполнению по крайней мере четырех ключевых задач:

- как можно раньше определить основные источники данных и создать условия, необходимые для начала процесса оценки информации. Этот же принцип применим к привлечению ключевых информантов;
- используя эти источники, определить негативные последствия для здоровья, связанные с употреблением веществ и сексуальным поведением, путем *критического* анализа существующих источников данных и результатов интервью с основными информантами (можно записывать детали каждого источника — как часть общего «архива данных»);

- определить возможности модификации существующих или разработки новых вмешательств;
- подтвердить и дополнить результаты этого модуля, используя другие модули оценки (особенно модули оценки контекста и оценки риска).

Объяснение ключевых вопросов

Вопрос 1. Какова распространенность ВИЧ-инфекции и СПИДа?

Перед изучением взаимосвязи между ВИЧ/СПИДом и сексуальным поведением, связанным с употреблением веществ, команда ЭОР должна описать местный контекст в отношении ВИЧ-инфекции и СПИДа. Особое внимание нужно уделить оценке следующего: передача ВИЧ половым путем по отношению к другим видам передачи; тенденции распространения ВИЧ и СПИДа с течением времени и среди различных групп

населения; данные о распространенности и заболеваемости и достоверность источников, из которых получены эти данные.

Вопрос 2. Какова распространенность ИППП и других инфекций?

Команда ЭОР должна рассмотреть ситуацию с другими инфекциями и ИППП. Как и в вопросе 1, необходимо выяснить, как местный контекст влияет на характерную ситуацию с инфекционными заболеваниями. Здесь можно применить модуль оценки контекста.

Вопрос 3. Какова распространенность других негативных последствий для сексуального здоровья?

Другие последствия для здоровья, например незапланированная беременность или сексуальное насилие, также должны быть включены в оценку, отражающую местную ситуацию.

ПРИМЕР: ПЕРЕДАЧА ВИЧ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Первый случай инфицирования ВИЧ в нашем городе был зарегистрирован в 1991 году. В это же время была создана система эпиднадзора. Возможно, что первый случай инфицирования ВИЧ произошел в середине 80-х годов. Существующие данные показывают, что 80% ВИЧ-инфицированных заразились половым путем. Общая распространенность ВИЧ среди населения нашего города составляет 24%. Это на 5–15% выше, чем в других городах нашей страны. Данные также показывают, что уровень распространенности среди женщин выше (29%), чем среди мужчин (20%). Недавнее исследование продемонстрировало, что распространенность ВИЧ среди уличных детей, занимающихся проституцией, многие из которых употребляют растворители и другие наркотики, достигает почти 30%. По оценкам основных информантов, распространенность ВИЧ среди взрослых секс-работников может быть выше 50%.

Ключевые методы и источники данных

Основным методом проведения оценки последствий для здоровья является сбор *существующих данных*, а именно:

- национальные и местные эпидемиологические данные;
- информация системы здравоохранения, в том числе данные о тестировании на ВИЧ;
- отчеты о случаях ВИЧ и СПИДа;
- отчеты о распространенности ИППП из клиник;
- отчеты о лечении ИППП и наркозависимости;
- отчеты медицинских учреждений, клиник и больниц;
- результаты национальных и местных исследований.

Также для рассмотрения проблем, не включенных в эпидемиологические и медицинские отчеты, можно изучить документы местных программ и репортажи СМИ.

Команда ЭОР должна постоянно проверять качество и

достоверность данных. Например, некоторые негативные последствия для здоровья могут быть не зафиксированы в существующих отчетах (это иногда случается, если сбор, анализ и компиляция данных проводились системой эпиднадзора через определенные промежутки времени). Поэтому важно не только осознавать ограничения существующих источников данных (см. «Исследовательский модуль», 6.2), но и активно перепроверять информацию другими методами (например, интервью с ключевыми информантами), а также использовать триангуляцию результатов других модулей исследования.

При отсутствии информации оценку можно провести с помощью фокусных групп, структурированных интервью и короткого анкетирования. В любом случае важно постоянно проверять достоверность существующих данных путем применения других методов и проверки различных источников.

4.5 Оценка риска

Цель оценки риска

Модуль оценки риска направлен на описание сексуального поведения потребителей наркотиков, связанных с ним рисков, а также факторов, которые могут способствовать проведению программы предупреждения негативных последствий для здоровья.

В целом модуль описывает знания и убеждения потребителей веществ в отношении воздействия наркотиков на их сексуальное желание, активность и рискованное поведение. *Важно, что при этом употребление веществ описывается с точки зрения отдельных лиц и социальных групп, среди которых проводится оценка, с использованием преимущественно качественных методов исследования.* Модуль рассматривает и то, как потребители веществ воспринимают более широкие контекстуальные и социально-культуральные факторы, воздействующие на их сексуальное поведение. Сюда входит сравнение с данными, собранными с применением модуля оценки контекста.

Ключевые вопросы

В этом модуле рассматриваются пять вопросов, которые играют центральную роль во всей оценке:

- Какие типы сексуального поведения практикуют потребители веществ?
- Какие типы рискованного сексуального поведения практикуют потребители веществ?

- Как употребление веществ влияет на эти типы поведения?
- Почему потребители веществ практикуют рискованное сексуальное поведение?
- Какие факторы могут затруднить или способствовать осуществлению стратегий снижения риска?

Ключевые задачи

Команда ЭОР должна подготовиться решить следующие задачи:

1. Идентифицировать виды сексуального поведения и рискованного сексуального поведения с точки зрения потребителей веществ.
2. Установить, как употребление веществ воздействует на эти формы поведения.
3. Выявить причины и факторы, объясняющие, почему потребители практикуют такие формы поведения.
4. Использовать эту информацию для определения факторов, способных затруднить или, наоборот, помочь проведению программ снижения риска.

Объяснение ключевых вопросов

Вопрос 1. *Какие типы сексуального поведения практикуют потребители веществ?*

Этот вопрос требует изучения «типологии» видов и распространенности сексуального поведения среди потребителей веществ. Важно, чтобы информация со-

ПРИМЕРЫ

ВИЧ, СПИД и ИППП

- ВИЧ и СПИД;
- гонорея;
- сифилис;
- генитальные бородавки;
- генитальный герпес;
- хламидиоз;
- гепатиты В и С;
- воспалительные заболевания органов малого таза.

Другие негативные последствия

- незапланированная беременность;
- сексуальное насилие и изнасилование;
- туберкулез;
- бактериальные, грибковые, паразитарные и вирусные инфекции;
- воспалительные структурные факторы;
- воспалительные социально-культуральные факторы.

Вопросы

- вопросы, определяющие основную стратегию;
- вопросы, оценивающие общую распространенность и возникающие новых форм поведения или условий;
- вопросы, оценивающие качество данных, на которых могут быть основаны суждения и решения;
- вопросы, оценивающие социальную или географическую распространенность поведения;
- вопросы, измеряющие воздействие;
- вопросы, рассматривающие старшее, существующие и новые тенденции;
- вопросы, сравнивающие различные социальные или культуральные субпопуляции;
- вопросы, изучающие контекстуальные факторы, способствующие или ограничивающие риск, связанный с употреблением веществ и сексуальным поведением;
- вопросы, фокусирующиеся на определенных проблемах, например, ВИЧ и других инфекционных заболеваниях.

ПРИМЕР: ЭКСПРЕСС-ОЦЕНКА И СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ, КОЛУМБИЯ

Экспресс-оценка началась с анализа существующих данных. Мы посчитали это необходимым для оценки распространенности ВИЧ-инфекции, СПИДа и ИППП. Но, к сожалению, этих данных оказалось недостаточно для оценки медицинских проблем среди потребителей кокаина, нашей основной целевой группы. Поэтому мы решили провести фокусные группы и интервью с основными информантами. Это привело к тому, что было выявлено несколько негативных последствий для здоровья, описанных потребителями кокаина, которые не встречались в предыдущих отчетах. Были проиллюстрированы случаи незапланированной беременности или сексуальное насилие над женщинами. Поэтому мы добавили в нашу анкету вопросы об этих проблемах — с целью проведения первой в городе оценки распространенности негативных последствий для сексуального здоровья потребителей кокаина. Независимо от того, детальна ли информация, как в статистических отчетах, или обобщена, как в газетях, экспресс-оценка должна предоставлять данные, пригодные для практического применения.

ПРИМЕР: РИСКОВАННОЕ СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ПОТРЕБИТЕЛИ ОПИАТОВ, ВЕЛИКОБРИТАНИЯ

Считается, что опиаты снижают сексуальную активность. Но во многих регионах потребители опиатов являются сексуально активными, поэтому нельзя недооценивать риск передачи ВИЧ и других инфекций половым путем. Результаты анкетирования среди потребителей инъекционных наркотиков в Великобритании показали, что за последние шесть месяцев 77% из них практиковали вагинальные или анальные половые контакты. В ходе другого исследования в Великобритании потребители героина сообщили о неудовлетворенности половой жизнью, однако это не влекло за собой снижение интереса к сексу. Трудности при достижении оргазма, о которых заявили мужчины – потребители опиатов, были признаны одним из рискованных типов поведения, так как они могут привести к пролонгированному акту, сопровождающемуся повышенным риском разрыва презерватива.

ПРИМЕР: СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ МЕТАМФЕТАМИНА СРЕДИ МУЖЧИН-ГЕЕВ

Качественные методы исследования помогли получить представление о различных субкультурах, существующих среди мужчин-геев, включая потребителей метамфетамина, а также выявить целый ряд причин употребления этого препарата. Например, его употребляют мужчины-геи, проводящие свободное время на вечеринках; мужчины, которые употребляют наркотики во время занятий сексом в публичных местах; трансгендерное/транссексуальное сообщество потребителей; молодые мужчины-геи в контексте уличного окружения; мужчины-геи, живущие со СПИДом, которые используют вещество для снижения физических и психологических эффектов ВИЧ-инфекции. Все эти факты должны повлиять на разработку обучающих и информационных программ, которые должны принимать во внимание и быть направлены скорее на несколько разных субкультур геев, чем на единую гомогенную популяцию.

биралась среди потребителей с использованием как качественных (глубинные интервью и фокусные группы), так и количественных методов (целевое анкетирование и анализ доступных данных), которые позволят описать распространенность и природу определенных типов поведения.

Вопрос 2. Какие типы рискованного сексуального поведения практикуют потребители веществ?

Команда ЭОР должна документально зафиксировать типы сексуального поведения, повышающие риск инфицирования ВИЧ, ИППП и другими инфекционными заболеваниями, а также риск причинения другого вреда здоровью. Этот вопрос крайне важен, так как типы сексуального поведения могут различаться в зависимости от контекста и социальной группы, и порой эти

различия едва уловимы. Так, например, интерпретация словосочетания «использование презервативов» может быть совершенно разной (до проникновения; после проникновения, но во время полового акта; только перед эякуляцией), что может значительно увеличить индивидуальный риск.

Вопрос 3. Как употребление наркотиков влияет на эти типы поведения?

Есть два пути изучения этого вопроса: фармакологический и социальный. Команда ЭОР должна понимать механизмы фармакологического воздействия принимаемых наркотиков. По возможности необходимо задокументировать различные способы приготовления наркотиков и их комбинаций (так как они часто применяются для усиления индивидуального сексуального удовольствия). С социальной точки зрения важно по-

ПРИМЕРЫ

Сексуальное поведение

- воздействие употребления веществ на сексуальное поведение и отношение:
 - фармакологическое и психологическое;
 - виды наркотиков;
 - ожидание эффекта и, что более важно, типология поведения;
 - виды отношений;
 - честность, отставание своих решений и т. д.
- распространенность и природа сексуального поведения среди потребителей веществ;
- воздействие социальных норм и окружения на сексуальное поведение:
 - знание и осведомленность о риске и снижении риска;
 - убеждения относительно здоровья и восприятие риска;
 - навыки межличностного общения;
- воздействие структурных факторов на сексуальное поведение.

Рискованное сексуальное поведение

- воздействие употребления веществ на рискованное сексуальное поведение и использование презервативов;
- распространенность и природа рискованного сексуального поведения среди потребителей веществ;
- воздействие социальных норм и окружения на рискованное сексуальное поведение:
 - влияние общих представлений, связанных с употреблением веществ, на навыки отставания своих решений и инициации отношений;
- воздействие структурных факторов на рискованное сексуальное поведение;
- распространенность и природа снижения сексуального риска и изменения поведения.

Вопросы

- вопросы, определяющие основную ситуацию;
- вопросы, оценивающие социальную или географическую распространенность поведения;
- вопросы, измеряющие воздействие;
- вопросы, рассматривающие старые, существующие и новые тенденции;
- вопросы, сравнивающие различные социальные или культуральные субпопуляции;
- вопросы, призванные выявить факторы ограничения или поощрения употребления веществ и сексуального риска;
- вопросы, фокусирующиеся на определенных проблемах, например, ВИЧ и других инфекционных заболеваниях;
- вопросы, оценивающие восприятие, убеждения и знания.

нять то, как потребители воспринимают воздействие употребления веществ на свои отношения. Здесь следует учесть личные навыки принятия и отставания решений, связанных с сексуальными отношениями, а также ситуацию «секс в обмен на вещества».

Вопрос 4. Почему потребители наркотиков практикуют рискованное сексуальное поведение?

Здесь необходимо принять во внимание воздействие структуральных факторов (например, влияние экономических факторов на характерные черты секс-работы среди потребителей веществ), а также социальных и культуральных факторов (личные убеждения человека, его восприятие риска, его знания о различных рискованных типах поведения).

Вопрос 5. Какие факторы могут затруднить или способствовать осуществлению стратегий снижения риска?

Данные этого модуля также должны быть использованы совместно с модулем «Оценка вмешательств». При этом особое внимание необходимо уделить фак-

торам, которые могут содействовать или, наоборот, препятствовать изменению поведения среди потребителей наркотиков.

Ключевые методы и источники данных

Для того чтобы внимательно изучить природу употребления веществ и сексуального поведения с точки зрения потребителей, модуль оценки риска во многом опирается на качественные методы исследований. Эти методы также могут быть использованы и с другими ключевыми информантами (медицинские специалисты, девушки из публичных домов и т. д.). С помощью этих методов можно получить «богатые» данные и описания, которые при этом также могут быть использованы для разработки структурированных интервью и опросов, способных помочь определить распространенность сексуального риска среди различных подгрупп. По возможности такие данные должны интерпретироваться вместе с существующими данными о характерных особенностях рискованного сексуального поведения потребителей веществ.

4.6 Оценка вмешательства

Цель оценки вмешательства

Оценка вмешательства проводится с целью определить масштабы, природу и адекватность существующих программ воздействия, направленных на снижение сексуального риска, связанного с употреблением веществ. Она помогает описать потенциал и эффективность действующих программ, что, в свою очередь, позволит определить потребности в новых инициативах и ресурсы, необходимые для их проведения.

Ключевые вопросы

Данный модуль рассматривает четыре ключевых вопроса:

- Какие программы проводятся на данный момент?
- Насколько адекватны и эффективны существующие вмешательства?
- В каких программах есть потребность?
- Какие факторы воздействуют на эффективность и возможность проведения вмешательств?

Ключевые задачи

Команде ЭОР необходимо решить три основные задачи:

1. Определить и нанести на карту программы, действующие в районе проведения исследования. Это можно сделать с помощью структурированных и неструктурированных интервью с ключевыми информантами, работающими в области общественного здравоохранения и социальном секторе, а также путем изучения документации.
2. Систематизировать и описать эти вмешательства. Это можно сделать либо на основе существующих описаний, например, ежегодных отчетов, либо с помощью краткого структурированного опроса представителей определенных служб.
3. Оценить адекватность и эффективность, а также слабые и сильные стороны программ. Здесь могут помочь результаты предыдущих оценок предостав-

ляемых услуг, а также наблюдения и интервью — как структурированные, так и неструктурированные. Можно документально зафиксировать отклики потребителей веществ, использующих предоставляемые услуги, и потребителей, ни использующих их.

Объяснение ключевых вопросов

Вопрос 1. Какие программы проводятся на данный момент?

Как и при рассмотрении существующих данных, команда ЭОР должна изучить «типологию» действующих программ. Сюда должны быть включены такие факторы, как:

- цели и задачи программ;
- целевые популяции или группы клиентов;
- географическая область деятельности;
- виды вмешательств или предоставляемые услуги;
- (по возможности) данные, накопленные организацией, проводящей программу.

Ответ на этот вопрос может предоставить общую информацию о нынешних профилактических вмешательствах, направленных на предупреждение негативных последствий для здоровья, возникающих вследствие рискованного сексуального поведения, связанного с употреблением веществ, в данной стране, городе, сообществе или районе.

Вопрос 2. Насколько адекватны и эффективны существующие вмешательства?

Этот вопрос поможет получить описательные данные, необходимые для оценки того, насколько целесообразны и успешны существующие вмешательства. Сю-

да входит оценка их доступности, своевременности и уровня соответствия запросам потребителей веществ. Важно оценить то, насколько эти вмешательства смогли выйти на «скрытые» популяции потребителей наркотиков, нуждающихся в получении услуг. Ответ на этот вопрос поможет получить информацию для секций оценки, рассматривающих планируемые вмешательства.

Вопрос 3. В каких программах есть потребность?

Для ответа на этот вопрос следует составить систематическое описание необходимых новых вмешательств. Здесь важно соблюсти баланс между различными формами вмешательств и тем, насколько они могут быть интегрированы для создания эффективной стратегии на местном уровне. Команда ЭОР также должна рассмотреть ресурсы, необходимые для успешной разработки и проведения таких вмешательств.

Вопрос 4. Какие факторы воздействуют на эффективность и возможность проведения вмешательств?

Данный вопрос направлен на оценку потенциальных индивидуальных, социальных, культуральных, экономических и политических факторов, которые могут препятствовать или, наоборот, способствовать разработке и проведению программы воздействия. Важно реалистично оценивать эти факторы, так как они имеют прямое отношение к результатам вмешательства и способам оценки эффективности. Основное внимание необходимо уделить следующему: потенциальное сопротивление или поддержка со стороны сообщества,

ПРИМЕР ИССЛЕДОВАНИЯ: ИЗУЧЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

В 1988 году в Великобритании проводился опрос среди аутрич-проектов для потребителей наркотиков и секс-работников. Всем известным профилактическим проектам, работающим с потребителями психоактивных веществ, были высланы анкеты. Представителей проектов просили назвать все известные им аутрич-проекты для потребителей психоактивных веществ и секс-работников. Названные ими проекты также были опрошены. В анкете представителя каждого проекта просили предоставить следующие данные: цели и задачи; целевые группы; методы и стратегии работы; количество клиентов за последний месяц; подробности любой проведенной оценки. Всего было определено 96 проектов, среди них наиболее эффективными с точки зрения уровня контактов с клиентами оказались программы, привлекавшие к аутрич-работе представителей целевых групп и использовавшие метод «холодного контакта». В ходе опроса также рассматривалась географическая распространенность аутрич-работы.

государственных структур, определенных групп и лидеров; потенциальные трудности, связанные с эффективностью и результатами вмешательства.

Ключевые методы и источники данных

Для создания общей картины существующих вмешательств, проводимых в определенной области, можно использовать доступные источники данных. Некоторые вмешательства могут располагать такими источ-

никами — например, отчеты о мониторинге и оценке, которые при сопоставлении помогут оценить адекватность существующих ответных мер, а также могут быть использованы для разработки опросов представителей местных программ вмешательства. *Наблюдение, структурированные и неструктурированные интервью* с определенными ключевыми информантами также могут стать источником данных об адекватности и эффективности определенных подходов и необходимости разработки и проведения новых вмешательств.

ПРИМЕР: СТРАТЕГИИ ВМЕШАТЕЛЬСТВ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ (межличностный контекст)

Изменение поведения зависит от осведомленности и убеждений человека относительно рисков, связанных со здоровьем; от его намерений, мотивации и личных возможностей изменить поведение. Для изменения индивидуальных и межличностных факторов воздействия на поведение требуется сравнительно короткий период времени.

ИЗМЕНЕНИЯ В СООБЩЕСТВЕ (социальный и культуральный контекст)

Индивидуальные попытки изменения поведения находятся под влиянием мнений и действий социальных групп, к которой принадлежит человек, а также социальных условий, в которых происходит употребление веществ и сексуальные практики. К примеру, групповые нормы воздействуют на поведение отдельного человека. Для изменения этих факторов требуется более продолжительный период.

ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЛИТИКЕ И ОКРУЖЕНИИ (структуральный контекст)

Эффективность вмешательств, направленных на изменения на уровне личности и сообщества, во многом зависит от политического, законодательного и структурального контекстов. Например, если в определенном контексте превалируют карательные меры по отношению к употреблению наркотиков или доминирует модель абсолютной абстиненции, там будет сложно провести вмешательства, основанные на принципах общественного здравоохранения и снижения риска. Более того, если ресурсы здравоохранения ограничены, будет еще сложнее повлиять на изменение поведения, особенно если работа ведется с акцентом на меры правоохрательного характера для решения определенных проблем, связанных с употреблением веществ и сексуальным поведением. Часто эти факторы не поддаются непосредственному контролю государственных и медицинских учреждений. Поэтому для их изменения требуется достаточно длительный период времени.

5 ЭТАП РЕАГИРОВАНИЯ

- 5.1 Разработка ответных мер
- 5.2 Этап 1: объединение ключевых результатов
- 5.3 Этап 2: выявление ответных мер, подлежащих разработке
- 5.4 Этап 3: определение целей и задач
- 5.5 Этап 4: определение ресурсов и временных рамок
- 5.6 Этап 5: интегрирование в более широкую стратегию
- 5.7 Рассмотрение ресурсов, затрат и временных рамок
- 5.8 Рассмотрение более широкой стратегии реагирования

5.1 Разработка ответных мер

Эта глава поможет команде ЭОР использовать результаты, полученные в ходе исследования, для создания стратегии или плана действий по разработке вмешательств и ответных мер. Эта работа выполняется с использованием схемы разработки ответных мер РЕАГИРОВАНИЕ 3.

Схема РЕАГИРОВАНИЕ 3 обеспечивает фундамент для пяти основных видов деятельности:

- объединение всей ключевой информации, полученной в результате экспресс-оценки (5.2);
- определение ответных мер, которые могут быть предприняты с целью снижения вреда (5.3);
- формулировка целей и задач этих потенциальных ответных мер (5.4);
- определение ресурсов и временных рамок, связанных с ними (5.5);
- встраивание многочисленных отдельных вмешательств в более широкую стратегию ответных мер (5.6).

Обычно схема РЕАГИРОВАНИЕ 3 используется для планирования и разработки *вмешательств*, которые уменьшают вредные для здоровья и в социальном пла-

не последствия употребления веществ и связанных с ним типов рискованного сексуального поведения.

Ее принципы также применимы к планированию *дальнейших оценок* и могут использоваться для разработки *заявок-предложений по финансированию*.

Как правило, схема РЕАГИРОВАНИЕ 3 заполняется в конце ЭОР, однако ее можно заполнить и раньше, если у команды ЭОР появились особо значимые результаты исследований или если возникает благоприятная возможность получения ресурсов или фондов под какое-либо вмешательство. Заполнение схемы должен проводить главный исследователь, но к этой работе нужно привлекать и участников команды ЭОР. После заполнения схемы РЕАГИРОВАНИЕ 3 следует проконсультироваться с КСС по поводу возможных вариантов вмешательства и разработки ответных мер.

Время, необходимое на заполнение схемы, зависит от объема собранных данных, рассмотренных проблем и сложности планируемого вмешательства. На выходе этого процесса должен быть получен план в письменном виде.

5.2 Этап 1: объединение ключевых результатов

Первый этап заключается в объединении всех основных результатов, полученных в ходе экспресс-оценки. Ключевые результаты — это все, что поможет команде ЭОР:

- определить отдельные проблемы и ситуации, требующие немедленных действий;
- изучить причины, по которым эти ситуации и проблемы возникают;
- спланировать ответные меры, применимые в местных условиях и адаптированные под них.

Большинство ключевых результатов определяется с использованием модулей оценки.

Следует также обратить внимание на дополнительные источники информации. Возможно, команда ЭОР сочтет целесообразным сгруппировать эти ключевые результаты по четырем основным рубрикам:

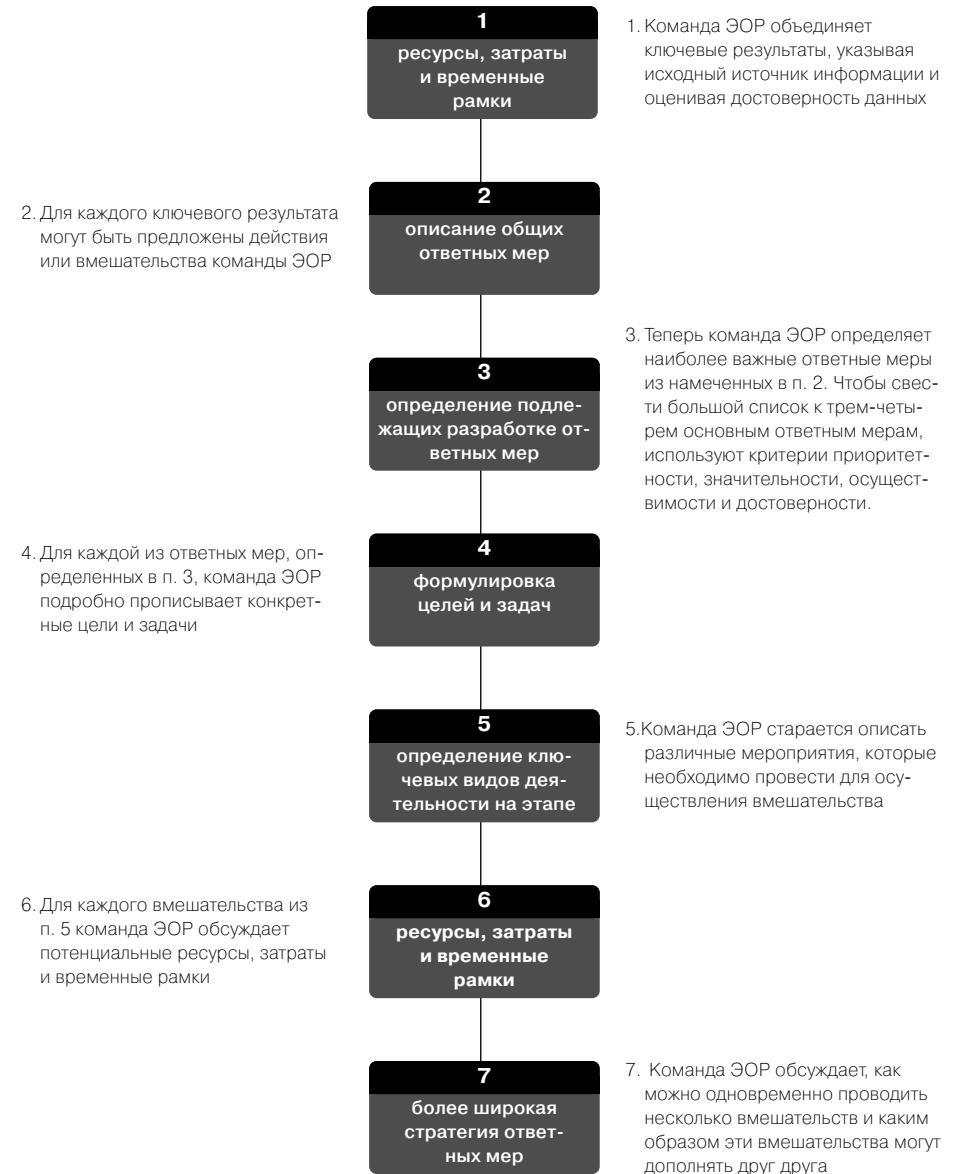
- *ключевой результат*: фрагмент статистических данных; вы-

держка из полевых заметок или контекстуальная информация, касающаяся места проведения оценки;

- *источник информации*: указание места, где была получена информация, когда она была получена и с использованием какого метода (методов);
- *достоверность*: оценка достоверности и точности результата; сюда можно включить информацию о любых других результатах, которые подтверждают данный результат или противоречат ему (триангуляция), или о проблемах, которые требуют дальнейшего прояснения или оценки;
- *общая ответная мера*: эта рубрика должна оставаться незаполненной до следующего этапа (используется для определения общей ответной меры или действий, которые команда ЭОР намерена осуществить).

Команда ЭОР должна стремиться к тому, чтобы записи в этих рубриках были краткими и сжатыми. Дело в том, что задача заключается в обеспечении команды ЭОР *понятным общим резюме*, а избыток информации может в этом помешать.

РАЗРАБОТКА ПЛАНА ДЕЙСТВИЙ



Конечным продуктом этих действий является единая стратегия ответных мер, четко изложенная в письменном виде.

5.3 Этап 2: выявление ответных мер, подлежащих разработке

Второй этап – с помощью полученных ключевых результатов проводится обсуждение *общих* ответных мер по каждому из них. Вместо того чтобы разрабатывать детальный план вмешательства для *каждого* ключевого результата – такая работа потребует много времени и ресурсов, – команда ЭОР должна подгото-

вить краткие описания, в которых будет указано, какие действия или программы могут быть осуществлены на практике.

Обычно соображения по ресурсам и времени не указываются (см. этап 3).

5.4 Этап 3: определение целей и задач

На третьем этапе определяется, какие из общих стратегий ответных мер должны быть разработаны и детализированы в качестве вмешательства. Для выполнения этой работы следует рассмотреть:

- **Приоритетность.** Насколько важной является ответная мера? Насколько безотлагательной? Почему важно действовать прямо сейчас, а не позднее?

- **Значительность.** Является ли предлагаемая ответная мера правильной? Возможно, другая мера окажется более эффективной? Если да, то какая это должна быть мера?
- **Осуществимость.** Существуют ли какие-либо очевидные препятствия для осуществления данной ответной меры?
- **Достоверность.** Насколько точны ключевые результаты? Можно ли доверять выводам, к которым они приводят? Следует ли продолжить проведение оценки, чтобы подтвердить эти выводы?

5.5 Этап 4: определение ресурсов и временных рамок

На этапах 4–6 общие ответные меры, отобранные на этапе 4, трансформируют в более подробные планы осуществления вмешательства. Этот этап – подробное описание и определение *целей и задач* – важен для успешного планирования и разработки вмешательств. Цели и задачи необходимы для того, чтобы каждый участник процесса имел представление об ожидаемых результатах вмешательства.

Четко сформулированные *цели и задачи* также упрощают планирование конкретной деятельности и ключевых

этапов работы (см. этап 5). Команда ЭОР должна сформулировать как минимум одну цель и несколько задач для каждой общей ответной меры. Тогда как цели могут быть достаточно общими, при постановке задач команда ЭОР должна избегать нечетких и расплывчатых формулировок, поскольку они могут усложнить планирование деятельности на ключевых этапах. Команда ЭОР может счесть целесообразным сгруппировать ответные меры для этапов 4–6 под тремя основными рубриками: *цели и задачи, ключевые мероприятия этапа и ресурсы*.

5.6 Этап 5: интегрирование в более широкую стратегию

Вряд ли возможно разработать *полный план многочисленных действий*, необходимых для проведения вмешательства. Однако можно определить *ключевые стадии* процесса. Это главные мероприятия или ре-

шения, организуемые или принимаемые в определенный период времени. Дискуссии в команде ЭОР могут быстро выявить *ключевые стадии* общей ответной меры. Этот процесс состоит из трех шагов:

ПРИМЕР: СБОР КЛЮЧЕВОЙ ИНФОРМАЦИИ ПО УПОТРЕБЛЕНИЮ БАЗУКО (ПАСТА КОКИ) В КОЛУМБИИ

Рубрики «ключевые результаты», «источники информации», «достоверность» и «общие ответные меры» были расписаны на трех больших листах бумаги, которые прикрепили к стенам комнаты, где проводились собрания.

На первом листе бумаги мы составили список ключевых результатов, которые имели отношение к отдельным *проблемам здоровья или особым социальным ситуациям*. На этом листе были, например, представлены данные, показывающие высокую распространенность проблем психического здоровья среди потребителей пасты коки (*базуко*).

На втором листе мы записали те из ключевых результатов, которые, возможно, являлись *контекстуальными факторами*, провоцирующими или усиливающими эти проблемы со здоровьем или в общественной жизни. Среди них были такие факторы, например, как широкая доступность и сравнительно низкая стоимость базуко, а также большое количество бездомных среди потребителей базуко.

На третьем листе мы записали все ключевые результаты, которые могли бы способствовать или препятствовать разработке вмешательства. В их числе было указано равнодушное отношение городских властей к потребителям базуко, связанное с тем, что многие из последних являются бездомными. Мы также записали на этом листе рабочие детали, касающиеся мобильных групп (*аутрич-команд*), которые в настоящее время работают с потребителями базуко.

Разделение ключевых результатов на эти три группы упростило понимание многочисленных связей, существующих между различными проблемами, местным контекстом и разработкой вмешательства. Это также позволило разделить ключевые результаты на два блока:

- информация, указывающая на *потребность* в действиях или ответных мерах,
- данные, которые можно использовать для планирования эффективных ответных мер и вмешательств, *отвечающих этим потребностям*.

ПРИМЕР: РАЗРАБОТКА СТРАТЕГИЙ ОБЩИХ ОТВЕТНЫХ МЕР

Ключевые результаты экспресс-оценки требовали подробного обсуждения. Для экономии времени команда ЭОР обсуждала каждый из них не более пяти минут. В конце каждого обсуждения команда ЭОР должна была составить краткий перечень ответных мер, используя при этом формулировки «приоритетность», «в настоящее время ответные меры не требуются» и «целевая группа молодых (13–16 лет) потребителей». Мы также попросили команду ЭОР подвести итог каждой ответной мере с использованием одного из четырех символов:

- 1** *есть потребность в разработке нового вмешательства или ответной меры*
- 2** *необходимо внести изменения в проводимое вмешательство*
- 3** *есть смысл в проведении новой оценки*
- 4** *необходимо продолжать изучать ситуацию (ответные меры в настоящее время не предпринимаются)*

Эти обозначения позволили нам быстро определять тип общей ответной меры, предлагаемой командой ЭОР на каждом заполненном листе.

а) Команда ЭОР должна ответить на вопрос, *каким образом цели и задачи вмешательства могут быть выполнены*, и выявить как можно больше возможных действий. На этом этапе не следует рассматривать такие ограничения, как *время, ресурсы и осуществимость* (см. этап 6).

б) Второй шаг предполагает сокращение этого списка путем группировки или объединения сходных позиций в *ключевые стадии*. Даже краткий мозговой штурм может дать обширный список действий. Дуб-

лирующие или сходные позиции следует удалить, как и незначительные или нереалистичные идеи.

в) Команда ЭОР должна разместить эти действия на ключевых стадиях в *логической последовательности*. Цель такой последовательности — проиллюстрировать порядок, в котором действия будут выполняться, с целью внедрения вмешательства на практике. После выстраивания последовательности команда ЭОР сможет выявить все пропущенные или, напротив, лишние действия.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ: ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ

цель (то, ради чего предпринимается вмешательство) — общая формулировка конечного результата вмешательства. Например, «создать пункт доверия (“дроп-ин центр”) для лиц, употребляющих алкоголь на улице».

задача (итоги вмешательства) — более подробная формулировка желаемого эффекта (эффектов) процесса вмешательства. Например, «снизить уровень употребления алкоголя на улице; выявить большее число молодых людей, пьющих алкоголь на улице; побудить пьющих на улице посетить местное учреждение, предлагающее лечение от алкоголизма».

5.7 Рассмотрение ресурсов, затрат и временных рамок

Шестой этап предполагает определение ресурсов, затрат и временных рамок для каждой общей ответной меры. Команда ЭОР должна тщательно оценить ресурсы, затраты и время, требуемые для осуществления вмешательства. Самый простой способ сделать это — снова обратиться к каждой ключевой стадии общей ответной меры и поставить следующие вопросы:

- *Какие ресурсы могут понадобиться?* Это могут быть *человеческие ресурсы* (например, профессиональные аутрич-работники или специалисты по защите интересов программ и целевых аудиторий); *медицинские ресурсы* (стерильные шприцы, дистиллированная вода или антисептические салфетки); *технические ресурсы* (транспорт и вычислительная техника); *информационные ресурсы* (административная поддержка или печатное оборудование для

выпуска изданий по снижению вреда); *географические ресурсы* (подходящее местоположение программ).

- *Какие затраты потребуются?* Большинство вмешательств придется проводить с ограниченным бюджетом. Команда ЭОР должна выяснить, сколько будут стоить конкретные ресурсы.
- *Сколько времени займет тот или иной процесс?* Команда ЭОР должна постараться реалистично оценить время, требуемое для выполнения каждой ключевой стадии. Для этого членам команды необходимо составить примерный прогноз мероприятий, которые могут быть связаны с продлением запланированных сроков.

Все эти детали, а также назначенные участники и ответственные лица для каждой стадии должны быть согласованы и зафиксированы в письменном виде.

5.8 Рассмотрение более широкой стратегии реагирования

К этому этапу команда ЭОР должна уже обсудить *цели и задачи, действия на ключевых стадиях и ресурсы*, необходимые для каждого из предложенных вмешательств. Теперь команда ЭОР находится на этапе, когда можно осуществлять на практике подробный план вмешательства. Однако предварительно можно кратко рассмотреть *более широкую стратегию реагирования*.

Осуществлять вмешательства рекомендуется в качестве ответных мер на насущные социальные потребности и нужды в области здравоохранения. *Более широ-*

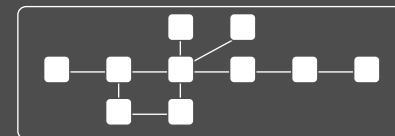
кая стратегия реагирования означает признание важности стратегического интегрированного подхода. Отдельные или особые меры могут помочь частично решить возникшую проблему здравоохранения, однако план действий должен также обеспечить фундамент для выстраивания долгосрочной стратегии реагирования. Эффективность подобной долгосрочной стратегии зависит от того, насколько выбранные вмешательства *сочетаются* друг с другом и соответствуют общей цели снижения негативных последствий на разных уровнях.

ПРИМЕР: ОРГАНИЗАЦИЯ И ВЫЯВЛЕНИЕ КЛЮЧЕВЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

В ходе дискуссии были названы примерно 15–20 ключевых мероприятий. Разделив большой лист бумаги на две части, мы озаглавили одну часть «Н» (для обозначения начала процесса осуществления вмешательства), а другую часть — «О» (для обозначения его окончания). Затем на небольших листочках цветной бумаги мы записали каждое ключевое мероприятие.

Потом мы поставили два вопроса:

- Что мы должны сделать в первую очередь?
- Что мы можем сделать после этого?



Для ответа на первый вопрос мы прикрепили цветные листки бумаги с начальными ключевыми стадиями возле точки начала процесса. Затем мы проанализировали эти стадии и выяснили, какой по логике должна быть следующая стадия. Если цветного листка для какой-либо стадии не было, мы брали новый. Мы продолжали этот процесс, пока не использовали все маленькие листки и не достигли точки окончания процесса. После этого всей командой мы рассмотрели полученную схему. При этом мы перемещали ключевые стадии, которые оказались не на месте, и при необходимости добавляли или убрали какие-либо из них. Когда мы поняли, что удовлетворены результатом, мы проставили стрелки, чтобы обозначить ход развития действий. На этой схеме были представлены все главные элементы работы, которые нам требовалось выполнить. Мы сделали копии и раздали их участникам для дальнейшего обсуждения.

6 МЕТОДЫ И ИНСТРУМЕНТЫ

- 6.1 Введение
- 6.2 Существующие источники данных
- 6.3 Выборки
- 6.4 Интервью
- 6.5 Фокус-группы
- 6.6 Наблюдения
- 6.7 Опросы

6.1 Введение

Данный раздел содержит семь методических модулей. В первом модуле кратко представлены ключевые методологические принципы, являющиеся фундаментом ЭОР. Шесть других модулей описывают, как нужно использовать:

- существующие источники данных (6.2);
- выборки (6.3);
- интервью (6.4);
- фокус-группы (6.5);
- наблюдения (6.6);
- опросы (6.7).

Каждый методический модуль должен применяться в сочетании с одним или более модулями оценки, представленными в данном руководстве. Для каждого из модулей оценки даны советы относительно наиболее подходящих методов сбора данных. Дополнительные рекомендации по использованию методов исследования представлены в Руководстве ВОЗ «ПИН-ЭОР», а также в издании Международного альянса по ВИЧ/СПИДу «Оценка с привлечением к участию (методические рекомендации)» (International HIV/AIDS Alliance, «PAR Toolkit»).

Структура модуля

Все методические модули имеют сходную структуру:

- введение;
- обзор использования в ЭОР;
- ключевые задачи для команды ЭОР.

Как пользоваться исследовательскими модулями

Использование исследовательских методов в ЭОР (а также исследовательских методических модулей) основано на четырех основных принципах:

1. Новые мероприятия по сбору данных (например, опрос) обычно применяются в ходе экспресс-оценок только в тех случаях, когда существующие источники информации неадекватны (*существующие данные*).
2. Использование нескольких методов может помочь повысить достоверность собранной информации (*триангуляция*).

3. Линия исследования, которой придерживаются в ходе экспресс-оценки, определяется главным образом путем критической проверки данных (*индукция*).
4. Если намеченное направление исследования перестает приносить новые данные, от него следует отказаться, а ресурсы направить на другое направление (*точка насыщения*).

«Заполнение пробелов»: использование существующих данных

К существующим данным относятся стандартные, регулярно собираемые данные, для самостоятельного сбора которых у исследователей нет времени, денег или физических ресурсов. Это касается данных о распространенности ВИЧ/СПИДа, которые собираются через установленные промежутки времени у больших групп населения, на больших географических пространствах и за длительные периоды, а также из документальных источников, дающих обзорную информацию или представление о местной ситуации (например, комментарии в СМИ и результатов предыдущих исследований).

Использование существующих данных занимает центральное место в ЭОР. Вместо того чтобы заново собирать надлежащую информацию, которая уже известна, экспресс-оценки могут использовать существующие данные для описания и изучения ситуации на местном уровне и выявления «пробелов» в существующих знаниях. Эти пробелы затем «заполняются» через использование других исследовательских методов.

В ходе экспресс-оценки команде ЭОР необходимо:

- выявить и описать доступные источники данных;
- оценить пользу этих источников для работы по основным темам проводимой оценки;
- собрать информацию, имеющую отношение к предмету оценки.

Команда может разработать стандартную схему и разбить имеющиеся источники данных на категории. Такая схема должна использоваться и обновляться в процессе проведения экспресс-оценки.

Использование разных методов с целью повышения достоверности

Различные методы, описанные в данном руководстве, позволяют собирать различные типы данных, однако желательно, чтобы команда ЭОР использовала *набор методов* и осуществляла *триангуляцию* данных, полученных с их помощью, для повышения достоверности информации.

Триангуляция – непрерывный процесс сбора и перепроверки информации в течение всего процесса ЭОР. Она предполагает сравнение данных, полученных разными методами и из разных источников. Триангуляция осуществляется для того, чтобы избежать ситуации, когда результаты экспресс-оценки основываются на единственном исследовательском методе. Использование только одного метода способно обеспечить ограниченную перспективу и узкое понимание исследуемой проблемы. Иногда использование единственного метода может привести к неточностям и даже погрешностям в описании проблемы.

Применение нескольких исследовательских методов поможет команде ЭОР значительно глубже изучить местную ситуацию. Непрерывная триангуляция исследовательских методов (сравнение результатов, полученных из разных источников, до формулировки заключений) позволит команде ЭОР проанализировать противоречия, конфликты или, наоборот, сходство данных из разных источников.

Процесс триангуляции может способствовать повышению достоверности и качества результатов исследования или реализуемых вмешательств. Применительно к экспресс-оценке достоверностью называют степень уверенности команды ЭОР в точности полученных ею результатов и в том, что они отражают исследуемую ситуацию.

Индукция: гибкая линия исследования

Несмотря на важное значение триангуляции, в экспресс-оценке всегда существует опасность того, что данные собирались несистематично и без должного анализа. Чтобы этого избежать, при сборе информации в ходе экспресс-оценки руководствуются вторым принципом – *индукцией*.

Индукцией называют процесс выведения заключений и

выработки гипотез на основе собранных данных, а также поиск информации, подтверждающей, опровергающей или модифицирующей эти заключения и гипотезы.

В настоящем руководстве не уделяется особого внимания *последовательности* использования модулей оценки и методов. Дело в том, что обычно целью экспресс-оценки не является предоставление ответов на серию вопросов в каком-либо определенном порядке или проверка предварительных гипотез в заранее установленной последовательности. Напротив, процесс проведения экспресс-оценки предполагает рассмотрение и исследование вопросов и гипотез по мере их *возникновения* в ходе сбора данных. Этот процесс критического анализа собранных данных и реагирования на них является *непрерывным*. Таким образом, экспресс-оценка отличается от некоторых других видов социальной науки, которые могут использовать более линейные или предварительно спланированные подходы.

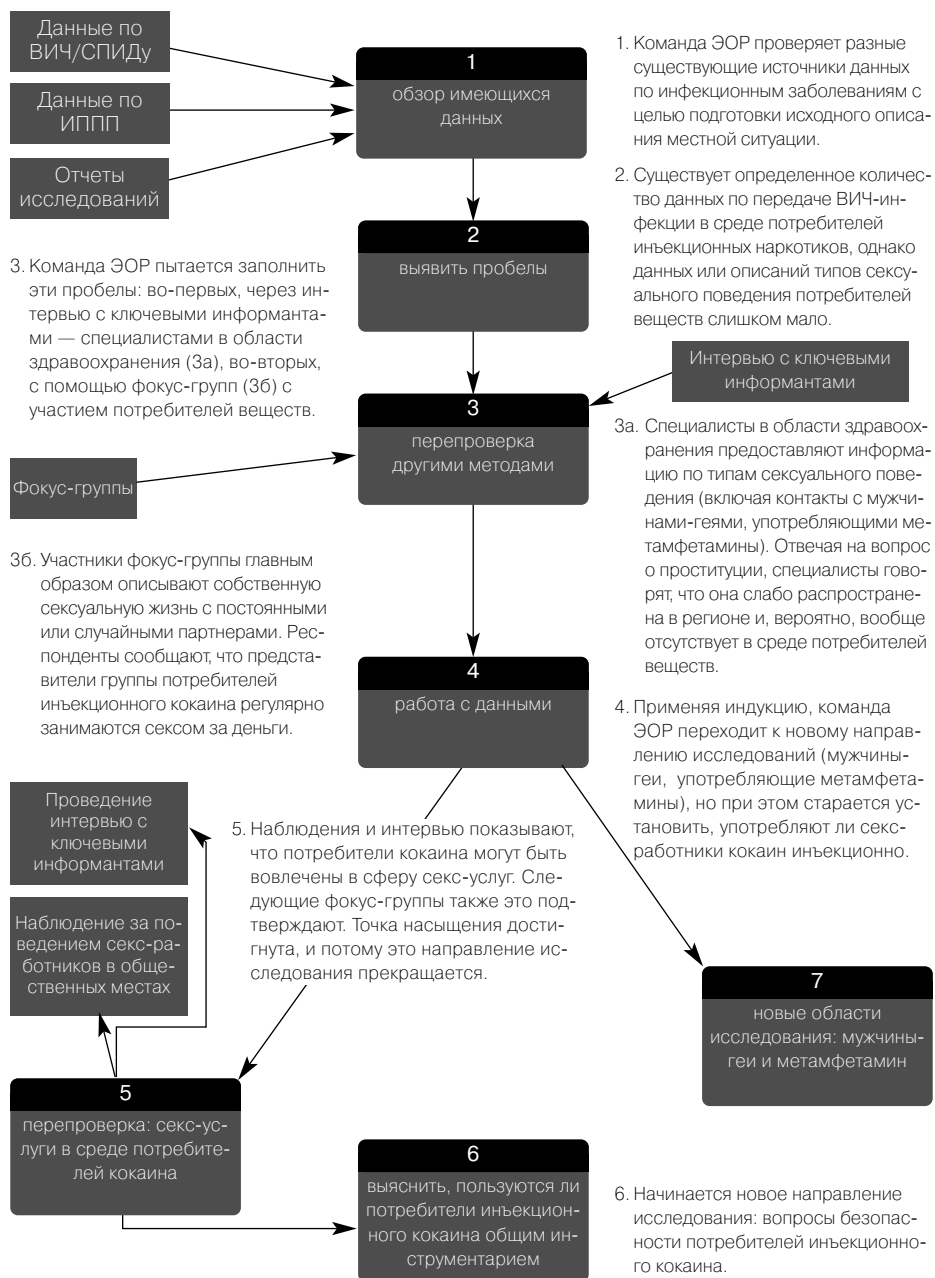
«Точка насыщения»: решаем, когда пора остановиться

Экспресс-оценка ориентирована на вмешательство. Данные должны собираться таким образом, чтобы была возможность принимать информированные решения по ряду проблем. Поэтому сбор *слишком большого* количества данных может привести к задержке с принятием решений. Исходя из этого, большое значение имеет умение понять, *когда следует прекратить* использование того или иного метода или перестать придерживаться определенной линии исследования и *перейти* в другую область.

Точка насыщения – это точка, в которой экспресс-оценка перестает давать новые данные или информацию по определенной проблеме. В этой точке исследователь должен принять решение о переходе к изучению другой темы.

В целом, использование определенного метода или источника данных, более не предоставляющих новых данных или информации, следует прекращать. Достигнув точки насыщения, нужно перейти к использованию нового метода или источника данных или обратиться к другой ключевой области исследований.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ МЕТОДОВ В ЭКСПРЕСС-ОЦЕНКЕ: ПРИМЕР



6.2 Существующие источники данных

Введение

Экспресс-оценка — это не только формирование новых данных. Уже имеющаяся информация (регулярно собираемые государственными структурами статистические данные, программные документы или регистрационные журналы местных клиник) тоже может быть источником полезных сведений, которые могут пролить свет на ситуацию:

- **Регулярно собираемые данные** обеспечивают доступ к информации, которую исследователи не смогли бы получить другим способом из-за нехватки времени, денег или физических ресурсов. Например, данные о распространенности ВИЧ/СПИДа или сведения о региональных демографических профилях часто собираются через регулярные промежутки времени на более многочисленных группах населения, имеют более широкий географический охват и большую продолжительность, чем это возможно в ходе экспресс-оценки.
- **Документальные источники** позволяют исследователям использовать комментарии и обзоры, публикуемые в СМИ, результаты проведенных ранее исследований и опубликованные отчеты о работе неправительственных организаций. С их помощью можно быстро составить профиль социальных, политических и экономических факторов, способных затруднить или упростить деятельность и поведение. К этим источникам также относится местная информация, которую можно получить в общественных организациях, религиозных группах или лечебных центрах и которая может обеспечить исследователям «моментальный снимок» текущей ситуации в данном месте.

Невозможно, да и не нужно рассматривать любую доступную информацию. И неправильно полагать, что все документы предоставляют точное и не подлежащее сомнению описание происходящего в данном месте. В настоящем модуле даются рекомендации по систематическому выявлению, отбору, интерпретации существующих материалов и работе с ними.

Как использовать имеющиеся данные

Для использования имеющихся данных команда ЭОР должна решить не менее семи ключевых задач:

1. Разработать «профиль источника данных».
2. Составить карту доступных источников информации.
3. Оценить их потенциальную пользу и достоверность.
4. Определить пробелы в существующих знаниях.
5. Получить доступ к данным, получить сами данные и проверить их.

6. Обработать данные.
7. Интерпретировать данные.

Как и экспресс-оценка в целом, эти задачи представляют собой непрерывный цикл деятельности (который, вероятно, будет длиться на протяжении всего проведения оценки), а во все не линейный набор этапов, которые нужно выполнить, а затем забыть о них.

Ключевые задачи

ЗАДАЧА 1: Разработать «профиль источника данных»

Обращение к существующей информации — *первый шаг* большинства экспресс-оценок. Сначала команда ЭОР должна собрать исходные данные о зоне исследований и регионе, используя модуль оценки контекста. Также важно, чтобы команда ЭОР уже на раннем этапе оценки понимала, какие еще источники информации могут быть ей доступны.

ЗАДАЧА 2: Составить карту доступных источников информации

Дискуссии в команде ЭОР и предварительные консультации помогут выявить источники информации в исследуемой зоне, а также рассмотреть существующую информацию (в которой могут быть ссылки на другие источники). После этого команда ЭОР может составить начальный список источников, перечисленных в порядке важности, и начать устанавливать контакты с этими источниками для получения более подробного описания доступной информации. Относительно документальных источников полезно выяснить, есть ли какая-либо централизованная структура, осуществляющая их распространение или хранение.

У исследователей может возникнуть желание собирать существующую информацию «на всякий случай», просто в силу ее доступности. Однако такой подход может привести к потере времени и ценной информации, которую можно не заметить. Исследователи должны **активно выявлять** наиболее полезную для экспресс-оценки информацию через:

- **обсуждение с командой** экспресс-оценки и ключевыми информантами возможностей получения значимых данных и материалов;

СУЩЕСТВУЮЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ: РЕЗЮМЕ

Существующая информация позволяет исследователям:

- использовать информацию, на самостоятельный сбор которой у них не хватило бы ресурсов;
- составить профили факторов, способных затруднить или облегчить деятельность и поведение;
- использовать местную информацию для получения «моментального снимка» текущей ситуации в данном месте.

Может включать следующие сведения:

- *регулярно собираемые данные* государственных организаций, медицинских центров и университетских исследовательских структур;
- *документальные источники*: новостные программы телевидения и годовые отчеты неправительственных организаций, местная информация от организаций сообщества, религиозных групп и аутрич-работников.

Навыки использования имеющихся данных очень важны, так как:

- на *раннем этапе* экспресс-оценки они понадобятся для сбора исходной информации, характеризующей ситуацию в данном месте, окружающих его регионах и на национальном уровне; это будет способствовать пониманию контекста исследования;
- на *раннем и промежуточном этапе* их нужно применить для выявления пробелов в имеющихся знаниях и практике, которые потребуют дальнейших исследований;
- на *заключительном этапе* они будут использоваться для мониторинга и перепроверки результатов, полученных путем применения других методов.

Может возникнуть соблазн собирать только готовую и доступную информацию и не тратить усилий на ее поиск. Однако информацию необходимо:

- активно искать — это позволит избежать потери информации, важной для исследования;
- систематически обрабатывать и аккуратно хранить — это позволит в дальнейшем легко находить и распространять материалы.

Ключевые преимущества использования имеющейся информации:

- недорогой и легкий способ получения информации;
- возможность получить ценное описание распространенности различных типов поведения или характеристик целевой группы;
- возможность использования для триангуляции результатов.

Существующая информация редко обеспечивает бесспорное описание ситуации:

- точность документальных источников колеблется в широких пределах;
- исследователь всегда должен проявлять осторожность в интерпретации статистических данных, так как они могут оказаться искаженными или неточными;
- информацию часто готовят, имея в виду конкретную аудиторию.

ПРИМЕРЫ

Регулярные источники данных

- официальные оценки, статистика арестов
- обзоры по употреблению наркотиков
- статистика поступления в больницы
- статистика лечения наркомании
- статистика по ИППП
- данные по ВИЧ-инфекции

Документальные источники

- отчеты неправительственных организаций, работающих в данной области,
- статьи и отчеты из газет

Вопросы

- Владеет ли структура/организация данными по употреблению веществ? Если да, то какие данные записываются и почему?
- Где собирается информация (например, региональные базы данных по ИППП могут объединять данные из разных клиник, и тогда важно выяснить, какие клиники не предоставляют сведения)?
- Какой период времени охватывает база данных (текущая ситуация / за последние три года)?
- Какие сферы/характеристики отражены в этой базе данных (например, фамилия, дата рождения, пол и т. д.)?
- В каком виде представлены данные: на электронном или бумажном носителе; простота доступа?
- Есть ли недочеты в подборке данных? В определении случаев?
- Как учреждение оценивает число лиц, входящих в базу данных?
- Фиксируется ли в базе данных общее число случаев или отдельные процедуры лечения и ухода?
- Проводится ли в ней различие между новыми и старыми клиентами/случаями?
- Разрешит ли учреждение пользоваться этими данными? Кто отвечает за них?
- Кто будет подбирать нужные команде ЭОР данные? Потребуется ли на это дополнительные затраты?

- *изучение уже собранной информации* (необходимо отметить координаты института, структуры или ответственного лица и проверить наличие ссылок на другие возможные источники);
- *составление исходного списка* возможных источников и материалов, которые следует собрать (с перечислением источников в порядке приоритетности — это поможет определить, какие из материалов важны или срочно нужны);
- *установление контактов* с указанными в списке источниками в максимально короткие сроки (руководителям таких структур следует объяснить цели экспресс-оценки и необходимость быстрого сбора информации и спросить, могут ли они предоставить соответствующие данные и отчеты об исследованиях или порекомендовать другие подобные источники; не удивляйтесь, если такая беседа превратится в неформальное интервью или закончится приглашением провести наблюдение);
- *поиск централизованных структур* по распространению или хранению документов (университетские, государственные библиотеки, библиотеки неправительственных организаций); их наличие и доступность позволят сэкономить время и деньги, если требуется большое количество документов);
- *фиксирование* всех деталей в отношении существующей информации, дополнительных источников или советов, полученных в ходе установления контактов.

Сбор существующей информации в экспресс-оценке является *непрерывным процессом*. По мере продвижения исследования собираются все новые и новые материалы. Их нужно изучать, обрабатывать и, в случае необходимости, связываться с источниками их происхождения. Можно поручить ответственность за сбор материалов одному или двум членам команды экспресс-оценки.

Этот процесс может развиваться по-разному, в зависимости от того, где проводится экспресс-оценка и к каким источникам информации приходится обращаться. Исследователи столкнутся с тем, что некоторые материалы получить труднее, чем другие, по причинам конфиденциальности, недоверия или дополнительной нагрузки на источник информации, связанной с таким сбором материалов.

ЗАДАЧА 3: Оценить потенциальную пользу и достоверность источников информации

Всегда существует опасность того, что экспресс-оценка соберет больше данных, чем нужно. Чтобы этого не случилось, исследователи должны выбирать только действительно полезные для решения ключевых вопросов источники. Более того, команда ЭОР должна оценить степень достоверности выбираемых источников.

Даже после выявления существующей информации часто бывает трудно решить, какие материалы нужно использовать. Поток информации может оказаться слишком большим, и у исследователей могут возникнуть сомнения относительно того, какие из источников важны и в каком порядке их нужно рассматривать. Иногда эта задача осложняется тем, что информация существует в нескольких *разных формах*, например, в виде списков необработанных данных, резюме и обзоров или в виде изданий, подготовленных организациями по защите общественных интересов.

Универсальной схемы отбора материалов не существует, однако исследователи могут проанализировать следующие вопросы:

- *потребности*: легче отбирать важные материалы, если команда экспресс-оценки имеет список вопросов, тематик и проблем, которые она намерена рассмотреть;
- *ограничения*: нужно собирать только те материалы, которые будут использованы; не стоит собирать подробную статистическую информацию, если никто не обладает достаточными навыками и временем для ее интерпретации; вместо этого лучше попытаться отыскать альтернативные источники, например, сжатые обзоры или комментарии;
- *время*: обычно лучше сконцентрироваться на наиболее свежих или обновленных материалах; это позволит исследователю понять текущую ситуацию и сократить объем информации, к которой придется обращаться; если же нужно рассмотреть более длительные отрезки времени, постарайтесь найти обзоры или комментарии;
- *аудитория*: различные источники информации освещают разные аспекты рассматриваемой темы; например, правительственные документы могут освещать только положительные последствия изменения политики; следовательно, исследователям нужно проводить триангуляцию различных точек зрения и обращаться к материалам, представляющим проблему с противоположных позиций;
- *охват*: какие системы сбора данных, выборки или регионы описаны? имеют ли они отношение к оценке? есть ли упущения? является ли информация репрезентативной? если нет, из каких еще источников можно получить более полное описание?
- *адекватность*: обычно статистические данные собираются по заказу сторонних организаций, поэтому иногда лучше работать с существующими «несовершенными» материалами, а не пытаться найти источники, содержащие ответы на все вопросы исследователей.

ЗАДАЧА 4: Определить пробелы в существующих знаниях

Маловероятно, что имеющиеся источники информации смогут предоставить ответы на все поставленные пе-

ред исследованием вопросы. Они могут обеспечить исследователей важными исходными деталями, которые помогут проанализировать данные, собранные с применением других исследовательских методов. Ключевой пункт планирования экспресс-оценки — выявление «пробелов» между данными из существующих источников и информацией, необходимой команде ЭОР для получения ответов на вопросы исследования.

ЗАДАЧА 5: Получить доступ к данным, получить сами данные и проверить их

Часто можно упростить доступ к данным, пригласив представителей учреждений, отвечающих за хранение важной информации, на предварительную консультацию или в состав Консультативного совета сообщества. При этом необходимо довести до их сведения, что окончательные результаты экспресс-оценки помогут этим учреждениям углубить понимание местной ситуации и более подробно проанализировать собственные данные. При получении данных от местных структур можно сэкономить время, поручив члену команды ЭОР упорядочить и объединить данные прямо на месте. Крайне важно сразу же проверять все данные на соответствие ожидаемому содержанию и точность, чтобы избежать ненужных проблем на более поздних этапах ЭОР.

ЗАДАЧА 6: Обработать данные

Сразу же после отбора материалов их следует обработать и поместить в архив. Исследователи должны обратить внимание на:

- *маркировку и датирование материалов*: указание, от кого когда была получена информация;
- *резюмирование ключевых положений*: резюме позволит исследователю сразу понять, чем важен материал, какие темы или вопросы он освещает и как он связан с другими материалами или модулями оценки;
- *распространение материалов*: всю полученную важную или относящуюся к отдельным аспектам исследования информацию следует сразу же предоставить членам команды экспресс-оценки;
- *систематизацию хранения информации*: создайте систему хранения информации в самом начале экспресс-оценки, чтобы не потерять в потоке данных; можно также составить каталог или перечень собранных материалов.

Изложенные меры сначала могут потребовать некоторых организационных усилий, зато в дальнейшем исследователям будет проще находить и использовать нужные материалы.

ЗАДАЧА 7: Интерпретировать данные

Существующая информация редко содержит безупречное описание ситуации. Интерпретируя такие материалы, исследователи должны знать, что в них могут сохраняться неточности, сознательные искажения и неполные сведения. Характер таких проблем часто зависит от *типа* собранной информации.

Интерпретация статистических данных

Статистические данные — это информация в *концентрированном* виде. Их регулярно используют государственные структуры, специалисты здравоохранения и экономисты. Кроме того, они часто применяются другими источниками, в частности СМИ, а также в годовых отчетах неправительственных организаций. Эта информация может быть представлена в разных более или менее сложных формах, включая необработанные данные, таблицы, графики и описательные статистические сводки, однако основные средства их интерпретации остаются неизменными:

- *Прочтите заголовок*: станет ясно, что описывается данными и каков их охват. Понятие охвата может относиться к периоду, на который распространяются данные, к типу описываемых факторов или этнических групп.
- *Ознакомьтесь со всеми пояснениями и примечаниями*: исследователи должны понять, как собирались данные и кто был ответственным за их сбор.
- *Прочтите все заголовки или ключи*: это прояснит тип информации, содержащейся в каждой клетке, графе, колонке или доле.
- *Выясните единицы измерения или обозначения*: имеющиеся в материале данные могут быть представлены в целых числах, процентах, средних величинах или числе случаев на 100 тысяч населения.
- *Оцените все сопровождающие выводы*: насколько они оправданы?
- *Всегда оценивайте, достаточно ли информации для интерпретации данных*; зафиксируйте все трудности с интерпретацией данных.

Несмотря на то что статистические данные обычно выглядят весьма авторитетно и убедительно, исследователи всегда должны помнить, что статистика:

- *описывает только количество зафиксированных случаев*, а это не то же самое, что *реальное* количество случаев; например, не все медицинские учреждения посылают сведения в информационные центры, как это обычно требуется; некоторые трудно выявляемые или труднодоступные группы или районы могут быть опущены, при этом какие-то случаи могут быть включены в окончательный результат более одного раза;

- **занижает число случаев индивидуально острых или деликатных форм поведения:** статистика часто собирается путем опроса большого числа людей с использованием структурированных интервью, анкет или стандартных форм. Следовательно, респонденты могут не доверять интервьюерам или стремиться скрыть некоторые типы поведения, в частности употребление наркотиков;
- **использует специфические определения:** посчитать или измерить можно лишь нечто предварительно определенное. Эпидемиологическое определение таких терминов, как «злоупотребление веществами» или «рискованное поведение», может отличаться от их понимания другими исследовательскими структурами или самими потребителями веществ;
- **может содержать «скрытые» искажения:** исследователи должны учитывать контекст, в котором собирались статистические данные; так, например, было бы неправильно на основании данных о росте числа арестов, связанных с наркотиками, делать вывод о росте числа арестованных потребителей наркотиков — возможно, полиция проводит в данном районе «операцию», и в результате одни и те же потребители наркотиков задерживаются несколько раз подряд;
- **часто используется для подтверждения определенной позиции или аргументации:** никогда не принимайте статистические данные за чистую монету, всегда подвергайте их скрупулезному анализу.

Анализ документальных источников

Документальные источники — это годовые отчеты, газетные статьи, стенограммы парламентских слушаний и протоколы общественных собраний. При использовании таких материалов:

6.3 Выборки

Введение

Выборки используются в тех случаях, когда группы населения, исследуемые командой ЭОР, слишком велики, чтобы можно было войти в контакт с каждым участником. В ходе экспресс-оценки не всегда возможно вести работу с большой или репрезентативной выборкой исследуемой популяции. Вместо этого применяют подход *теоретической выборки*, что предполагает обращение к меньшему числу случаев, от которых команда рассчитывает получить полезную информацию и понимание ситуации. Небольшие выборки часто ха-

- **определяте цель составления документа:** просмотрите оглавление, предметный указатель, аннотацию и резюме;
- **определяте, как и когда была собрана информация:** пометьте все описания, относящиеся к методам сбора информации, охвату и периоду, к которому относится исследование или данный материал; если документ представляет собой отчет по собранию, можно также отметить, кто на нем присутствовал;
- **пометьте основные результаты:** это бывает полезно при работе с обзорами, посвященными контексту экспресс-оценки; они помогут изучить местные типы поведения и воспользоваться опытом предыдущих исследований;
- **изучите заключение:** являются ли обоснованными критические замечания и рекомендации, представленные в материале? поднимаются ли в нем вопросы, которые потребуют дальнейшего исследования? предлагаются ли в нем какие-либо вмешательства или возможные дальнейшие разработки, о которых исследователь раньше не знал?
- **запишите все полезные ссылки или источники:** в них может содержаться дополнительная информация; они также могут понадобиться на более поздних этапах экспресс-оценки.

Исследователи должны иметь в виду, что подобные материалы:

- **часто содержат искаженные выводы:** материалы СМИ, политические документы и отчеты неправительственных организаций пишутся с определенной позиции и содержат специально подобранные факты или фотографии, необходимые для усиления приводимой в них аргументации;
- **иногда основываются на неполных или плохо проведенных исследованиях:** следует уделить внимание проверке адекватности использованных методов сбора информации.

рактизуют то особое внимание, которое при проведении экспресс-оценки уделяется изучению индивидуального опыта употребления веществ или документированию социальных значений и норм, связанных с сексуальным поведением.

Техники формирования выборок

Существует большое количество техник организации выборок, которые можно применять для экспресс-оценки. Они варьируются от *целевых выборок*, когда «случаи» (например, физические лица, организации,

	ТЕХНИКИ ВЫБОРОК	ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ВЫБОРКА	РЕПРЕЗЕНТАТИВНАЯ ВЫБОРКА
<p>Техники выборки</p> <ul style="list-style-type: none"> ● направленные выборки: индуктивно отбираются и сравниваются теоретически и практически значимые «критические случаи», например, сравнение случаев незащищенного секса потребителей кокаина в их частной жизни и в коммерческих сексуальных отношениях; ● опportunистические выборки: случаи отбираются по принципу доступности и удобства, как это происходит, в частности, в наблюдениях за спящей на улицах, где предлагаются платные секс-услуги; ● сетевые выборки, называемые также «снежным комом» или «передачи по цепочке»: случаи набираются в отдельных социальных сетях или группах, например, когда один из респондентов знакомит исследователя, проводящего экспресс-оценку, с другими людьми из его или ее круга; ● блоковые выборки: выбираются случаи, характерные для определенных мест или географических «блоков», например, при сравнении употребления веществ и оказания секс-услуг на двух разных улицах; ● квотированные выборки: контролируются тип и количество отбираемых случаев, например, в выборке секс-работников назначаются отдельные квоты для работающих на улице, в гостиницах и массажных кабинетах; ● целевые выборки: как и у теоретических, их цель — отслеживать и корректировать стратегию формирования выборок в ходе экспресс-оценки для улучшения действенности результатов и их пригодности для обобщения. Пример — изменение стратегии составления выборки и включение в нее новых случаев (если, согласно новым данным, это необходимо для получения адекватной оценки). 	<p>ТЕХНИКИ ВЫБОРОК</p> <ul style="list-style-type: none"> ● направленные выборки: индуктивно отбираются и сравниваются теоретически и практически значимые «критические случаи», например, сравнение случаев незащищенного секса потребителей кокаина в их частной жизни и в коммерческих сексуальных отношениях; ● опportunистические выборки: случаи отбираются по принципу доступности и удобства, как это происходит, в частности, в наблюдениях за спящей на улицах, где предлагаются платные секс-услуги; ● сетевые выборки, называемые также «снежным комом» или «передачи по цепочке»: случаи набираются в отдельных социальных сетях или группах, например, когда один из респондентов знакомит исследователя, проводящего экспресс-оценку, с другими людьми из его или ее круга; ● блоковые выборки: выбираются случаи, характерные для определенных мест или географических «блоков», например, при сравнении употребления веществ и оказания секс-услуг на двух разных улицах; ● квотированные выборки: контролируются тип и количество отбираемых случаев, например, в выборке секс-работников назначаются отдельные квоты для работающих на улице, в гостиницах и массажных кабинетах; ● целевые выборки: как и у теоретических, их цель — отслеживать и корректировать стратегию формирования выборок в ходе экспресс-оценки для улучшения действенности результатов и их пригодности для обобщения. Пример — изменение стратегии составления выборки и включение в нее новых случаев (если, согласно новым данным, это необходимо для получения адекватной оценки). 	<p>ПРИМЕРЫ</p> <p>Теоретическая выборка</p> <p>Такие выборки нацелены не на то, чтобы быть «статистически репрезентативными», а на то, чтобы случаи были отобраны с учетом теоретической репрезентативности с точки зрения ключевых типов поведения, групп, совокупностей населения и проблем, представляющих интерес для команды ЭОР. Ключевые характеристики теоретической выборки:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● исследуемые совокупности отбираются на основе их теоретической и практической значимости для оценки употребления веществ и сексуального поведения, а также для получения данных, необходимых для разработки вмешательства; ● формирование выборки проводится «индуктивно», то есть так, что новые выборки формируются по мере поступления результатов, свидетельствующих о необходимости подбора новых выборок для получения достоверной оценки; ● «индуктивная» селекция выборки означает, что применяемые стратегии ориентированы на отслеживание случаев, в которых связи между наркотиками и сексуальным поведением еще требуют полноценной оценки или должного разъяснения; ● результаты, полученные на разных выборках, постоянно сравниваются (как при «триангуляции»), чтобы убедиться в том, что нет необходимости в новых выборках; ● отбор различных выборок должен продолжаться до «точкой насыщения», когда новой информации больше нет, а команда ЭОР уверена, что все источники возможных расхождений между данными от разных выборок изучены. 	<p>Репрезентативная выборка</p> <p>Репрезентативной называется такая выборка, в которой отобраны случаи являются «статистически репрезентативными» относительно более крупных совокупностей исследуемого населения. Для экспресс-оценки подобные выборки обычно бывают непрактичными, так как:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● существующих данных по изучаемым популяциям недостаточно для того, чтобы сделать вывод о том, что выборка «репрезентативна», а многие группы населения, значимые для экспресс-оценки употребления веществ и сексуального поведения, «скрыты» от существующих источников данных; ● часто репрезентативные выборки должны быть больших размеров и требуют использования статистических и эпидемиологических методов, которые непрактичны в экспресс-оценках, учитывая ресурсы и время; ● другие стратегии формирования выборок дают более значимую с практической точки зрения информацию для осуществления вмешательства и потому больше подходят для экспресс-оценки.

документы, события и т. д.) отбираются по установленным командой ЭОР критериям, до *блоковых выборок*, когда случаи отбираются в определенных географических местах или «блоках».

Использование выборки

При разработке стратегии организации выборки команда ЭОР должна решить не менее пяти задач:

1. Определить исследуемую популяцию.
2. Определить подход и технику выборки.
3. Определить (при необходимости) рамки выборки.
4. Принять решение о размере выборки.
5. Согласовать процедуры отбора участников и сбора данных.

ЗАДАЧА 1. Определить исследуемую популяцию

Для исследования различных групп населения используются разные техники организации выборок. Например, в некоторых странах потребители веществ часто относятся к маргинализированным или относительно бесправным слоям и потому не доверяют официальным структурам и избегают контактов с ними.

В таких случаях затруднительно использовать техники, основанные на четко определенных рамках формируемой выборки. Более того, потребители веществ — неоднородная популяция: внутри исследуемой популяции существуют подвыборки (молодые и взрослые потребители веществ, потребители разных наркотиков, женщины-потребители и потребители, являющиеся секс-работниками). Поэтому важно, чтобы команда ЭОР четко понимала, какие именно группы населения она собирается исследовать в ходе экспресс-оценки. Проводя экспресс-оценку, команда ЭОР не должна стремиться изучать слишком много подгрупп, поскольку это займет много времени и может препятствовать проведению детального исследования.

ЗАДАЧА 2. Определить подход и технику выборки

Команда ЭОР должна решить, какой из подходов к организации выборки — репрезентативный или теорети-

ческий (см. ниже) — она намерена использовать, а также выбрать подходящую технику составления выборки.

ЗАДАЧА 3. Определить (при необходимости) рамки выборки

Команда ЭОР может счесть целесообразным определить рамки составляемой выборки, т. е. собрать информацию (часто изложенную в виде списка) об известных случаях в исследуемой популяции. Зачастую такие списки уже есть у соответствующих структур, например, в полиции, больницах или неправительственных организациях. Если такой информации нет, команда ЭОР может разработать собственные рамки выборки, используя для этого несколько разных источников информации.

ЗАДАЧА 4. Принять решение о размере выборки

При использовании стратегии теоретической выборки часто бывает сложно заранее рассчитать размер будущих выборок. Это объясняется тем, что данная стратегия является «индуктивной», и команда экспресс-оценки может принять решение о необходимости включения дополнительных случаев или групп для проведения оценки только после поступления новых результатов. Поэтому команда ЭОР должна просчитывать приблизительные размеры различных выборок, используя разные методы. Это важно для планирования экспресс-оценок, учитывая ограниченность имеющихся ресурсов (включая время), а также для разработки предложений по проведению экспресс-оценок на местном уровне.

ЗАДАЧА 5. Согласовать процедуры отбора участников и сбора данных

Команда ЭОР должна обсудить все практические проблемы, связанные с формированием выборки, в том числе отбор участников и процедуру сбора имеющихся данных.

6.4 Интервью

Введение

Один из наиболее эффективных способов сбора данных для экспресс-оценки — это подготовить и задать определенные *вопросы*. Сбор данных через постановку вопросов и получение ответов называется *интервьюированием*.

Интервью:

- *Обеспечивают доступ к индивидуально острой или скрываемой информации.* интервью позволяют исследователю познакомиться с различными ситуациями, опытом и знаниями, которые он иначе не смог бы изучить. Это подходящий метод исследования *деликатных проблем*, например, сексуального поведения, особенно эффективный при использовании в качестве *поискового*, для сбора данных по темам, о которых мало что известно. Интервью также обеспечивают команде ЭОР косвенный *доступ* к информации об опыте и ситуациях, которая могла остаться скрытой при использовании других методов.
- *Раскрывают значения.* интервью позволяют изучить значения и определения, которые люди подразумевают под теми или иными событиями и действиями. Это особенно важно для изучения того, что понимается под «рискованным» поведением.
- *Упрощают проведение вмешательства.* Местные проблемы обычно имеют местные решения, поэтому важно разговаривать с местными жителями, выслушивать их, чтобы выявить факторы, которые могут в дальнейшем затруднить или упростить вмешательство.

Интервью можно проводить в любом месте, в любое время и с разными лицами или группами лиц.

Использование интервью

Команда ЭОР должна будет не менее шести задач:

1. Отобрать целевую популяцию.
2. Решить, какой тип интервью следует проводить.
3. Решить, когда проводить интервью.
4. Организовать интервью.
5. Разработать сценарий интервью или тематический план.
6. Провести интервью.

Ключевые задачи

ЗАДАЧА 1. Отобрать целевую популяцию

Не существует строгих правил, определяющих, кого следует и кого не следует интервьюировать в ходе экспресс-оценки. Однако, учитывая ограниченность

времени, выделенного на исследование, необходимо предусмотреть прагматичную систему отбора информантов. Такой подход даст уверенность в том, что интервью будут проведены с широким кругом ключевых лиц, а не с теми, кто выражает позиции лишь небольшого числа маргинальных лиц или групп.

Случается, что исследователь не знает или не уверен, каких информантов следует интервьюировать. В таких ситуациях можно сначала ответить на следующие вопросы:

- Какую информацию нужно собрать? Чем точнее исследователь определит, какие данные он хочет собрать, тем легче ему будет определить потенциальных информантов. Один из способов, которые может использовать команда экспресс-оценки, — разбить слишком широкую область исследования (например, рискованное поведение) на более мелкие и удобные для работы позиции. Для выявления информантов, с которыми следует установить контакт, можно провести обсуждение с коллегами и ключевыми информантами.
- Могут ли помочь ключевые информанты? Они могли бы подсказать, каких лиц и какие группы исследователь сможет опросить, и обеспечить ему доступ к этим лицам и группам.

Исследователям нужно иметь в виду, что интервью могут происходить и спонтанно. Это часто случается в ходе наблюдения, когда у исследователя появляется шанс побеседовать с человеком, представляющим интерес или являющимся значимым для экспресс-оценки. Случается также, что лица, которые раньше отказывались участвовать в интервью, изменили свое решение, увидев, как другие разговаривают с исследователями. В обоих случаях исследователю не нужно целенаправленно выявлять или отбирать респондентов для интервью.

ЗАДАЧА 2. Решить, какой тип интервью следует проводить

Существуют разные типы интервью, которые можно применять в экспресс-оценке одновременно. Есть индивидуальные и групповые интервью, в которых можно использовать структурированный и неструктурированный подходы.

ИНТЕРВЬЮ: РЕЗЮМЕ

Интервью предусматривает проведение систематических бесед с людьми, которые:

- *обладают* опытом и знаниями, представляющими интерес для исследователя;
- *разбираются* в местном восприятии и определениях форм рискованного сексуального поведения и последствий для здоровья;
- *часто игнорируются* лицами, отвечающими за определение и осуществление политики.

С помощью интервью можно:

- *исследовать* эти знания и понимание ситуации через неструктурированные вопросы;
- *отобрать* отдельные темы и задать респондентам заранее сформулированные вопросы в ходе структурированных интервью.

Интервью могут быть полезными для:

- *раскрытия значений*, которые люди придают своему поведению в плане употребления веществ и сексуальных отношений;
- *получения описательной информации* о факторах, влияющих на рискованное поведение; *исследования деликатных вопросов*;
- *сбора поисковых данных* по темам, о которых мало что известно.

Интервью можно проводить:

- *с отдельными лицами*: часто такой метод больше подходит для сбора глубинной информации по индивидуально острым вопросам;
- *с группами*: они полезны для сбора контекстуальной информации; групповое интервью — это не то же самое, что фокус-группы.

Исследователям понадобятся:

- *коммуникабельность*, навыки организатора и ведущего, навыки установления доверительных отношений;
- умение задавать *эффективные вопросы* и, при необходимости, использовать стимулы и подсказки;
- *сценарий интервью* — список категорий, областей, тем и вопросов, которые исследователь планирует изучить.

Навыки интервьюирования необходимы:

- для получения исходных данных по теме, по которой исследователь имеет мало информации;
- для использования преимуществ неформальных или случайных бесед, имеющих отношение к экспресс-оценке.

На интервью могут повлиять:

- *погрешности, связанные с интервьюером*: интересы, опыт и ожидания исследователя могут оказать влияние на интервью;
- *погрешности, связанные с информантом*: респонденты могут давать ответы, которых, как им кажется, от них ждет исследователь, вместо того чтобы высказывать собственное мнение; могут преувеличивать или, наоборот, скрывать определенную информацию о поведении, которого они стыдятся или стесняются.

Индивидуальные интервью с ключевыми информантами

Индивидуальные интервью проводятся с лицами, способными предоставить *экспертную или профессиональную информацию* по отдельным темам оценки, или с лицами, имеющими *особый доступ* к исследуемым группам. По всей вероятности, ключевые информанты будут задействованы как на ранних стадиях, так и на протяжении всей экспресс-оценки или в заключительных интервью: с ними обсуждаются и анализируются новые данные; они знакомят команду экспресс-оценки с новыми ключевыми информантами.

При интервьюировании ключевых информантов необходимо учитывать следующее:

- в начале экспресс-оценки ключевые информанты предоставляют данные, помогающие выбрать группы для изучения, определить стратегию выборки, сформулировать ключевые вопросы интервью и обеспечить доступ к другим ключевым информантам;
- ключевые информанты могут предоставить подробную и описательную информацию о рискованном поведении, включая деликатные темы;
- с ключевыми информантами можно использовать как структурированные, так и неструктурированные техники проведения интервью (см. ниже);
- ключевые информанты предоставляют существенные для экспресс-оценки данные, которые не могут быть получены другими методами;
- не всегда целесообразно опрашивать ключевых информантов для получения структурированных или количественных данных по большим выборкам;
- для общения с ключевыми информантами исследователь должен обладать хорошими коммуникативными навыками и уметь проводить интервью.

Групповые интервью

Групповые интервью *отличаются от фокус-групп*. Цель фокус-группы — стимулировать групповую дискуссию (см. раздел «Фокус-группы»). В групповых интервью исследователь задает вопрос нескольким людям, каждый из которых должен дать на него индивидуальный ответ. Групповые интервью могут быть структурированными или неструктурированными, однако полученные с их помощью данные не следует интерпретировать так же, как данные индивидуальных интервью. Темы употребления веществ и сексуального поведения — темы деликатные, поэтому на групповых интервью обычно задаются фактические вопросы, а не вопросы о личном опыте респондентов.

При организации групповых интервью необходимо помнить следующее:

- групповые интервью легко организовать, когда информанты набираются среди естественно сформировавшихся групп, например, друзей, коллег или пациентов больницы;
- исследователь не всегда может проконтролировать процесс отбора участников, что может привести к конфликту между информантами, придерживающимися противоположных точек зрения;
- групповые интервью не всегда эффективны для исследования индивидуально острых или деликатных проблем.

Неструктурированные интервью

Обычно такие интервью «неструктурированы» или «свободно структурированы» (проводятся по общему «тематическому сценарию», позволяющему исследователю концентрировать обсуждение вокруг нескольких ключевых проблем). В качестве основы для разработки таких тематических сценариев можно использовать «ключевые вопросы», идентифицированные в ходе работы с модулем оценки. При неструктурированном интервью тематический сценарий «подталкивает» ключевого информанта предоставить более подробное описание.

Неструктурированные интервью особенно полезны в качестве *поискового метода* для исследования малоизвестных областей. Их целью может быть *глубинное изучение* какой-либо отдельной проблемы или темы. При этом важно найти нужный баланс между получением глубинных описаний и генерированием данных, имеющих *практическую значимость*.

При организации неструктурированных интервью необходимо помнить следующее:

- ограничений по возможным темам обсуждения нет, поэтому подобные интервью особенно полезны для сбора исходных данных на ранних этапах экспресс-оценки, когда исследователь не обладает обширными знаниями по теме;
- неструктурированные интервью отличаются гибкостью: интервьюер может менять направление исследования в процессе интервью, следуя за интересными ответами и изучая лежащие в их основе мотивы;
- неопытные исследователи могут внести искажения, плохо сформулировав вопросы;
- без умелого управления ходом интервью его участники могут перейти к обсуждению несущественных для исследования проблем; в результате интервью будет продолжаться слишком долго, если исследователь не проявит достаточной настойчивости;
- каждое интервью уникально; из-за этого их бывает трудно кодировать и анализировать.

Структурированные интервью

Структурированные интервью меньше подходят для решения поисковых задач, чем неструктурированные. Их часто организуют *после* проведения ряда поисковых исследований, что позволяет использовать результаты применения других методов или существующих источников данных для выявления тем, изучение которых исследователь намерен продолжить. Главное преимущество структурированных интервью заключается в том, что они позволяют получить *сравнимые* данные по ключевым вопросам на разных выборках и в разных местах. Чаще всего при их проведении используют «сценарий интервью», который представляет собой список вопросов, обычно задаваемых точно в такой же формулировке, в какой они изложены в сценарии.

При организации структурированных интервью необходимо помнить следующее:

- единый формат каждого интервью облегчает кодирование, анализ и сравнение данных;
- сценарий структурированного интервью позволяет исследователю решить, сколько времени следует выделить на обсуждение каждого вопроса или темы;
- структурированные интервью могут проводиться и неопытными исследователями;

- четкое следование сценарию структурированного интервью может помешать получению неожиданной, но важной или интересной информации;
- несмотря на использование стандартного формата, информанты могут по-разному услышать и понять вопросы, что может затруднить сравнение ответов, полученных от разных респондентов.

ЗАДАЧА 3. Решить, когда проводить интервью

Этап экспресс-оценки, на котором проводятся интервью, зависит от того, с какими информантами намерен работать исследователь, а также от содержания и тем интервью. На *ранней стадии* экспресс-оценки интервью играют важную роль в выявлении значимых для исследования групп населения, источников информации и круга вопросов, а также для поиска и отнесительно подробного описания проблем. После получения исходной информации можно использовать интервью по ходу экспресс-оценки, когда в них возникает потребность. Они могут быть особенно полезны для оценки осуществимости потенциальных вмешательств или мероприятий, рекомендуемых экспресс-оценкой. На *заклочительном* этапе экспресс-оценки можно проводить интервью:

- с *целевыми лицами или группами*: такие интервью можно использовать для подтверждения и перепроверки результатов, полученных другими методами;
- с *группами сообщества*: интервью полезны для оценки потенциальных трудностей осуществления планируемых вмешательств;
- с *ключевыми информантами на местном, региональном и национальном уровне*: интервью с большими группами часто полезны при проведении анализа и обсуждения конечных результатов экспресс-оценки.

ЗАДАЧА 4. Организовать интервью

В большинстве случаев интервью приходится организовывать и проводить в срочном порядке. Установив контакт с информантами, команда ЭОР должна:

- *объяснить* участникам, почему команда хочет с ними поговорить, и стимулировать заинтересованность респондентов в исследовании, подчеркнув его важность или личные выгоды для участников;
- *скорректировать* неправильные представления, которые могут быть у информантов (участники могут не доверять посторонним);
- *заверить* информантов в том, что вся предоставленная ими информация будет конфиденциальной, и упомянуть о *вознаграждении* за участие в интервью: это могут быть подарки, деньги или напитки; нужно уточнить у ключевых информантов, какое вознаграждение подходит в данном случае;
- *договориться*, какого числа и в какое время будет проходить интервью, сколько оно продлится;
- *получить контактные данные* от участников и оставить номер телефона или адрес исследователя — это позволит перенести интервью в случае непредвиденных обстоятельств.

Интервью следует проводить в условиях, облегчающих обсуждение. Это должны быть нейтральные помещения, где никто не сможет прервать интервью (например, лица, которые могут отвлечь информантов или повлиять на их ответ), по возможности максимально удобные. Если планируется провести несколько интервью в течение нескольких дней, можно арендовать класс в местной школе или использовать комнату в медицинском центре. Доступ к помещению должен быть удобным. Исследователи могут также посетить информантов в их собственном доме; перейти с ними с оживленной городской площади на тихую боковую улочку или просто попросить тех, кто в интервью не участвует, отойти в сторону.

ЗАДАЧА 5. Разработать сценарий интервью или тематический план

До проведения интервью исследователь может подгото-

вить *сценарий интервью*. Для *структурированных* интервью обычно нужен более подробный и инструктирующий сценарий, чем для *неструктурированных*. *Сценарий интервью или тематический план* — это список всех вопросов, тем и проблем, к которым исследователь намерен обратиться в ходе интервью. В него также могут входить инструкции о том, как нужно реагировать на определенные ответы, порядок и точная формулировка вопросов и различные *стимулы и подсказки*.

При составлении сценария интервью необходимо:

- *Определить подходящие темы и вопросы*. В этом могут помочь модули оценки из руководства по проведению экспресс-оценки и реагирования, однако исследователи должны также обсудить со своими коллегами и ключевыми информантами другие возможные сферы исследования. Темы и вопросы следует отбирать таким образом, чтобы они помогли при триангуляции и заполнении пробелов в имеющейся информации.
- *Принять решение об уровне детализации*. Структура сценариев варьируется — от общего описания тем, используемого в качестве подсказки, до конкретных вопросов, которые исследователь должен задавать в установленном порядке. Как указывалось выше, это частично зависит от того, какая техника интервьюирования (структурированная или неструктурированная) будет использоваться.
- *Разработать вопросы*. Исследователь должен тщательно обдумать вопросы, которые он собирается включить в сценарий интервью. В результате применения неудачно сформулированных вопросов могут быть получены некачественные данные. Можно обсудить разработанные вопросы с одним из ключевых информантов для выявления возможных проблем.
- *Установить порядок вопросов*. Результаты интервью будут лучше, если вопросы сгруппированы в логическом порядке. Исследователи могут, например, задать серию вопросов или сфокусировать обсуждение на единственной теме, а не перескакивать от темы к теме. Кроме того, *культурально острые* вопросы лучше задавать ближе к концу интервью, когда установился достаточно высокий уровень доверия.
- *Составить список всех стимулов и подсказок*. Неопытных интервьюеров можно проинструктировать, как стимулировать ответы респондентов.

В сценариях интервью следует избегать следующих вопросов:

- *сложных или технических*: используйте простые и ясные формулировки, которые будут понятны респондентам и позволят избежать расхождений в интерпретации;
- *длинных или многосоставных*: это может запутать информантов и привести к тому, что они будут отвечать только на ту часть вопроса, которую запомнили, например: «Что вы думаете о риске, связанном с совместным использованием шприцев, в настоящее время, по сравнению с ситуацией пять лет назад?»;

ПРИМЕР: РАЗБИВКА ОБШИРНЫХ ТЕМ НА БОЛЕЕ УДОБНЫЕ ДЛЯ РАБОТЫ ПОЗИЦИИ

ЭТАП 1

- Каковы экономические и структуральные факторы, влияющие на рискованное поведение целевых популяций?
- Какие именно популяции вовлечены в рискованное поведение?
- Какие специфические типы рискованного поведения практикуются в данной популяции? Почему?

ЭТАП 2

- Каковы экономические и структуральные факторы, влияющие на рискованное поведение целевых популяций?
 - доступность презервативов и чистых шприцев;
 - отношение полицейских и военных структур к употреблению наркотиков;
 - кампании и акции в области общественного здравоохранения.

ЭТАП 3

Доступность презервативов и чистых шприцев:

Имеются ли презервативы и шприцы в *местных аптеках, у продавцов на рынке, у персонала клиник по лечению наркомании и ИППП?* Хорошего ли качества презервативы? Рвутся ли они во время полового акта? *Потребители наркотиков, секс-работники, сотрудники центра планирования семьи.* Продаются ли на рынках новые шприцы, или заново упакованные старые? *Лица, покупающие шприцы на лотках на местном рынке.*

ТИПЫ ВОПРОСОВ ДЛЯ ИНТЕРВЬЮ

● ФАКТИЧЕСКИЕ

Нужно назвать, подтвердить или опровергнуть факт. Обычно это закрытые вопросы.

«Используете ли вы презервативы во время половых контактов с клиентами?»

● ОЦЕНОЧНЫЕ

Открытые вопросы, поощряющие информантов высказывать идеи и убеждения.

«Почему вы использовали шприц, которым уже пользовался ваш друг?»

● УТОЧНЯЮЩИЕ

Используются для проверки правильности понимания исследователем поступающих данных или для сбора дополнительной информации.

«Есть ли, по вашему мнению, другие причины, по которым аутич-проект здесь не работает?»

● РЕПРЕЗЕНТАТИВНЫЕ

Используются для проверки типичности определенного события (на основании опыта респондента или других членов сообщества).

«Используете ли вы презервативы и со случайными, и с постоянными партнерами?»

● ГИПОТЕТИЧЕСКИЕ

Позволяют исследователю смоделировать ситуацию, в которой респондент еще не оказывался, или расспросить о деликатных вещах, о которых не всегда удобно спрашивать напрямую.

«Предположим, вы могли бы получать презервативы бесплатно: изменило бы это ваше поведение?»

● РАНЖИРУЮЩИЕ

Позволяют исследователю уточнить важность или значимость отдельных факторов.

«Какой из типов рискованного поведения наиболее распространен среди потребителей амfetамин?»

● СТИМУЛЫ

Поощряют информантов предоставить больше информации или продолжать отвечать. Стимулы могут быть невербальными, содержать побуждающие междометия или подаваться в виде вопроса.

Исследователь может сделать паузу, жестом показать респонденту, что он может продолжать, или задать вопрос.

● ПОДСКАЗКИ

Поощряют информантов поднимать темы, которые спонтанно не возникают.

«Итак, вы рассказали мне, как вы и ваш постоянный молодой человек решаете, когда использовать презерватив. А теперь давайте подумаем над тем, чего вы не упоминали: об использовании презерватива со случайными партнерами...»

ДЕСЯТЬ ШАГОВ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТЕРВЬЮ

- 1 *Заранее придите* на место проведения интервью. Осмотрите помещение и убедитесь в том, что это спокойное место и вам не будут мешать.
- 2 *Предоставьте переводчикам* краткие сведения о том, что будет происходить. Если интервью записывается на диктофон, нужно проверить наличие наружного микрофона и всегда иметь запасные батарейки и кассеты.
- 3 *Представьте респонденту всех присутствующих.* В представлении не должно содержаться угрозы.
- 4 *Используйте ясные и простые формулировки,* сообщая о темах или задавая вопросы. Дайте участникам время на обдумывание и на сам ответ.
- 5 *Деликатные темы* можно вводить, спрашивая о «других людях» и приглашая критически прокомментировать сказанное о «других».
- 6 *Повторяйте ответы* респондентов теми же словами — так можно проверить, поняли ли вы основную мысль.
- 7 *Умейте слушать* и вовремя задавать вопросы «почему?» и «как?»
- 8 *Уточните у респондента,* можно ли продолжать интервью, если оно длится дольше, чем планировалось.
- 9 *Всегда собирайте демографическую информацию* — возраст, этническая принадлежность, тип употребления наркотиков, источник доходов и статус.
- 10 По окончании интервью *обобщите основные проблемы и мнения.* Спросите, хотят ли участники что-нибудь добавить или задать вопросы. Важно, чтобы исследователь *не давал* советов по темам, которыми он не владеет. Лучше приносить на интервью печатные информационные издания по медицинским вопросам или подборку адресов местных лечебных учреждений.

- *наводящих:* такие вопросы подталкивают респондентов к заключениям, которые они иначе могли не сделать: например, вопрос: «Почему так много случаев проституции в данном регионе?» лучше сформулировать по-другому: «Существует ли проституция в данном регионе?» или «Расскажите мне о проституции в вашей местности».

ЗАДАЧА 6. Провести интервью

Неструктурированные интервью

При проведении неструктурированных интервью совокупность обсуждаемых тем и ответов респондентов не задается подробным сценарием интервью. Задача исследователя остается прежней — охватить ключевые темы, однако при этом он может стимулировать респондентов более подробно описывать вопросы, *имеющие отношение* к предмету оценки. Такой гибкий подход означает, что порядок и формулировка вопросов в каждом интервью будут варьироваться от респондента к респонденту. Поскольку целью неструктурированных интервью является стимулирование респондентов сво-

бодно высказывать свое мнение и делиться знаниями и опытом, исследователь должен поощрять их использовать как можно больше деталей и быть предельно искренними. Поэтому неструктурированные интервью требуют от исследователя хороших коммуникативных навыков и навыков модератора. Исследователь должен внимательно слушать респондентов и сразу распознавать любую новую или полезную информацию. Важно также обращать особое внимание на высказывания, предоставляющие *практически значимые* данные. Исследователь может *мягко направлять* разговор на ключевые для экспресс-оценки вопросы, например: «Если вернуться к тому, что вы только что говорили об алкоголе, пожалуйста, скажите, почему вы считаете это важным?»

Структурированные интервью

Структурированные интервью используются, когда исследователь хочет в большей степени контролировать

обсуждаемые темы и формат интервью. Для таких интервью обычно применяются подробные сценарии, в которых указываются темы и вопросы для обсуждения, а иногда и порядок постановки вопросов. Иногда в сценарии вопросы даются в точной формулировке.

Групповые интервью

При проведении групповых интервью можно использовать неструктурированную и структурированную техники интервьюирования.

6.5 Фокус-группы

Введение

Обычно фокус-группы состоят из шести-десяти человек, имеющих общий опыт или особые знания, представляющие важность для экспресс-оценки. Такой метод сбора информации поможет получить подробные данные от нескольких людей одновременно при сравнительно низких затратах. Фокус-группы отличаются от групповых интервью. Цель исследователя ЭОР при проведении фокус-группы — организовать общее обсуждение между участниками, тогда как в ходе групповых интервью участники отвечают на вопросы в индивидуальном порядке.

Фокус-группам принадлежит ключевая роль в экспресс-оценке. Как и интервью, они могут дать описательную информацию о *природе* употребления веществ и сексуального поведения, об индивидуальном и групповом восприятии *значений и понятий*, связанных с употреблением веществ и рискованным сексуальным поведением, а также информацию по *контекстуальным факторам*, влияющим на снижение риска и изменение сексуального поведения. Они также могут помочь *получить данные* по малоисследованным темам, *спланировать* интервью или опросы и *разработать* анкеты для них.

Поскольку фокус-группы стимулируют участников к обсуждению, они могут также предоставить данные о том, *как* участники оценивают употребление веществ и сексуальное поведение и как они общаются на эти темы. Это означает, что фокус-группы могут не только собрать разные мнения по одной тематике, но и дать представление о групповом восприятии норм и ценно-

Результаты групповых интервью не должны интерпретироваться так же, как результаты индивидуальных интервью. Исследователь должен понимать, что на ответы может повлиять *динамика группы*. Отдельные лидеры или подгруппы могут доминировать в ходе интервью; участники могут уходить от деликатных тем; давление группы может препятствовать высказыванию индивидуальных точек зрения.

стей, связанных с употреблением веществ и сексуальным поведением. Это может особенно ярко проявиться, когда фокус-группы представляют собой «естественно сформировавшиеся» группы, в которых участники знают друг друга (например, потребители героина, имеющие общие дружеские или социальные связи, или мужчины, предоставляющие сексуальные услуги в одном районе).

Основные преимущества фокус-группы:

- легко организовать, отобрав респондентов в естественно сложившихся условиях, например, среди друзей, коллег или пациентов лечебных учреждений;
- могут предоставить большой объем информации за короткий срок и при меньших затратах, чем на индивидуальные интервью;
- помогают исследовать убеждения, позиции, мнения и типы поведения;
- помогают выявлять вопросы, которые в дальнейшем могут использоваться в индивидуальных интервью;
- комфортная атмосфера для участников, вызванная естественной формой общения, распространенной в большинстве сообществ.

Основные недостатки фокус-группы:

- позволяют рассмотреть меньшее число вопросов, чем в ходе индивидуальных интервью;
- требуют особых навыков от ведущего и организаторов;
- не позволяют протоколировать все детали (письменно это сделать сложно, а расшифровка магнитофонных записей требует времени и дорого стоит);
- не позволяют исследователю полностью контролировать ход обсуждения (по сравнению с индивидуальными интервью);
- не дают информации по распространенности убеждений и типов поведения.

ФОКУС-ГРУППЫ: РЕЗЮМЕ

Фокус-группа — это несколько лиц, выбранных для проведения коллективного интервью, по тому что они:

- имеют общий опыт;
- вышли из одной среды;
- имеют особые навыки.

Эти характеристики обеспечивают:

- «фокус» обсуждения;
- поддержку участников при изложении индивидуального и общего опыта и убеждений.

Для проведения фокус-группы необходимо позаботиться о наличии:

- помещения — нейтрального, удобного, легкодоступного и изолированного (где никто не сможет отвлек от работы);
- сценария обсуждения проблем или тем;
- диктофона, запасных батареек, кассет и этикеток;
- классной доски или флипчарта, бумаги и ручек;
- ключевого информанта для отбора участников.

Члены команды экспресс-оценки могут быть участниками фокус-группы:

- модератор — поощряет участников к разговору на интересные и значимые для исследования темы;
- протоколирующий — ведет наблюдение и фиксирует значимые вербальные и невербальные детали.

Фокус-группы помогут:

- быстро получить большой объем информации;
- выявить и исследовать убеждения, позиции и типы поведения, описанные разными людьми.

Основные недостатки:

- исследователь может контролировать обсуждение в фокус-группе в меньшей степени, чем во время интервью;
- данные не отражают распространенность убеждений и типов поведения;
- в группе могут доминировать один или два человека, влияющие на мнения остальных участников.

Использование фокус-групп

Пять основных задач для команды ЭОР:

1. Отобрать участников.
2. Решить, когда проводить фокус-группу.
3. Организовать фокус-группу.
4. Разработать сценарий.
5. Провести фокус-группу.

ЗАДАЧА 1. Отобрать участников

Главное правило отбора участников фокус-групп для экспресс-оценки — выбирать таких лиц, которые предположительно способны предоставить информацию, имеющую наибольшее практическое значение. Это совпадает с принципами «направленной выборки» (см. раздел 6.3. «Формирование выборок»). Учитывая потен-

циально деликатный характер таких тем, как употребление веществ и сексуальное поведение, к участникам фокус-групп следует проявлять особое внимание. Если участники группы — потребители наркотиков, необходимо учесть такие характеристики состава группы, как пол, сексуальная ориентация, этническая принадлежность, религиозные убеждения и природу употребления наркотиков. Если фокус-группа проводится среди специалистов здравоохранения и людей, определяющих политику в данной области, важно также обдумать, как состав группы повлияет на качество получаемых данных. Здесь необходимо оценить, будут ли различия в накопленном опыте, знаниях и позициях участников группы способствовать или, напротив, отвлекать от генерирования полезных сведений. Общее правило отбора участников фокус-группы сводится к тому, что группа должна быть разумно *однородной*.

Иногда бывает сложно добиться однородности группы: похожие в определенных аспектах люди могут иметь различный опыт, что может ограничить область дискуссии. Например, фокус-группа, посвященная сексуальному поведению женщин, может включать участниц с разными системами религиозных ценностей, что наверняка повлияет на широту и детальность обсуждения.

ЗАДАЧА 2. Решить, когда проводить фокус-группу

Фокус-группы могут выполнять три основные функции. Во-первых, *исследовать* малоизвестные темы. Это помогает планировать экспресс-оценку и прорабатывать другие методы. Во-вторых, *подтверждать результаты* и гипотезы, полученные при использовании других источников данных и методов. В-третьих, *проверить достоверность заключений и суждений*, сделанных на основе других источников данных и методов.

На *раннем* этапе экспресс-оценки фокус-группы могут быть использованы для:

- выявления мнений и типов поведения, о которых команда экспресс-оценки знает недостаточно или по которым отсутствуют данные, а также проблем, которые исследователями не рассматривались;
- формирования гипотез и идей, поиска ключевых информантов и новых направлений исследования;
- изучения местного сленга и терминов, связанных с отдельными типами поведения; изучения языка жестов и свойственных и несвойственных данной среде обычаев и привычек.

На *промежуточном* этапе экспресс-оценки фокус-группы могут быть использованы для:

- подтверждения и перепроверки результатов, полученных из других источников данных и гипотез; участников можно опросить по какой-либо отдельной проблеме и сравнить их ответы с результатами других источников данных;
- дальнейшего изучения отношения группы к исследуемой теме; можно зафиксировать изменения в мнениях и отношениях к разным типам поведения и попробовать связать их с более обширным комплексом внешних факторов.

Однородность (гомогенность): определение

Однородность (гомогенность) — это общность характеристик, опыта или специальных знаний.

Примеры однородных фокус-групп: группа женщин, употребляющих героин; группа мужчин-заключенных; персонал клиники ИППП.

На *заключительном* этапе экспресс-оценки фокус-группы могут быть использованы для:

- подтверждения и перепроверки результатов, полученных другими методами;
- оценки репрезентативности полученных результатов; можно отобрать участников фокус-группы в каком-либо другом месте, нежели участников предыдущих фокус-групп, а затем сравнить полученные результаты;
- оценки реакции участников групп на возможные вмешательства; выявления препятствий культурологического свойства, проблем и других особенностей.

ЗАДАЧА 3. Организовать фокус-группу

Как было указано выше применительно к интервью, фокус-группы следует организовывать и проводить на самой ранней стадии ЭОР. При установлении контакта с информантами команда ЭОР должна:

- *объяснить* участникам, почему команда хочет с ними поговорить;
- *скорректировать* неправильные представления, которые могут быть у информантов;
- *заверить* информантов в том, что вся предоставленная ими информация будет конфиденциальной;
- *сообщить о вознаграждении* за участие в интервью;
- *договориться*, какого числа и в какое время будет проводиться фокус-группа;
- *получить* от участников *контактные данные*.

Очень важно обратить особое внимание на отбор участников фокус-группы. Потенциальные участники могут обычно собираться в барах, кафе или общественных парках. Ключевые информанты помогут быстро отобрать основных участников и заручиться их доверием. Ключевым информантам могут также быть известны потенциальные респонденты из других областей. Например, ключевой информант из среды секс-работников может знать не только других секс-работников, но и местных таксистов, владельцев гостиниц и баров, водителей-дальнобойщиков. Помочь могут и личные контакты, например, друзья и коллеги. Участников фокус-групп можно также отбирать на основе документальных источников, таких как кадровые списки правительства; списки региональных неправительственных организаций (НПО) или организаций добровольцев; журналы регистрации пациентов.

После отбора участников им следует сообщить:

- почему выбрали именно их, какую тему вы хотите обсудить и сколько человек предположительно будет в группе; можно также подчеркнуть важность участия именно этого человека для эффективного проведения ЭОР;

- где и когда будет проводиться фокус-группа, к какому времени участники должны прийти и сколько продлится работа;
- будет ли предложено какое-либо вознаграждение за участие в фокус-группе (подарки, деньги или напитки); заранее уточните, какое вознаграждение является приемлемым и желаемым.

Фокус-группу можно организовать практически в любом месте, которое участники готовы посетить (например, в лечебном центре, школе или парке), однако при этом необходимо помнить следующее:

- место должно быть как можно более *нейтральным и защищенным от внешних вмешательств* (в частности, в помещении не должен звонить телефон, туда не должны заходить другие сотрудники), а также *удобным* (можно арендовать класс в местной школе, перейти с оживленной городской площади на более тихую боковую улочку или попросить не участвующих в фокус-группе людей отойти в сторону);
- место проведения фокус-группы должно быть легко доступным;
- иногда фокус-группы следует собирать в *частном изолированном* помещении, особенно если речь идет об обсуждении индивидуально острых и деликатных тем.

ЗАДАЧА 4. Разработать сценарий

До проведения фокус-группы можно разработать специальный сценарий. Сценарий — это список всех вопросов и проблем, которые исследователь хочет затронуть в ходе обсуждения. Важно помнить, что сценарий фокус-группы будет состоять из *ограниченного числа вопросов*.

Исследовательская группа должна хорошо знать список тем. Бывает, что сценарий подготовить не удается — например, если фокус-группа проводится без подготовки. В такой ситуации лучше сконцентрировать обсуждение на одной или двух ключевых областях исследования.

ПРИМЕР: СПИСОК ТЕМ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ

Как часто происходят половые акты с проникновением? С кем?

Как часто используются презервативы? С кем? Почему они используются и почему не используются?

Как употребление героина влияет на сексуальную активность?

Насколько легко (трудно) изменить сексуальное поведение?

ЗАДАЧА 5. Провести фокус-группу

Проведение фокус-группы — это задача, требующая определенных навыков. *Модератор* должен уметь контролировать ход дискуссии и управлять ею, фокусируя и удерживая внимание участников на тех проблемах, которые имеют значение для экспресс-оценки. Обсуждение вопросов, не имеющих прямого отношения к ней, должно быть сведено к минимуму. И наоборот, обсуждение значимых вопросов должно стимулироваться, а ведущие должны препятствовать тому, чтобы один-два человека оказывали влияние на всю группу. Эту задачу лучше исполняют сотрудники, имеющие навыки проведения качественных исследований, организации публичных дебатов и собраний или журналистский опыт.

Как и при проведении интервью, в ходе фокус-групп важно направлять беседу в определенное русло. Для этого исследователи обычно предлагают к обсуждению широкую тему, а затем стимулируют дискуссию по этой теме с помощью подсказок вроде «а почему?», «вы не могли бы рассказать об этом побольше?» или «вы тоже согласны с этим?»

Вопросы «почему?» и «как?» очень важны для фокус-групп. Учитывая, что цель фокус-групп — генерировать *обсуждение* участниками какой-либо темы, на каждой фокус-группе должно быть рассмотрено не больше четырех-пяти тем (например, «типы восприятия риска», «использование презерватива», «мнение представитель служб здравоохранения»).

На фокус-группу полезно пригласить дополнительного *протоколирующего* или наблюдателя. Они обратят внимание на детали, которые модератор может не заметить. Записывайте обсуждение на магнитофон, если участники не возражают.

После фокус-группы нужно провести ее обсуждение в команде ЭОР (каждый участник команды должен изложить свое впечатление от проведенной дискуссии). Де-

лать это нужно сразу, пока все подробности еще свежи в памяти и есть наблюдения, которые хочется обсудить с коллегами. После проведения фокус-группы необходимо:

- обобщить ключевые мнения, высказанные на фокус-группе;
- определить, какие были ошибки в проведении фокус-группы и какие темы не были затронуты;
- наклеить на кассеты этикетки с датой и деталями фокус-

группы (если велась аудиозапись); отдать все материалы на хранение в надежное место, чтобы обеспечить конфиденциальность;

- заново прослушать запись: если другие исследователи участвовали в фокус-группе и делали заметки, полезно сравнить и обсудить их;
- убедиться в том, что протоколирующие записали все основные моменты дискуссии.

ДЕСЯТЬ ШАГОВ К ПРОВЕДЕНИЮ ФОКУС-ГРУППЫ:

1. Придите заранее на место проведения фокус-группы.
2. Расставьте мебель так, чтобы группа сидела свободным кругом. Это позволит каждому видеть и слышать все происходящее. Модератор должен сидеть вместе с участниками, а протоколирующие и наблюдатели должны сидеть вне круга, но при этом иметь возможность все хорошо слышать и за всем наблюдать.
3. Убедитесь в том, что это спокойное место и вам не будут мешать. Если используется диктофон, в идеале для него нужен внешний микрофон, чтобы улавливать отдельные голоса. Не забудьте о запасных батарейках, кассетах и этикетках.
4. Тепло поприветствуйте участников, представьте своих ассистентов и сами представьтесь присутствующим. Объясните, для чего проводится фокус-группа. Возможно, участники никогда раньше не бывали на фокус-группах, тогда вам нужно разъяснить, чего от них ожидают. Объясните, зачем ассистенты ведут записи, и если вы намерены использовать диктофон, спросите участников, не возражают ли они против аудиозаписи их дискуссии. Подчеркните, что все сказанное останется конфиденциальным.
5. Позвольте участникам кратко представиться группе. В это время можно проверить исправность диктофона. Медленно изложите первую тему и предложите участникам высказаться.
6. Будьте хорошим слушателем и воспитывайте в себе привычку спрашивать «почему» и «как».
7. В нужные моменты обобщайте дискуссию. Это можно делать и письменно, на большом листе бумаги, чтобы каждый видел, какие вопросы уже были рассмотрены.
8. Если фокус-группа продолжается долго, можно сделать перерыв и предложить участникам напитки. Заранее продумайте, что подойдет для данного случая.
9. По окончании фокус-группы обобщите основные проблемы и точки зрения и спросите, не хотят ли участники что-либо добавить.
10. В конце поблагодарите участников и, если вы еще этого не сделали, запишите их координаты. Возможно, вам понадобится связаться с ними еще раз.

6.6 Наблюдения

Введение

Для исследователя самый естественный и очевидный способ сбора данных – смотреть, слушать и записывать то, что происходит вокруг него/нее.

Наблюдение не похоже на другие методы, которые основываются на самостоятельном описании поведения или вторичных источниках данных. В отличие от них наблюдение позволяет исследователю воспользоваться полученным из первых рук знанием о поведении, представлениях, взаимоотношениях и контексте. Наблюдатель собирает информацию на основании увиденного и услышанного в определенном месте. На-

блюдение может также дополнять другие исследовательские методы. Его можно использовать в дополнение к технологиям «картирования», формированию теорий и идей для будущих исследований и к техникам подтверждения существующих результатов.

Наблюдения могут осуществляться в качестве отдельных мероприятий, являющихся частью экспресс-оценки, а также во время проведения интервью или фокус-групп. Можно дополнить данные, собранные разными методами и из разных источников, организовав, к примеру, интервью в таком месте, где можно сразу провести наблюдение (например, в медицинском учреждении или по месту проживания).

НАБЛЮДЕНИЕ: РЕЗЮМЕ

Наблюдение позволяет исследователю:

- получить *из первых рук* информацию о типах поведения, представлениях, взаимоотношениях и контекстах;
- выполнить систематизированное описание вышеперечисленного;

Наблюдение поможет:

- составить подробную *карту* важнейших мест и лиц исследуемой зоны;
- выявить области и темы для дальнейшего исследования;
- подтвердить и перепроверить гипотезы и результаты, полученные другими методами из других источников данных.

Есть два типа наблюдений:

- *неструктурированные наблюдения* (предназначаются для сбора исходных данных о местной ситуации и типах поведения);
- *структурированные наблюдения* (характеризуются предварительным определением категорий объектов наблюдения).

Ключевое преимущество наблюдения:

- *непосредственность* – риск получить искаженную информацию мал, так как в естественной обстановке люди не склонны представлять себя в выгодном свете, стыдиться своего поведения или болезненно реагировать на посторонних.

Наблюдение поможет получить самые разнообразные данные, при этом на тип данных влияют:

- *избирательность внимания* – интересы, опыт и ожидания исследователя могут оказать влияние на отбор объектов наблюдения;
- *избирательность интерпретации* – исследователь спешит делать выводы;
- *избирательность памяти* – чем больше времени пройдет между наблюдением и записью впечатлений, тем менее точным окажется результат;
- «*эффект наблюдателя*» – сам факт наблюдения может привести к изменению привычных форм поведения.

На ранних стадиях исследования наблюдения могут помочь выявить основные сферы деятельности или места, которые могут представлять потенциальный интерес для экспресс-оценки, а также способствовать пониманию местного контекста употребления веществ и сексуального поведения. Например, можно организовать наблюдение в местах употребления алкоголя; местах приобретения, продажи или употребления веществ; местах сбора секс-работников. Обычно одних наблюдений недостаточно для выявления типов рискованного сексуального поведения.

В ходе экспресс-оценки и ближе к ее завершению наблюдение можно использовать для того, чтобы оценить возможность обобщения и достоверность результатов, полученных из других источников и другими методами, а также для выявления и описания факторов, влияющих на реализацию и эффективность проводимых вмешательств. Особенно полезно проводить наблюдения в медицинских учреждениях и в местах осуществления вмешательств.

Как использовать наблюдения

Для проведения наблюдения команда ЭОР должна решить четыре задачи:

1. Решить, что должно стать объектом наблюдения.
2. Решить, как будут собираться данные.
3. Организовать наблюдение.
4. Начать наблюдение.

Ключевые задачи

ЗАДАЧА 1. Решить, что должно стать объектом наблюдения

Наблюдать можно практически за *чем угодно*. Однако это вовсе не означает, что исследователи должны бессистемно наблюдать за *всем подряд*. Неопытный исследователь может совершить ошибку, пытаясь записать или запомнить каждую деталь ситуации. Он может опасаться пропустить что-нибудь важное или точно не знает, что же действительно представляет интерес.

Исследователи должны концентрировать свое внимание на *конкретных аспектах* ситуации. Обычно это наиболее важные виды деятельности или типы поведения. При этом всегда возможны ситуации, в которых исследователи:

- не уверены в том, какие аспекты являются важными;
- хотя бы подготовить описательный отчет о ситуации для исходного описания контекста;
- хотя бы четко определить, за чем следует и за чем не следует наблюдать.

Чтобы быть уверенным в системности проведения наблюдений, исследователь должен помнить и знать *аспекты наблюдения* (они перечислены ниже). Эти аспекты будут полезны и при разборе записей, сделанных в процессе наблюдения. Записям можно присваивать коды по темам (*тематическая кодировка*), что облегчит анализ результатов.

ПРИМЕР: АСПЕКТЫ НАБЛЮДЕНИЯ

Место	Где проводится наблюдение? В какое время? Какова обстановка? Какие предметы есть в зоне наблюдения?
Люди	Кто присутствует? Что это за люди? Сколько им лет? Почему они находятся здесь?
Деятельность	Что происходит? В какую деятельность вовлечены эти люди?
Знаки	Есть ли какие-либо «ключи», проясняющие значения и типы поведения?
Действия	Что делают люди?
События	Это обычная ситуация? Или это особое событие (собрание, спор, ссора)?
Время	В какой последовательности развиваются события? Есть ли причина именно такой последовательности?
Цели	Чего хотя бы добиться присутствующие?
Связи	Знакомы ли присутствующие друг с другом? Социальные ли это отношения или отношения на коммерческой основе? Меняются ли их отношения со временем?

Если все аспекты трудно охватить в одном наблюдении, необходимо:

- ранжировать все аспекты по степени их значимости для экспресс-оценки и действовать в соответствии с расставленными приоритетами — обычно к такой мере прибегают, если ситуация уникальна или может прерваться в любой момент;
- попросить коллег о помощи — это возможно только в том случае, если такая помощь не повлияет и не прервет наблюдаемую ситуацию;
- вести наблюдение за ограниченным числом аспектов и попытаться повторить наблюдение позднее — это относится к часто повторяемым ситуациям (например, наблюдение за повседневным общением в лечебном центре).

Помощь коллеги может также способствовать повышению достоверности результатов: наблюдения разных исследователей можно впоследствии сравнить.

ЗАДАЧА 2. Решить, как будут собираться данные

Существует два основных метода проведения наблюдений в экспресс-оценке: *неструктурированные* и *структурированные* наблюдения.

Неструктурированные наблюдения

Применяются на *ранних стадиях* экспресс-оценки, когда собираются исходные данные о месте ее проведения и типах поведения. Наблюдатели выявляют различные аспекты ситуации и таким образом изучают обстановку в целом. При этом нужно избегать концентрироваться на каком-то одном аспекте, но и не пропускать значительные события. Впоследствии проведенные наблюдения нужно классифицировать и присвоить им коды в соответствии с наиболее важными темами. Такие наблюдения:

- могут помочь выявить типы поведения, которые не были ранее замечены исследователями или участниками;
- могут проводиться наблюдателями, имеющими профессиональные навыки; подвержены некоторым *погрешностям, вносимым самими наблюдателями*.

Структурированные наблюдения

Структурированные наблюдения проводятся в том случае, когда команда уже решила, какие данные имеют прямое отношение к экспресс-оценке. Такие решения обычно принимаются после предварительного поискового исследования. Для сбора данных необходимо организовать наблюдение за отдельными типами поведения или деятельности — в определенных местах и в определенное время. Исследователи могут использо-

вать *сценарий наблюдения* и *отчетные листы*:

- *Сценарий* содержит информацию по объектам наблюдения. Это могут быть подсказки (на что обратить внимание), особые инструкции (как это сделать) или разъяснение задач.
- *В отчетные листы* (такие листы особенно полезно иметь необученным исследователям) можно занести типы поведения и ситуации, в которых они практикуются.
- *Полевые заметки* — описание процесса наблюдения. Краткие заметки иногда можно делать прямо на месте наблюдения, если участники не возражают. Затем их нужно переписать с подробностями и сделать это как можно быстрее, пока все события еще свежи в памяти наблюдателя.
- *Аудио-, видеозаписи и фотографии* могут повысить качество наблюдения, если против них не возражают наблюдаемые.

Есть три типа структурированных наблюдений: *длительное* наблюдение, *точечное* наблюдение и *выборочная* проверка на месте.

- *Длительное наблюдение*. Иногда исследователю нужно вести непрерывное наблюдение за отдельным событием или местом. Такой тип наблюдения можно применить, например, при изучении моделей поведения и взаимодействия людей, посещающих в течение суток известную точку торговли наркотиками. Исследователь может фиксировать категорию людей, частоту их появления и другие моменты (с какой стороны они приходят, идут ли пешком, приезжают ли на частной машине или такси, как долго остаются и какие типы поведения демонстрируют). Другой вариант подобного типа наблюдения — длительная встреча представителей местной полиции с врачами из лечебных центров: кто присутствовал, что обсуждалось, отношение участников к процессу, наличие и отсутствие конфликтов. Такие наблюдения должны вестись непрерывно в ходе всего процесса и фиксироваться либо в виде заметок в свободной форме, либо в виде записей, вносимых в *отчетный лист* или *полевые заметки*. Преимущества этого типа наблюдений в том, что он может дать подробную и объемную информацию. С другой стороны, они могут утомить исследователя, ведь концентрироваться в течение долгого времени довольно сложно.
- *Точечное наблюдение*. Используется для изучения поведения в течение определенного периода времени. При этом проводится не непрерывное, а выборочное наблюдение, и записи делаются в заранее определенные промежутки времени. Например, наблюдение может осуществляться в течение 60 секунд каждые 10 минут, или в течение 10 минут каждые 3 часа, или дважды в день в течение недели. Обратите внимание, что деятельность может меняться в разное время дня или в различные дни недели.
- *Выборочная проверка на месте*. Обычно это разовое и неожиданное наблюдение. Исследователи приезжают без предупреждения в определенное место, проводят проверку и уезжают. Такие выборочные проверки помогают при изучении *признаков поведения*. Можно изучать определенные предметы (выброшенные емкости из-под напитков, упаковки от наркотиков, шприцы). Можно провести наблю-

дение и за людьми (например, людьми, выходящими из клуба в состоянии интоксикации, что свидетельствует об употреблении веществ в данном заведении). Кроме того, полученная таким образом информация может быть использована для *валидации* результатов интервью или результатов изучения документов, а также для проверки правильности использования исследователями самого метода.

ЗАДАЧА 3. Организовать наблюдение

Любое исследование вряд ли может быть полностью предсказуемым или лишенным неожиданных событий. Однако это не означает, что исследователь не должен планомерно готовиться к наблюдению. Подготовка зависит от *этапа* экспресс-оценки и от выбранного *метода* наблюдения.

- На ранних этапах экспресс-оценки: 1) для подготовки исходной информации о ключевых лицах, местах и типах поведения можно использовать методику картирования; 2) охватить различные географические зоны и обеспечить наблюдение за различными ситуациями можно, поручив разным исследователям наблюдать только за определенными аспектами (типами поведения, районами) — так они смогут установить контакты с местными информантами и заручиться их доверием, и им не придется ограничиваться короткими несвязанными наблюдениями в разных местах; 3) первоначальную полевую работу лучше проводить вместе с ключевыми информантами.
- На промежуточных этапах экспресс-оценки следует подготовить сценарии структурированного наблюдения и, если нужно, отчетные листы, а также определить объекты, время проведения и частоту повторения наблюдений.
- На заключительных этапах экспресс-оценки исследователи могут восполнить «отсутствующие наблюдения» специальными демонстрациями.

ЗАДАЧА 4. Начать наблюдение

В процессе наблюдения исследователи должны быть готовы к следующим трудностям:

В ходе наблюдения:

- Избирательность внимания: интересы, опыт и ожидания исследователя могут оказать влияние на результат наблюдения. Исследователи должны сделать осознанное усилие и не концентрироваться на одном аспекте ситуации (если, конечно, этого не требуют условия проведения наблюдения).
- Избирательность интерпретации: исследователи должны сохранить способность «не судить». Если исследователь слишком быстро приходит к определенным заключениям, это может привести к тому, что его внимание станет избирательным, и он упустит другие важные детали.
- «Эффект наблюдателя»: сам факт наблюдения может заставить людей изменить привычное поведение.

Во время записи данных:

- Слишком мало записей — впоследствии будет трудно вспомнить определенные детали наблюдения.
- Слишком много записей — если исследователь делает очень много записей, это может означать, что он действовал бессистемно, наблюдая за всем подряд.
- Плохие записи — отсутствие ясных и четких записей может сделать дальнейший анализ данных затруднительным.

После наблюдения:

- Избирательность запоминания — исследователь не должен рассчитывать только на свою память. Если исследователь долго откладывает составление отчета о наблюдении, он может упустить ряд деталей и в итоге получить неточный или несодержательный анализ данных.

6.7 Опросы

Введение

В экспресс-оценке опросы используются с целью *дополнить* другие методы сбора данных, *подтвердить* данные, полученных другими методами, и *обеспечить* исходные данные для будущей оценки вмешательств. Опросы редко применяются в качестве поисковых методов, однако они могут быть полезны при отборе целевых групп и составлении выборки для глубинных интервью и фокус-групп.

Опросы лучше проводить уже после *первоначальных* интервью, фокус-групп и наблюдений. Описательные данные, полученные другими методами, можно использовать для разработки инструментов опросов, которые — в контексте экспресс-оценки — должны быть краткими и относительно простыми для анализа. При планировании или использовании опросов важно помнить, что главная цель экспресс-оценки — это сбор данных, имеющих практическое значение для осуществления вмешательства.

ОПРОСЫ: РЕЗЮМЕ

Опросы в ЭОР проводятся с целью:

- дополнить или подтвердить результаты, полученные при помощи других методов сбора данных;
- отобрать респондентов: опросы помогают выявить отдельные группы или популяции и быстро определить, подходит ли данный респондент для участия в исследовании;
- обеспечить исходные данные: опросы помогают оценить изменения, произошедшие за заданный период времени.

Опросы ЭОР могут отличаться от традиционных исследовательских опросов, так как они:

- как правило, сконцентрированы на ограниченном количестве вопросов;
- не требуют построения репрезентативных выборок;
- используют простые аналитические техники и количественные описания.

Подготовка к опросу состоит из шести шагов:

- Определить цель (цели) и подразделы исследования.
- Согласовать выборку.
- Согласовать техники сбора данных.
- Определить тип и формулировку вопросов.
- Определить порядок вопросов и разработать макет анкеты.
- Протестировать анкету и подготовить ее окончательный вариант.

Организация опросов:

- на раннем этапе команда ЭОР должна решить, как анкеты будут *распространяться* среди респондентов;
- команда должна обдумать порядок *возврата* анкет и *мониторинг* опроса;
- необходимо обучить интервьюеров, особенно если они представляют местное сообщество;
- команда ЭОР должна позаботиться о необходимых вспомогательных ресурсах.

Роль интервьюера

Интервьюер должен:

- хорошо знать анкету;
- придерживаться заданной формулировки вопроса;
- точно записывать ответы.

Данные можно обрабатывать двумя способами:

- занести данные в учетный лист: это позволит команде ЭОР подготовить наглядный обзор ответов;
- с помощью компьютерной программы: это упростит ввод и анализ данных.

Не будучи подкрепленными другими методами, опросы обычно не дают адекватных данных для проведения необходимых вмешательств. В экспресс-оценке опросы чаще используются в качестве *дополнения* к данным, полученным после проведения интервью, фокус-групп и наблюдений. Обычно применение опросов наиболее эффективно, если анкеты разрабатываются на основе результатов, полученных в ходе использования других методов, а сам опрос проводится среди представителей *целевых* выборок исследуемой популяции (например, клиентов какого-либо учреждения здравоохранения или потребителей наркотиков из одного района).

Наиболее эффективно опросы применяются с целью изучения последствий для здоровья, оценки риска и вмешательств (см. разделы 4.4, 4.5, 4.6). Они поставляют данные о распространенности и характере употребления веществ и типов сексуального поведения; распространенности и характере рискованного сексуального поведения и связанных с ним негативных последствий для здоровья; распространенности и характере вмешательств. Например, в ходе опроса, посвященного рискованному сексуальному поведению, можно собрать количественные или анкетные данные по следующим пунктам: *доля* лиц в выборке, вовлеченных в рискованное поведение; *частота* практик рискованного поведения; *число случаев* рискованного поведения; *число лиц*, практикующих рискованное поведение; основные *различия* типов поведения в рамках данной выборки.

Использование опросов в ходе ЭОР отличается от их применения в традиционных социологических или медицинских исследованиях. Опросы ЭОР:

- *отличаются краткостью*: типичные опросы ЭОР содержат ограниченное число вопросов; короткие опросы экономят ресурсы, необходимые для сбора, обработки данных и подготовки анкет; такие опросы проще организовывать в ходе работы на местах.
- *не основаны на процедуре составления репрезентативных выборок*: «скрытность» популяций потребителей наркотиков и секс-работников в сочетании с ограниченностью времени и малыми размерами используемых выборок препятствуют применению методов репрезентативного и случайного составления выборок; в опросах экспресс-оценки целесообразно исследовать уже существующие выборки небольших размеров.
- *основаны на простых аналитических техниках*: полученные в ходе опросов данные необходимо быстро включить в экспресс-оценку, для чего важно наладить оперативную обратную связь; впоследствии команда может провести более сложные аналитические процедуры по выявлению ста-

тистических связей между переменными, однако в ходе экспресс-оценки легче ограничиться простыми количественными описаниями.

Как использовать опросы

Для проведения опросов команде ЭОР предстоит решить как минимум шесть ключевых задач:

1. Определить цель (цели) и подразделы исследования.
2. Согласовать выборку.
3. Согласовать техники сбора данных.
4. Определить тип и формулировку вопросов.
5. Определить порядок вопросов и разработать макет анкеты.
6. Протестировать анкету и подготовить ее окончательный вариант.

ЗАДАЧА 1. Определить цель (цели) и подразделы исследования

Команда ЭОР должна разбить общую тему исследования (например, употребление алкоголя секс-работниками) на отдельные исследовательские цели или разделы, которые определяют общее направление опроса. Затем необходимо составить более подробный список подразделов. Важно, чтобы цели опроса не охватывали больше двух или трех областей (здесь могут оказаться полезными модули оценки, представленные в руководстве). При проведении опросов нужно стремиться использовать результаты и данные, полученные *другими методами*. После определения цели (целей) опроса следует составить предварительный список подразделов. Этот список пригодится для определения и формулирования вопросов будущих анкет.

ЗАДАЧА 2. Согласовать выборку

Выборка — это число случаев из определенной изучаемой популяции. В модуле 6.3 представлены дополнительные сведения о способах формирования выборки. При определении выборки команда ЭОР должна учитывать следующее:

- *Какая популяция исследуется*: например, определенное количество уличных детей в местном сообществе; лица, употребляющие алкоголь в сочетании с кокаином; секс-работники одного «дома терпимости».
- *Насколько данная выборка репрезентативна для данной популяции*: поскольку выборка — это определенное количество представителей исследуемой популяции (например, 10 из 100 секс-работников данного публичного дома), необходимо выяснить, насколько она *репрезентативна* по отношению к более широкой изучаемой популяции (например, представительность по возрасту, полу, месту жительства).

- *Какого размера выборку использовать*: поскольку цель опросов ЭОР — быстрый и недорогой сбор информации от большего числа респондентов, чем в случае применения качественных методов, необходимо согласовать *целевые размеры выборки*; при этом команда исследователей получит ясное представление об ожидаемых результатах и времени на формирование выборки (например, проводится опрос потребителей кокаина: при пяти действующих на местах работниках, каждый из которых ежедневно в течение недели должен отобрать по четыре потребителя кокаина, целевой размер выборки составит 140 человек).
- *Как выгоднее распределить ресурсы*: разработка и проведение опроса зависят от имеющихся человеческих и материальных ресурсов.

Выявить наиболее подходящие методы составления выборки можно, организовав поисковое исследование до проведения опроса. Например, вы решили провести опрос в региональных неправительственных организациях (НПО), занимающихся несовершеннолетними секс-работниками, а они в этом месяце проводят совещание по планированию с участием всех региональных НПО. Вы можете воспользоваться представившейся возможностью для распространения анкеты.

ЗАДАЧА 3. Согласовать техники сбора данных

Опросы можно проводить двумя основными способами: с помощью анкет, самостоятельно заполняемых респондентами, и анкет, используемых для структурирования и записи результатов личных интервью.

Анкеты для самостоятельного заполнения бывают двух видов: одни заполняются сразу же после раздачи, а другие забираются респондентами и возвращаются заполненными. Поскольку опросы должны быть по возможности краткими, а респонденты часто не возвращают полученные анкеты, в ходе экспресс-оценки лучше настаивать на немедленном заполнении. *Преимущества* самостоятельно заполняемых анкет: они меньше подвержены возможному искажению по вине интервьюера; опросы с их использованием требуют меньше времени и ресурсов, чем при заполнении анкет исследователями. *Недостатки* самостоятельно заполняемых анкет: исследователи не имеют возможности проверить или прояснить ответ, который кажется им непонятным; они не подходят для лиц, имеющих проблемы с чтением или письмом; при их использовании обязательно нужно давать четкие инструкции по заполнению.

Анкеты, заполняемые исследователями, используются в опросах, проводимых методом личного интервью. Исследователи сами вносят ответы в анкету. Обычно

исследователь задает вопросы в том порядке, в котором они перечислены, и полностью записывает все ответы на них. *Преимущества* применения таких анкет: непонятные ответы могут быть тут же уточнены; такой вид опроса удобен при работе с малограмотными людьми. *Недостатки*: заполнение таких анкет может занимать много времени, при этом есть вероятность привнесения погрешности, связанной с интервьюером.

ЗАДАЧА 4. Определить тип и формулировку вопросов

К этому этапу вы уже должны идентифицировать цели исследования и составить более подробный список подразделов. При составлении вопросов по каждому подразделу необходимо помнить о том, что существует три типа вопросов: *открытые* (на них респонденты могут отвечать свободно, без всяких ограничений, используя для ответа необходимое количество слов); *закрытые* (предлагают два или более вариантов ответов, из которых респонденты должны выбрать один наиболее соответствующий их точке зрения) и *шкалированные* (предусматривают оценочную шкалу для измерения ответов, например, «полностью согласен»; «согласен»; «не согласен, но и не против»; «не согласен»; «полностью не согласен»). Тип вопросов отражается не только в способе их изложения, он также влияет на длительность и тип ответов, на время, необходимое исследователю для кодирования этих ответов, и на процедуру анализа данных. В таблице, представленной ниже, показаны несколько разных типов вопросов и основные преимущества и недостатки каждого из них.

Теперь вы должны обратиться к составленному ранее предварительному списку подразделов и на его основе сформулировать вопросы, которые войдут в анкету. Каждый вопрос должен быть прост и понятен респонденту.

Во-первых, избегайте *двусмысленности*. Используйте понятные и конкретные формулировки. Если вы используете нечеткие формулировки, вопрос может быть понятен не так, как вы хотели, что может привести к получению дезориентирующих и неточных данных.

Во-вторых, избегайте *сложностей*. Используйте простые и привычные формулировки. Если вам нужно использовать технический или непривычный термин (например, «перинатальная передача»), обязательно объясните, что это значит.

В-третьих, избегайте «двойных» вопросов. Это два разных вопроса, включенных в одну общую формулировку. Например: «Что вы думаете по поводу теперешней доступности алкоголя по сравнению с ситуацией пять лет назад?» Для ответа на этот вопрос респондент должен обдумать, насколько алкоголь доступен сегодня, и рассмотреть ситуацию пятилетней давности, а затем уже провести сравнение. При закрытом во-

просе это может привести к его неправильной интерпретации, а при открытом — к очень длинным ответам. Проще задать несколько коротких вопросов: «Насколько, по вашему мнению, доступен алкоголь?», «Насколько алкоголь был доступен пять лет назад?», «Какова сегодняшняя ситуация по сравнению с ситуацией пятилетней давности?»

ТИПЫ ОПРОСОВ

Есть два основных типа опросов: это так называемые продольные (лонгитудные) и поперечные опросы. Одна и та же анкета может использоваться для обоих типов опросов.

ПРОДОЛЬНЫЕ ОПРОСЫ

Продольные опросы проводятся с одной и той же группой людей на протяжении определенного периода и повторяются через определенные промежутки времени. Они позволяют оценить распространенность и природу изменений, а также решающие факторы или причины, определяющие те или иные последствия разных типов поведения. Для их проведения необходимо, чтобы между двумя опросами прошло время, достаточное для замера изменений в поведении. На начальном этапе экспресс-оценки такого времени нет.

Когда же процесс оценки ситуации, разработки и внедрения вмешательств уже инициирован и осуществляется, повторное применение анкеты поможет оценить воздействие вмешательства. Для этого опросы необходимо проводить в строго определенное время и использовать для этого технику сравнения выборок. Такие опросы должны предоставить данные, позволяющие измерить распространенность рискованного поведения в определенный период времени.

Общераспространенная стратегия оценки заключается в одновременном ведении двух выборок, при этом только одна из них вовлекается в определенное вмешательство после получения исходных данных по ней. Сравнивая изменения в поведении подверженной и не подверженной вмешательству групп, выявляют изменения, связанные именно с конкретным вмешательством, а не с другими факторами, влияющими на изменения в поведении — например, с кампаниями в СМИ.

ПОПЕРЕЧНЫЕ ОПРОСЫ

Поперечные опросы позволяют исследовать «поперечный срез» изучаемой популяции в определенный момент времени. Это однократные исследования, они не могут дать выводы, относящиеся к причинным связям, и не позволяют установить точное направление связей между причиной и следствием, поскольку не рассчитаны на длительное проведение и измерение «критического числа новых случаев». При этом они дают данные по статистическим связям между типом поведения и результатами. Проводя оценку, важно помнить об этом. Например, опросы не могут предоставить данные, позволяющие оценить, является ли алкоголь «причиной» незащищенного секса. Они могут только продемонстрировать тот факт, что употребление алкоголя каким-то образом связано с незащищенным сексом.

Использование поперечных опросов в процессе экспресс-оценки должно определяться объемом практически значимых для разработки вмешательств данных, которые могут быть получены с их помощью — в сочетании с другими методами. Учитывая ресурсы и время, доступные в ходе экспресс-оценки, можно рекомендовать проведение опросов на малых целевых выборках и с использованием исследовательских инструментов, не требующих длительного времени для применения.

В-четвертых, избегайте *наводящих вопросов*. Это вопросы, которые побуждают респондента отвечать определенным образом. Например, вопрос: «Почему вам нравится героин?» может побудить участника к перечислению только положительных аспектов употребления этого наркотика. В этом случае вопрос: «Что вы думаете о героине?» может дать более сбалансированные ответы.

В-пятых, избегайте *вопросов, требующих проведения серьезных подсчетов в уме*. Например, вопрос: «Сколько алкогольных напитков вы выпили в прошлом году?» может привести в ответе к серьезной недооценке или переоценке реального количества. Вместо этого лучше спросить респондента, сколько раз он пил на прошлой неделе или в прошлом месяце и умножить полученный ответ на 52 или на 12.

В-шестых, избегайте *несбалансированных вопросов*. В вопросах, дающих несколько вариантов ответов, распространенная ошибка заключается в наличии одной «концепции» (например, прочности презерватива в следующем примере), которая определяется несколькими синонимичными словами. Например, «Какие из следующих характеристик презерватива важнее всего для вас при его покупке: а) цена, б) длительность действия, в) толщина, г) запах, д) прочность?». В данном вопросе под определение прочности презерватива с равным успехом подходят три термина — длительность действия, толщина и прочность.

ЗАДАЧА 5. Определить порядок вопросов и разработать макет анкеты

Порядок, в котором вопросы будут заданы, может играть не менее значительную роль, чем их формулировка. Важно, чтобы вопросы следовали в логическом порядке таким образом, чтобы:

- *сразу же вовлечь респондента в опрос*: цель первого вопроса — заинтересовать респондента в ответе на все последующие вопросы, при этом первый вопрос не должен затрагивать противоречивые или деликатные проблемы, так как это может привести к отказу отвечать или погрешностям;
- *сложность задаваемых респонденту вопросов постепенно возрастала*: в первой части опроса лучше задавать простые вопросы (например, если в начале задать вопрос, требующий для ответа серьезного напряжения памяти, респондент может подумать, что и все остальные вопросы потребуют таких же усилий и времени, после чего откажется продолжать работу или бездумно ответит на остальные вопросы);

- *личные вопросы не выступали на первом плане*: в этом случае респондент также может отказаться от участия в опросе; вопросы относительно социально-демографических характеристик лучше задавать ближе к концу опроса.

Если вы планируете провести обширное исследование, лучше сформулировать общую проблему в начале опроса, чтобы позднее вернуться к ней для получения более подробной информации. Если необходимо затронуть несколько разных тем в одной анкете, можно включить в нее *комментарий* (который может прочитать интервьюер или сам респондент), поясняющий, почему вы хотите снова вернуться к проблеме и углубить ее или перейти к другой теме.

Дополнительный фактор, связанный с порядком вопросов в длинных опросах, — это так называемые переходы. Они представляют собой напечатанные в анкете инструкции для интервьюера, подсказывающие ему, к какому вопросу или действию переходить. Переходы используются, если на вопрос можно дать несколько ответов, и исследователь заинтересован в более детальной проработке одного или некоторых из них.

В макет анкеты необходимо включить:

- *название исследования и организации*, проводящей исследование;
- *общие инструкции* по заполнению: они могут быть адресованы либо респонденту, либо проводящему опрос интервьюеру;
- *особые инструкции*, если какой-то вопрос требует непривычных приемов заполнения анкеты: например, особым инструкциям может потребоваться просьба водителям-дальнобойщикам нарисовать карту дороги (с целью впоследствии сверить ее с картой мест нахождения секс-работников).

Макет анкеты должен быть:

- *ясным*: не размещайте слишком много информации на одном листе; если вы используете открытые вопросы, оставьте достаточно места для длинных ответов (и укажите, что респонденты могут воспользоваться отдельным листом бумаги, если места для их ответа недостаточно);
- *легко читаемым*: по возможности не используйте анкеты, написанные от руки; печатные анкеты набирайте крупным и хорошо читаемым шрифтом.

Вопросы должны быть:

- *прономерованными*: это позволит избежать случайных пропусков отдельных вопросов; с той же целью все самостоятельные части вопросов или подвопросы должны быть *помечены буквами*;
- *законченными*: старайтесь избегать переноса части вопроса или вопроса и места для ответа со страницы на страницу.

ЗАДАЧА 6. Протестировать анкету и подготовить ее окончательный вариант

Перед использованием анкету лучше протестировать. Это предполагает проверку анкеты с участием команды экспресс-оценки и ключевых информантов. Ваша главная задача – оценить, сможет ли анкета собрать информацию, в которой вы нуждаетесь. Здесь можно обратиться к подсказкам, изложенным для этапов 1–5 данного модуля.

Иногда бывает целесообразно провести *предварительное тестирование* анкеты, когда респонденты из исследуемой группы населения заранее отвечают на вопросы анкеты (как они делали бы это в ходе полевой работы). Это поможет выявить неудачные или плохо сформулированные вопросы, неправильное толкование или подразделы, которые необходимо включить дополнительно. Предварительное тестирование поможет также определить продолжительность исследования.

Организация опросов

На начальной стадии вы должны решить, как будет осуществляться *раздача* анкет респондентам. Есть несколько вариантов: можно раздавать их там, где собираются представители исследуемой популяции (например, в медицинских центрах или, соблюдая осторожность, в известных точках торговли наркотиками); распространять через ключевых информантов или местных интервьюеров (обычно рассматривается вопрос о привлечении к такой работе лиц, входящих в исследуемую популяцию).

Также необходимо продумать, как респонденты будут *возвращать* заполненные анкеты. Если анкета небольшая, чаще всего исследователи настаивают на немедленном заполнении. Если это невозможно, постарайтесь максимально упростить процедуру возврата анкет (можно назначить определенное время или место). При использовании некоторых методов организации выборки (в частности, квотированного, при котором определенное число анкет должно быть возвращено каждой из исследуемых групп) следует *отслеживать* число анкет, возвращенных каждой группой. Некоторые исследователи утверждают, что использование небольшого вознаграждения, например, еды или на-

питков, повышает процент возвращенных анкет.

Если вы используете интервьюеров, их следует *обучить*. Это особенно важно, если вы работаете с *местными интервьюерами*, не имеющими опыта исследований. В курс обучения следует включить объяснение целей и задач опроса; чтение анкеты в группе, в ходе которого преподаватель разъясняет каждый вопрос и дает ответы на вопросы интервьюеров; практические занятия – интервьюеры опрашивают друг друга.

Перед проведением опроса нужно постараться учесть все необходимые ресурсы, которые могут понадобиться (раздать ручки или карандаши респондентам/интервьюерам, проверить наличие резервных экземпляров анкет, решить вопросы, связанные с компьютерной обработкой данных, их анализом и быстрым распространением).

Роль интервьюера

Интервьюеры могут оказывать значительное влияние на заполнение анкет. Вот почему важно, чтобы они:

- *были хорошо знакомы с анкетой* – иначе они могут допустить ошибку, потратить слишком много времени на переход от вопроса к вопросу или от раздела к разделу, произвести плохое впечатление на респондентов;
- *дословно зачитывали вопрос* – получение сравнимых данных – одно из преимуществ опроса, однако перефразирование вопросов может снизить сравнимость данных;
- *дословно записывали ответы* – интервьюер должен записывать ответ респондента слово в слово; при использовании закрытых вопросов это несложно, но в случае открытых вопросов обобщения могут исказить ответы респондентов.

Обработка результатов опросов

Результаты можно обработать двумя методами: на учетных листах (в предварительно составленных таблицах) или в компьютерной программе. Учетные листы позволяют команде экспресс-оценки получить наглядный обзор всех ответов. На каждом листе указываются один вопрос и все варианты данных на него ответов. По мере рассмотрения очередной анкеты можно ставить на учетных листах специальные пометки, галочки или заносить новые данные. Похожая методика может применяться и при использовании компьютерных программ типа Epi-Info и Excel.

БИБЛИОГРАФИЯ

Введение

1. Manderson L, and Aaby P. (1992) An epidemic in the field? Rapid assessment procedures and health research. *Social Science and Medicine*; 35:839-50.
2. Rhodes T, Stimson GV, Fitch C, Ball A, and Renton A. (1999) Rapid assessment, injecting drug use, and public health. *The Lancet*; 354:65-68.
3. Scrimshaw SCM, and Hurtado E. (1997) Rapid assessment procedures for nutrition and primary health care. Anthropological approaches to improving programme effectiveness. The United Nations University: Tokyo.
4. Rhodes, T, Fitch C, Stimson GV (forthcoming). The Role of Rapid Assessment and Response in HIV Prevention: Principles and Practices. UNAIDS, 2003.
5. Rhodes, T and Davies M (forthcoming). Substance Use and Sexual Risk Behaviour: A Review of the Evidence (UNAIDS, 2003).
6. World Health Organization. (1998) The Rapid Assessment and Response Guide on Injecting Drug Use (draft for field-testing). Geneva: WHO.
7. International HIV/AIDS Alliance (forthcoming). HIV and Drug Use: A Toolkit on Participatory Assessment and Response, London: International HIV/AIDS Alliance.
8. Rhodes, T, Kumar, S, and Fitch, C. (2000) Special issue journal on Rapid Assessment and Response. *International Journal of Drug Policy*; 11; 1-2.

Раздел 2.1: Экспресс-оценка и реагирование

1. Manderson L and Aaby P. (1992) An epidemic in the field? Rapid assessment procedures and health research. *Social Science and Medicine*; 35:839-50.
2. Rhodes T, Stimson GV, Fitch C, Ball A, and Renton A. (1999) Rapid assessment, injecting drug use, and public health. *The Lancet*; 354:65-68.
3. Scrimshaw SCM, and Hurtado E. (1997) Rapid assessment procedures for nutrition and primary health care. Anthropological approaches to improving programme effectiveness. The United Nations University: Tokyo.
4. Fitch C, Rhodes T, and Stimson. (2000) Origins of an epidemic: the methodological and political emergence of rapid assessment. *International Journal of Drug Policy*; 11: 63-82, 2000.
5. Chambers R. (1981) Rapid rural appraisal: rationale and repertoire. *Public Administration Development*, 1: 95-106.
6. Manderson L, and Aaby P. (1992) Can rapid anthropological procedures be applied to tropical diseases? *Health Policy and Planning*; 71(1): 46-55.
7. Scrimshaw SCM. (1992) Adaptation of anthropological methodologies to rapid assessment of nutrition and primary health care. In Scrimshaw NS, Gleason GR, eds. *Rapid assessment procedures: qualitative methodologies for planning and evaluation of health related programmes*. Boston, MA: International Nutrition Foundation for Developing Countries, 24-38.
8. Selwyn BJ, Frerichs RR, Smith GS, and Olson J. (1989) Rapid epidemiologic assessment: the evolution of a new discipline – introduction. *International Journal of Epidemiology*; 18, Suppl. 2, S1.
9. Kirk M, Hoban E, Dunne A, and Manderson, L. (1998) Barriers to and Appropriate Delivery Systems for Cervical Cancer Screening in Indigenous Communities in Queensland: Final Report. Brisbane: Government Press.
10. Almedon AM, Blumenthal U, and Manderson L. (1992) Hygiene evaluation procedures and health research. *Social Science and Medicine*, 35: 839-850.
11. Aspray TJ, Sookram C, Unwin N et al. (1999) Health needs assessment in low and middle income countries: can rapid evaluation methods be used to assess health services for non-communicable diseases? Unpublished report.
12. World Health Organization. (1998) The Rapid Assessment and Response Guide on Injecting Drug Use (draft for field-testing). Geneva: WHO.

13. World Health Organization and the United Nations International Children's Education Fund. (1998) The Rapid Assessment and Response Guide on Psychoactive Substance Use and Especially Vulnerable Young People (draft for field-testing). Geneva: WHO and UNICEF.
14. Needle RN, Goosby E, Bates C, Von Zinkernagel D, and Trotter R. (1999) Rapid assessment, response and evaluation (RARE): a public health strategy to reduce the impact of communities. National HIV Prevention Conference, Aug 29-Sep 1 [Abstract 525].
15. Balakireva O, and Varban M. (2001) Rapid Assessment and Response in Kharkiv, Ukraine: WHO Phase II Drug Injecting Study., Ukrainian Social Research Institute.
16. Rhodes T, Ball A, Stimson G, Kobyschka Y, Fitch C, Pokrovskiy V, Bezruchenko-Novachuk M, Burrows D, Renton A, and Andrushchak L. (1999) HIV infection associated with drug injecting in the Newly Independent States, eastern Europe: the social and economic context of epidemics. *Addiction*; 94; 9: 1323-1336.
17. Tichonova, L, Borisenko, K., Ward, H., Meheus, A., Gromyko, A. and Renton, A. (1998) Epidemics of syphilis in the Russian Federation: trends, origins and priorities for control, *Lancet*, 350: 210-213.

Раздел 2.2: Разработка вмешательства

1. Mesquita F, Bueno R, Araujo PJ, Piconez D, Turienzo L G, and Haddad IMT. (2000) Rapidly responding to injecting drug use and HIV in Brazil: a field-report from Sao Vicente, Sao Paulo State. *International Journal of Drug Policy*; 11: 133-144.

Раздел 2.4: Участие сообщества

1. Gordon JD, Gordon DD, Widjaya A, and Deakin S. (2000) Rapid Assessment on Drug Abuse and HIV/AIDS/HCV by Drug Addicts in Recovery (unpublished report).
2. Kumar MS, Mudaliar S, Thyagarajan SP, Kumar S, Selvanayagam A, and Daniels D. (2000) Rapid assessment and response to injecting drug use in Madras, south India. *International Journal of Drug Policy*; 11: 83-98.

Раздел 2.5: Употребление веществ и рискованное сексуальное поведение

1. Des Jarlais, D. C., Friedman, S. R., Choopanya, K. et al (1992) International epidemiology of HIV and AIDS among injecting drug users, *AIDS*, 6: 1053-1068.
2. Rhodes, T., Myers, T., Bueno, R., Millson, M. and Hunter, G. M. (1998) Drug injecting and sexual safety: cross-national comparisons among cocaine and opioid injectors, in Stimson, G. V., Ball, A. and Des Jarlais, D. C. (eds) *Drug Injecting and HIV Infection*, London: Taylor and Francis.
3. Friedman, S., Des Jarlais, D. C., Ward, T., Jose, B. et al (1994) Drug injectors and heterosexual AIDS, in Sherr, L. (ed) *Heterosexual AIDS*, Switzerland: Harwood.
4. Marx, R., Aral, S. O., Rolfs, R. T., Sterk, C. E. and Kahn, J. G. (1991) Crack, sex and STD, *Sexually Transmitted Diseases*, 18: 92-101.
5. Reinerman, C. and Leigh, B. (1988) Culture, cognition and disinhibition: notes on sexuality in the age of AIDS, *Contemporary Drug Problems*, 435-460.
6. Rhodes, T. (1996) Culture, drugs and unsafe sex: confusion about causation, *Addiction*, 91: 753-758.
7. Leonard, L. and Ross, M. (1997), 'The last sexual encounter: the contextualisation of sexual risk behaviour', *International Journal of STD and AIDS*, 8, 10, 643-645.
8. Bagnall, G. and Plant, M. (1991), 'HIV/AIDS risks, alcohol and illicit drug use among young adults in areas of high and low rates of HIV infection', *AIDS Care*, 3, 4, 355-361.
9. Rhodes, T. and Stimson, G. V. (1994) What is the relationship between drug taking and sexual risk? *Sociology of Health and Illness*, 16: 209-228.

10. Leigh, B. (1990) The relationship of substance use during sex to high-risk sexual behaviour, *Journal of Sex Research*, 27: 129-145.
11. Donovan, C. and McEwan, R. (1995) A review of the literature examining the relationship between alcohol use and HIV-related sexual risk-taking in young people, *Addiction*, 90,: 319-328.
12. Leigh, B. (1990) The relationship of sex-related alcohol expectancies to alcohol consumption and sexual behaviour, *International Journal of the Addictions*, 28: 47-61.
13. McEwan, R., McCallum, A., Bhopal, R. and Madnock, R. (1992) Sex and HIV infection: the role of alcohol, *British Journal of Addiction*, 87: 577-584.
14. Paul, J., Stall, R. and Davis, F. (1993) Sexual risk for HIV transmission among gay/bisexual men in substance-abuse treatment, *AIDS Education and Prevention*, 5: 11-24.
15. Johnson, A., Wadsworth, J., Wellings, K. and Field, J. (1994) *Sexual attitudes and lifestyles*, Oxford, Blackwell.
16. Mudaliar, S. (2000), 'Longitudinal changes in injection risk behaviours in a cohort of injection drug users at Madras, India', XIII International Conference on AIDS, Geneva.
17. Bailey, S., Pollock, N., Martin, C. and Lynch, K. (1999), 'Risky sexual behaviours among adolescents with alcohol disorders', *Journal of Adolescent Health*, 25, 179-181.
18. Bellis, M., Hale, G., Bennett, A., Chaudry, M. and Kilfoyle, M. (2000) Ibiza uncovered: changes in substance use and sexual behaviour amongst young people visiting an international night-life spot, *International Journal of Drug Policy*, 11: 235-244.
19. Caceres, C., Marin, B., Hudes, E., Reingold, A. and Rosasco, A. (1997) Young people and the structure of sexual risks in Lima, *AIDS*, 11, suppl 1: S67-S77.
20. Cunningham, I., Beltrin, J., Mattei, H. and Perez Jimenez, E. (2000) Normative beliefs and attitudes as they relate to sexual practices of Puerto Rican university students, XIII International Conference on AIDS, Durban.
21. Traeen, B. and Kvalem, I. (1996), 'Sex under the influence of alcohol among Norwegian adolescents', *Addiction*, 91, 7, 995-1006.
22. Castilla, J., Barrio, G., Belza, M. and de la Fuente, L. (1999), 'Drug and alcohol consumption and sexual risk behaviour among young adults: results from a national survey', *Drug and Alcohol Dependence*, 56, 47-53.
23. NIMH-Multisite-HIV-Prevention-Trial (1997), 'Demographic and behavioural predictors of sexual risk in a multisite prevention trial', *AIDS*, 11, Supplement 2, S21-S27.
24. Rasch, R., Weisen, C., MacDonald, B., Wechsberg, W., Perritt, R. and Dennis, M. (2000), 'Patterns of HIV risk and alcohol use among African-American crack users', *Drug and Alcohol Dependence*, 58, 259-266.
25. Wingwood, G. and DiClemente, R. (1998), 'The influence of psychosocial factors, alcohol, drug use on African-American women's high-risk sexual behaviour', *American Journal of Preventive Medicine*, 15, 1, 54-59
26. Latkin, C., Mandell, W. and Vlahov, D. (1996) The relationship between risk networks' patterns of crack cocaine and alcohol consumption and HIV-related sexual behaviours among adult injection drug users: a prospective study, *Drug and Alcohol Dependence*
27. Van Dam, J., Ballard, R., Neilssen, G., Williams, B., Gilgen, D., Ye, T., Fehler, G., Radebe, F. and Tskabala, V. (2000) STD and HIV infection in Carltonville, South Africa: a community-based survey, XIII International Conference on AIDS, Durban.
28. Kippax, S., Campbell, D., Van de Ven, P., Crawford, J., Prestage, G., Knox, S., Culpin, A., Kaldor, J. and Kinder, P. (1998) Cultures of sexual adventurism as markers of HIV seroconversion: a case control study in a cohort of Sydney gay men, *AIDS Care*, 10, 6: 677-688.
29. Weatherburn, P., Davies, P. M., Hickson, F. C. I., Hunt, A. J. et al (1993) No connection between alcohol use and unsafe sex among gay and bisexual men, *AIDS*, 7: 115-119.

30. Bolton, R., Vincke, J., Mak, R. and Dennehy, E. (1992) Alcohol and risky sex: in search of an elusive connection, *Medical Anthropology*, 14: 323-363.
31. Gwati, B., Gali, A. and Todd, C. H. (1995) Risk factors for sexually transmitted disease amongst men in Harare, Zimbabwe, *Central African Journal of Medicine*, 42: 128-134.
32. Wilson, D., Lavelle, S., Mackokoto, S. and Armstrong, M. (1996) Use of a retrospective timeline calendar to examine alcohol use, sexual behaviour and condom use among Zimbabwean men [unpublished manuscript].
33. Wilson, D., Sibanda, B., Mboyi, L., Msimanga, S. and Dube, G. (1990) A pilot study for an HIV prevention programme among commercial sex workers in Bulawayo, Zimbabwe, *Social Science and Medicine*, 31: 609-618.
34. Bassett, M. T. and Mhloyi, M. (1991) Women and AIDS in Zimbabwe: the making of an epidemic, *International Journal of Health Services*, 21: 143-156.
35. Bianchi, G., Weiler, G., Luksik, I., Popper, M., Supekova, N. and Saxena, S. (2000) Interaction of substance use and sexual risk taking: behavioural patterns in the Slovak Army, XIII International Conference on AIDS, Durban.
36. Cleland, J. and Ferry, B. (1995) *Sexual behaviour and AIDS in the developing world*, (London, Taylor & Francis). 37. Chaisson, M. A., Stoneburner, R L., Hilderbrandt, W. E. et al (1991) Heterosexual transmission of HIV-1 associated with the use of smokable freebase cocaine (crack), *AIDS*, 5: 1121-1126.
38. Anthony, J. C., Vlahov, D., Nelson, K. E., Cohn, S., Asteremborski, J. and Soloman, L. (1991) New evidence on intravenous cocaine use and the risk of infection with human immunodeficiency virus type 1, *American Journal of Epidemiology*, 134: 1175-1189.
39. Chirwin, K., Dehovitz, J. A., Dillon, A. and McCormack, W. M. (1991) HIV infection, genital ulcer disease and crack cocaine use among patients attending a clinic for sexually transmitted diseases, *American Journal of Public Health*, 81: 1576-1579.
40. Lima, E. S., Friedman, S. R., Bastos, F. I et al (1994) Risk factors for HIV-1 seroprevalence among drug injectors in the cocaine-using environment of Rio de Janeiro, *Addiction*, 89: 689-698.
41. Caslyn, D., Saxon, A., Wells, E. and Greenberg, D. (1992) Longitudinal sexual behaviour changes in injecting drug users, *AIDS*, 6: 1207-1211.
42. Hoffman, J., Klein, H., Eber, M. and Crosby, H. (2000) Frequency and intensity of crack use as predictors of women's involvement in HIV-related sexual risk behaviours, *Drug and Alcohol Dependence*, 58: 227-236.
43. Strang, J., Powis, B., Griffiths, P. and Gossop, M. (1994) Heterosexual vaginal and anal intercourse amongst London heroin and cocaine users, *International Journal of STD and AIDS*, 5: 368/1-368/4.
44. Surratt, H. (2000) Indigence, marginalisation and HIV infection among Brazilian cocaine users, *Drug and Alcohol Dependence*, 58: 267-274.
45. Chitwood, D. and Comerford, M. (1990) Drugs, sex and AIDS risk, *American Behavioural Scientist*, 33: 465-477.
46. Booth, R. E., Watters, J. K. and Chitwood, D. D. (1993) HIV risk-related sex behaviors among injection drug users, crack smokers, and injection drug users who smoke crack, *American Journal of Public Health*, 83: 1144-1148.
47. Watters, J. and Cuthbert, M. (1992) Crack cocaine and associated risks for HIV-1 infection in female injecting drug users in San Francisco, California, 8th International Conference on AIDS, Amsterdam.
48. DeHovitz, J., Kelly, P., Feldman, J., Sierra, M., Clarke, L., Bromberg, J., Wan, J., Vermund, S. and Landesman, S. (1994) Sexually transmitted diseases, sexual behaviour and cocaine use in inner-city women, *American Journal of Epidemiology*, 140 (12): 1125-1134.
49. Chaisson, R., Bacchetti, P., Osmond, D., Brodie, B., Sande, M. and Moss, A. (1989) Cocaine use and HIV infection in intravenous drug users in San Francisco, *Journal of the American Medical Association*, 261, 4: 561.
50. Dunn, J. and Laranjeira, R. (2000) HIV-risk behaviour among non-Heroin using cocaine injectors and non-injectors in Sao Paulo, Brazil, *AIDS Care*, 12, 4: 471-481.

51. Hudgins, R., McCusker, J. and Stoddard, A. (1995) Cocaine use and risky injection and sexual practices, *Drug and Alcohol Dependence*, 37: 7-14.
52. Iguchi, M. and Bux, D. (1997) Reduced probability of HIV infection among crack cocaine-using injection drug users, *American Journal of Public Health*, 87, 6: 1008-1012.
53. Carlson, R. and Siegal, H. (1991) The crack life: an ethnographic overview of crack use and sexual behaviour among African-Americans in a Midwest metropolitan city, *Journal of Psychoactive Drugs*, 23: 11-20.
54. Balshem, M., Oxman, G., Rooyen, D. and Girod, K. (1992) Syphilis, sex and crack cocaine: images of risk and morality, *Social Science and Medicine*, 35, 2: 147-160.
55. Baseman, J., Ross, M. and Williams, M. (1999) Sale of sex for drugs and drugs for sex: an economic context of sexual risk behaviour for STDs, *Sexually Transmitted Diseases*, 26, 8: 444-449.
56. Logan, T. and Leukefeld, C. (2000) Sexual and drug use behaviours among female crack users: a multi-site sample, *Drug and Alcohol Dependence*, 58: 237-245.
57. Elwood, W., Williams, M., Bell, D. and Richard, A. (1997) Powerlessness and HIV prevention among people who trade sex for drugs ('strawberries'), *AIDS Care*, 9, 3: 273-284.
58. Booth, R., Koester, S. and Pinto, F. (1995) Gender differences in sex-risk behaviours, economic livelihood and self-concept among drug injectors and crack smokers, *The American Journal on Addictions*, 4, 4: 313-322.
59. Morningstar, P. and Chitwood, D. (1987) How women and men get cocaine: sex-role stereotypes and acquisition patterns, *Journal of Psychoactive Drugs*, 19, 2: 135-142.
60. Ellinwood, E. H. and Rockwell, W. J. K. (1975) Effect of drug use on sexual behaviour, *Medical Aspects of Human Sexuality*, 9: 10-32.
61. Klee, H. (1992) A new target for behavioural research: amphetamine users, *British Journal of Addiction*, 87: 439-446.
62. Gawin, F. H. and Ellinwood, E. H. (1988) Cocaine and other stimulants: actions, abuse and treatments, *New England Journal of Medicine*, 318: 1173-1182.
63. Crowley, T. J. and Simpson, R. (1978) Methadone dose and human sexual behaviour, *International Journal of the Addictions*, 13: 285-295.
64. Mirin, S. M., Meyer, R. E., Medelson, J. and Ellingboe, J. (1980) Opiate use and sexual function, *American Journal of Psychiatry*, 24: 1-40.
65. Malliori, M., Zunzunegui, M. V., Rodriguez-Arenas, A. and Goldberg, D. (1998) Drug injecting and HIV-1 infection: major findings from the Multi-City Study, in Stimson, G. V., Ball, A. and Des Jarlais, D. C. (eds) *Drug Injecting and HIV Infection*, London: Talyor and Francis.
66. WHO Collaborative Study Group (1993) An international comparative study of HIV prevalence and risk behaviour among drug injectors in thirteen countries, *UN Bulletin on Narcotics*, 45: 19-46.
67. Rhodes, T., Donoghoe, M., Hunter, G., Soteri, A. and Stimson, G. (1994) Sexual behaviour of drug injectors in London: implications for HIV transmission and HIV prevention, *Addiction*, 89: 1085-1096.
68. Latkin, C., Shah, N., Vlahov, D., Ompad, D. and Strathdee, S. (2000) Sexual risk correlates associated with injecting among young drug users in Baltimore, Maryland, XIII International Conference on AIDS, Durban.
69. Klee, H. (1993) HIV risks for women drug injectors: heroin and amphetamine users compared, *Addiction*, 88: 1055-1062.
70. Anderson, R. and Flynn, N. (1997) The methamphetamine-HIV connection in Northern California, in Klee, H. (Ed.), *Amphetamine misuse: international perspectives on current trends*, (Amsterdam, Harwood Academic Publishers).
71. Hando, J. and Hall, W. (1997) Patterns of amphetamine use in Australia, in Klee, H. (Ed.), *Amphetamine misuse: international perspectives on current trends*, (Amsterdam, Harwood Academic Press).
72. Gorman, E., Barr, B., Hansen, A., Robertson, B. and Green, C. (1997) Speed, sex, gay men and HIV: ecological and community perspectives, *Medical Anthropology Quarterly*, 11, 4: 505-515.

73. Ostrow, D. (1994) Substance use and HIV infection, *Psychiatric Clinics of North America*, 17, 1: 69-89.
74. Bolding, G., Sheer, L., Maguire, M. and Eford, J. (1999) HIV risk behaviours among gay men who inject anabolic steroids, *Addiction*, 94, 12: 1829-1835.
75. Midgley, S., Heather, N., Best, D., Hednerson, D., McCarthy, S. and Davies, J. (2000) Risk behaviours for HIV and hepatitis infection among anabolic-androgenic steroid users, *AIDS Care*, 12, 2: 163-170.
76. Sherr, L., Bolding, G., Eford, J. and Maguire, M. (2000) Viagra use and sexual risk among HIV+ve and HIV-ve gay men in London, XIII International Conference on AIDS, Durban.
77. Ford, K. and Norris, A. (1994) Urban minority youth: alcohol and marijuana use and exposure to unprotected intercourse, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 7, 4: 389-396.
78. Kingree, J., Braithwaite, R. and Woodring, T. (2000) Unprotected sex as a function of alcohol and marijuana use among adolescent detainees, *Journal of Adolescent Health*, 27: 179-185.
79. Merrill, J., Kleber, H., Shwartz, M., Liu, H. and Lewis, S. (1999) Cigarettes, alcohol, marijuana, other risk behaviours and American youth, *Drug and Alcohol Dependence*, 56: 205-212.
80. Stimson, G. V., Ball, A. and Des Jarlais, D. C. (eds) (1998) *Drug Injecting and HIV Infection*, London: Talyor and Francis.
81. Stimson, G. V. (1993) The global diffusion of injecting drug use: implications for human immunodeficiency virus infection, *Bulletin on Narcotics*, XLV, 1: 3-17.
82. Ball, A., Rana, S. and Dehne, K. L. (1998) HIV prevention among injecting drug users: responses in developing and transitional countries, *Public Health Reports*, 113 (Suppl 1): 170-181.
83. Strathdee, S. A., Van Ameijden, E. J. C., Mesquita, F., Wodak, A., Rana, S. and Vlahov, D. (1998) Can HIV epidemics among injection drug users be prevented?, *AIDS*, 12 (Suppl A): S71-S80.
84. Rhodes, T., Ball, A., Fitch, C., Stimson, G. V., Kobyscha, Y., Prokovski, V., Burrows, D. et al (1999) HIV infection associated with drug injection in the newly independent states, eastern Europe: the social and economic context of epidemics, *Addiction*, 94: 1323-1336.
85. Lima, E. S., Bastos, F. I., Telles, P. R. and Ward, T. P. (1992) Injecting drug users and the spread of HIV in Brazil, *AIDS and Public Policy*, 7: 170-174.
86. Telles, P., Bastos, F., Guydish, J., Inciardi, J., Surratt, H., Pearl, M. and Hearst, N. (1997) Risk behaviour and HIV seroprevalence among injecting drug users in Rio de Janeiro, Brazil, *AIDS*, 11, supplement 1: S35-S42.
87. Tichonova, L., Borisenko, K., Ward, H., Meheus, A., Gromyko, A. and Renton, A. (1998) Epidemics of syphilis in the Russian Federation: trends, origins and priorities for control, *Lancet*, 350: 210-213.
88. Bobkova, M., Buravstova, E. V., Ladnaya, N. N., Detkova, N. V., Sukhanova, L. L. et al V. (1988) Prevalence of some viral infections among injecting drug users in Russia, 12th World AIDS Conference, Geneva [Abstract 22212].
89. Ladnaia, N. N., Pokrovski, V. V., Bobkova, A. F., Savchenko, I. G., Kazennova, E. V. and Kravtchecnko, A. V. (1998) Correlation between risk factors for HIV infection in Russia and HIV-1 subtypes isolated in Russia, 1994-1997, 12th World AIDS Conference, Geneva [Abstract 436/13206].
90. Gourevitch, M., Hartel, D., Schoenbaum, E., Selwyn, P., Davenny, K., Friedland, G. and Klein, R. (1996) A prospective study of syphilis and HIV infection among injection drug users receiving methadone in the Bronx, NY, *American Journal of Public Health*, 86, 8: 1112-1115.
91. Ross, M., Gold, J., Wodak, A. and Miller, M. (1992) Sexually transmissible diseases in injecting drug users, *Genitourinary Medicine*, 67, 1: 32-36.
92. Kreiss, J., Carael, M. and Meheus, A. (1988) Role of sexually transmitted diseases in transmitting human immunodeficiency virus, *Genitourinary Medicine*, 64: 1-2.
93. The World Bank (1997) *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*, Oxford: Oxford University Press.

94. Choopanya, K., Vanichensi, S., Plangsringarm, M. K. et al (1991) Risk factors and HIV seropositivity among injecting drug users in Bangkok, *AIDS*, 5: 1509-1513.
95. Sarkar, S., Das, N., Panda, S. et al (1994) Rapid spread of HIV among injecting drug users in northeastern states of India, *Bulletin of Narcotics*, XLV: 3-17.
96. Bueno, R., Paes, G. L., Mesquita, F. et al (1992) A comparison of IDU and heterosexual transmission in sex workers of low social-economic situation in Santos, 8th International Conference on AIDS, Amsterdam [Abstract PoC 4187].
97. Santos, N. J. S., Kalichman, A., Granjeiro, A. et al (1994) Heterosexual transmission in women in Sao Paulo, Brasil, 10th International Conference on AIDS, Yokohama.
98. Friedman, S. R., Jose, B., Neaigus, A., Goldstein, M., Curtis, R. et al (1994) Consistent condom use in relationships between seropositive drug users and sex partners who do not inject drugs, *AIDS*, 8: 357-361.
99. Fordyce, E., Blum, S., Balanon, A. and Stoneburner, R. (1991) A method for estimating HIV transmission rates among female sex partners of male intravenous drug users, *American Journal of Epidemiology*, 133, 5: 590-598.
100. Seidlin, M., Vogler, M., Lee, E., Lee, Y. and Dubin, N. (1993) Heterosexual transmission of HIV in a cohort of couples in New York City, *AIDS*, 7: 1247-1254.
101. McKeganey, N. and Barnard, M. (1992) *AIDS, Drugs and Sexual Risk*, Milton Keynes: Open University Press.
102. Battjes, R. J., Pickens, R. W., Amsel, Z. and Brown, L. S. (1990) Heterosexual transmission of human immunodeficiency virus among intravenous drug users, *Journal of Infectious Diseases*, 162: 1007-1011.
103. Lewis, D. K. and Watters, J. K. (1991) Sexual risk behaviour among heterosexual intravenous drug users: ethnic and gender variations, *AIDS*, 5: 77-83.
104. Battjes, R., Pickens, R., Haverkos, H. and Sloboda, Z. (1994) HIV risk factors among injecting drug users in five US cities, *AIDS*, 8: 681-687.
105. Soloman, L., Asteremborski, J., Warren, D., Mundoz, A. and cohn, S. (1993) Differences in risk factors for human immunodeficiency virus type 1 seroconversion among male and female intravenous drug users, *American Journal of Epidemiology*, 137: 892-898.
106. Moss, A., Vranizan, K., Bacchetti, P., Gorter, R., Osmond, D. and Broadies, B. (1990) Seroconversion for HIV in intravenous drug users in treatment, San Francisco 1985-1990, 6th International Conference on AIDS, San Francisco.
107. White, D., Phillips, K., Mulleady, G. and Cupitt, C. (1993) Sexual issues and condom use among injecting drug users, *AIDS Care*, 5, 4: 427-437.
108. Stimson GV, Des Jarlais DC, Ball A. (Eds) *Drug Injecting and HIV Infection: Global Dimensions and Local Responses*. London: University College London Press.
109. Booth, R., Kwiatkowski, C. and Chitwood, D. (2000) Sex related HIV risk behaviours: differential risks among injection drug users, crack users and injection drug users who smoke crack, *Drug and Alcohol Dependence*, 58: 219-226.
110. Grella, C., Anglin, M. and Wugalter, S. (1995) Cocaine and crack use and HIV risk behaviours among high-risk methadone maintenance clients, *Drug and Alcohol Dependence*, 37: 15-21.
111. Vanichseni, S., Choopanya, K., Des Jarlais, D., Plangsringarm, K., Sonchai, W., Carballo, M., Friedmann, P. and Friedman, S. (1992) HIV testing and sexual behaviour among intravenous drug users in Bangkok, Thailand, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 5: 1119-1123.
112. Vanichseni, S., Des Jarlais, D., Choopanya, K., Friedmann, P., Wenston, J., Sonchai, W., Sotheran, J., Raktham, S., Carballo, M. and Friedman, S. (1993) Condom use with primary partners among injecting drug users in Bangkok, Thailand and New York City, United States, *AIDS*, 7: 887-891.

113. Van den Hoek, A., Van Haastrecht, H. and Coutinho, R. (1992) Little change in sexual behaviour in injecting drug users in Amsterdam, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 5: 518-522.
114. Rhodes, T., Donoghue, M., Hunter, G. and Stimson, G. (1993) Continued risk behaviour among HIV positive drug injectors in London: implications for intervention, *Addiction*, 88: 1553-1560.
115. Friedman, S., Jose, B., Neaigus, A., Goldstein, M., Curtis, R., Ildefonso, G., Mota, P. and Des Jarlais, D. (1994) Social influences on condom use by injecting drug users, (New York).
116. Kennedy, C., Skurnick, J., Wan, J., Quattrone, G., Sheffet, A., Quinones, M., Wand, W. and Louria, D. (1993) Psychological distress, drug and alcohol use as correlates of condom use in HIVserodiscordant heterosexual couples, *AIDS*, 7: 1493-1499.
117. Paul, J., Stall, R., Crosby, G. and Barrett, D. (1994) Correlates of sexual risk-taking among gay male substance abusers, *Addiction*:
118. Woody, G., Donnell, D., Seage, G., Metzger, D., Marmor, M., Koblin, B., Buchbinder, S., Gross, M., Stone, B. and Judson, F. (1999) Non-injection substance use correlates with risky sex among men having sex with men: data for HIV/NET, *Drug and Alcohol Dependence*, 53: 197-205.
119. Chesney, M., Barrett, D. and Stall, R. (1998) Histories of substance use and risk behaviour: precursors to HIV seroconversion in homosexual men, *American Journal of Public Health*, 88, 1: 113-116.
120. Weber, A., Martindale, S., Alary, M., George, C., Remis, R., Chan, K., Hogg, R. and Ottis, J. (2000) Risk factors associated with HIV positive serostatus among young gay and bisexual men in Canada, XIII International Conference on AIDS, Durban.
121. Crosby, G., Williams, A., Bein, E., Durazzo, R., Headlee, J. and Bey, J. (2000) Substance use and HIV sexual risk taking among low-income African American men who have sex with men, XIII International Conference on AIDS, Durban.
122. Stall, R. and Purcell, D. (2000) Intertwining epidemics: a review of research on substance use among men who have sex with men and its connection to the AIDS epidemic, *AIDS and Behaviour*, 4, 2: 1
123. Hylton, J. and Celentano, D. (2000) HIV risk, drug use and HIV seroprevalence among young men who have sex with men (MSM) attending nightclubs and bars, XIII International Conference on AIDS, Durban.
124. Ireland, K., Southgate, E., Knox, S., Van de Ven, P., Howard, J. and Kippax, S. (1999) Using and 'the scene': patterns and contexts of drug use among Sydney gay men, (Sydney, National Centre in HIV Social Research).
125. Knox, S., Kippax, S., Crawford, J., Prestage, G. and Van de Ven, P. (1999) Non-prescription drug use by gay men in Sydney, Melbourne and Brisbane, *Drug and Alcohol Review*, 18: 425-433.
126. Stall, R. and Ostrow, D. (1989) Intravenous drug use, the combination of drugs and sexual activity and HIV infection among gay and bisexual men: The San Francisco Men's Health Study, *The Journal of Drug Issues*, 19, 1: 57-73.
127. Strunin, L. and Hingson, R. (1992) Alcohol, drugs and adolescent sexual behaviour, *The International Journal of the Addictions*, 27, 2: 129-146.
128. Loxley, W. (2000) Double risk: young injectors and sexual relationships, *Sexual and Relationship Therapy*, 15, 2: 297-310.
129. Miranda, A., Aago, A. and Goncalves, E. (2000) Prevalence of HIV infection and syphilis among adolescents in a juvenile justice system in Brazil, XIII International Conference on AIDS, Durban.
130. Van den Hoek, A. (1997) STD control in drug users and street youth, *Genitourinary Medicine*, 1997, 73: 240-244.
131. Bailey, S., Camlin, C. and Ennett, S. (1998) Substance use and risky sexual behaviour among homeless and runaway youth, *Journal of Adolescent Health*, 23, 6: 378-388.
132. Boonyabuddhi, N., Devehusadin, V. and Vittaporn, S. (2000) Sexual networking among youth in the discotheques of northeast Thailand, XIII International Conference on AIDS, Durban.

133. Lenton, S., Boys, A. and Norcross, K. (1997) Raves, drugs and experience: drug use by a sample of people who attend raves in Western Australia, *Addiction*, 92, 10: 1327-1337.
134. Van Ameijden, E. J., Van Den Hoek, A. A. R., Van Haastrecht, H. J. and Coutinho, R. A. (1994) Trends in sexual behaviour and the incidence of sexually transmitted diseases and HIV among drug-using prostitutes, Amsterdam 1986-1992, *AIDS*, 8: 213-221.
135. Rolfs, R. T., Goldberg, M. and Sharrar, R. G. (1990) Risk factors for syphilis: cocaine use and prostitution, *American Journal of Public Health*, 80: 853-857.
136. Rhodes, T., Quirk, A. and Stimson, G. V. (1996) Sex, drugs, intervention and research: from the individual to the social, *Substance Use and Misuse*, 31: 375-407.
137. Lurie, P., Fernandes, M. E. L., Hughes, V., Arevalo, E. I., Hudes, E. S. et al (1995) Socioeconomic status and risk of HIV-1, syphilis and hepatitis B infection among sex workers in Sao Paulo State, Brazil, *AIDS*, 9 (Suppl 1): S31-S37.
138. Cortes, E., Detels, R., Slamon, D. et al (1989) Study of HIV-1, HIV-2 and HTLV-1 in female prostitutes in Brazil, 5th International Conference on AIDS, Montreal [Abstract MGP 13].
139. Thuy, N., Nhung, V., Thuc, N., Lien, T. and Khiem, H. (1998) HIV infection and risk factors among female sex workers in southern Vietnam, *AIDS*, 12, 4: 425-432.
140. Szwarcwald, C., Bastos, F., Gravato, N., Lacerda, R., Chequer, P. and de Castilho, E. (1998) The relationship of illicit drug use to HIV-infection among commercial sex workers in the city of Santos, Sao Paulo, Brazil, *International Journal of Drug Policy*, 9: 427-436.
141. Ward, H., Day, S., Mezzone, J., Dunlop, L., Donegan, C., Farrar, S. et al (1993) Prostitution and risk of HIV: female prostitutes in London, *British Medical Journal*, 307: 356-358.
142. Astemborski, J., Vlahov, D., Warren, D., Solomon, L. and Nelson, K. (1994) The trading of sex for drugs or money and HIV seropositivity among female intravenous drug users, *American Journal of Public Health*, 84, 3: 382-387.
143. Van den Hoek, A., van Haastrecht, H. and Coutinho, R. (1990) Heterosexual behaviour of intravenous drug users in Amsterdam: implications for the AIDS epidemic, *AIDS*, 4: 449-453.
144. Plant, M., Plant, M. and Thomas, R. (1990) Alcohol, AIDS and commercial sex: some preliminary results from a Scottish study, *Drug and Alcohol Dependence*, 25: 51-55.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. СХЕМЫ ОЦЕНКИ

Пример		Матрица планирования оценки				ПОЛЕ 1
Модули оценки	Ключевые вопросы	Ключевые источники данных	Ключевые методы	Ключевые задачи	Значимость (1-5)	
Оценка контекста, 4.2 Какие контекстуальные факторы оказывают влияние на: <i>Поведенческие модели?</i> <i>Употребление веществ?</i> <i>Сексуальное поведение и диск?</i> <i>Негативные для здоровья последствия?</i> <i>Осуществимость реализации?</i>						
Оценка последствий для здоровья, 4.3 Каковы распространённость и природа вредных для здоровья последствий, связанных с рискованным сексуальным поведением, имеющим отношение к употреблению веществ?						
Оценка риска, 4.4 Каковы распространённость и взаимосвязь между употреблением веществ и сексуальным поведением? Рискованным сексуальным поведением?						
Оценка вмешательства, 4.5 Каковы потребности в ответных мерах и какие вмешательства представляются осуществимыми, подходящими и эффективными?						
Оценка вмешательства, 4.5 Какие ресурсы и действия необходимы для разработки и реализации на местном уровне подходящих вмешательств, направленных на уменьшение вредных для здоровья последствий, связанных с сексуальным поведением, имеющим отношение к употреблению веществ?						

Пример		Обработка данных				ПОЛЕ 2
Действия	Значимость (1-5)	Достоверность (1-5)	Источник / обоснование	Описание	Ключевые результаты	Влияние на уровне сообщества
						Влияние на уровне сообщества
					Правовая и политическая ситуация	Влияние на структурном уровне
					Социальная и экономическая ситуация	Влияние на уровне
					Другие структуральные факторы	Влияние на уровне
					Нормы употребления веществ	Влияние на уровне
					Нормы сексуального поведения	Влияние на уровне
					Окружение	Влияние на уровне
					Типы рискованного поведения	Влияние на уровне
					Уровни знаний	Влияние на уровне
					Личное отношение	Влияние на уровне

Влияние на индивидуальном уровне			Влияние на структуральном уровне			Влияние на уровне сообщества			Ключевые результаты	Общее реагирование	Важность (1–5)	Срочность (1–5)	Осуществимость (1–5)	Благоприятные возможности	Препятствия
Личное отношение	Уровни знаний	Типы дискриминационного поведения	Окружение	Нормы сексуально-го поведения	Нормы употребления веществ	Другие структуральные факторы	Социальная и экономическая ситуация	Правовая и политическая ситуация							
Ресурсы (люди, финансы, время)			Виды деятельности			Цели и задачи			Планирование ответных мер						

Пример

Планирование ответных мер

РЕАГИРОВАНИЕ 3

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. ПРИМЕР СТРУКТУРЫ ОТЧЕТА

СТРУКТУРА ИССЛЕДОВАНИЯ	
ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ	<ul style="list-style-type: none"> Цели и задачи Обоснование их выбора
КОМАНДА	<ul style="list-style-type: none"> Главный исследователь, команда ЭОР и дополнительные члены рабочей группы Консультативный совет сообщества и другие участники – члены общества Обучение
МЕТОДЫ	<ul style="list-style-type: none"> Методология № 1: используемые в ЭОР методы, целевые группы населения, размеры выборок Обоснование выбора этих методов, групп населения и размеров выборок
РАСПИСАНИЕ + ПРОЦЕСС	<ul style="list-style-type: none"> Расписание Описание процесса Проблемы и успехи

Критически важно представить следующие данные: а) расписание событий и мероприятий, организованных в ходе ЭОР; б) краткое описание этих событий; в) проблемы, с которыми пришлось столкнуться, и достигнутые успехи

Цели – это то, чего проект ЭОР намерен достичь. Задачи – действия, которые необходимо предпринять для достижения этих целей. Важно представить описание причин, по которым были выбраны именно такие цели и задачи («обоснование»)

Описание лиц, структур и организаций, вовлеченных в ЭОР. Описание участия в ЭОР консультативного совета сообщества и других структур сообщества. Включает информацию об обучении, проводимом в рамках ЭОР

Важно описать сами методы, которые использовались в ЭОР, и формы их применения. Не забудьте указать, к каким группам населения применялся каждый конкретный метод и сколько лиц участвовало в каждой исследовательской акции (например, фокус-группа с 10 уличными детьми, живущими в лондонском районе Уолгемстоу)

РАЗДЕЛ	СОДЕРЖАНИЕ	ОПИСАНИЕ
СОДЕРЖАНИЕ		
РЕЗЮМЕ	<ul style="list-style-type: none"> Ключевые результаты ЭОР Рекомендации План действий 	Резюме должно дать четкое представление: а) о самых важных результатах ЭОР; б) о том, как эти результаты были получены; в) о том, какие действия должны быть или уже были предприняты
ВВЕДЕНИЕ	<ul style="list-style-type: none"> Исходные данные № 1: описание места, дата начала/окончания и целевые популяции Исходные данные № 2: краткая история употребления наркотиков, употребления инъекционных наркотиков и связанная с этим ситуация по ВИЧ и другим инфекциям 	Во введении дается описание контекста, в котором проводился проект ЭОР. Оно должно содержать краткое описание исходной ситуации исследования (исходные данные № 1) и места, где проводился ЭОР (исходные данные № 2). Обязательно укажите все внешние события и факторы, повлиявшие на ЭОР

ОЦЕНКА КОНТЕКСТА	<ul style="list-style-type: none"> Структуральные и культуральные характеристики текущей ситуации, которые упрощают / затрудняют действия по профилактике ВИЧ (например, законы) Описание мест, в которых проводилось исследование: экономическая и политическая ситуация; миграция; демографические данные, здравоохранение и условия жизни; образование; полиция и юстиция 	Структуральный контекст может повлиять на формы и последствия употребления веществ и сексуального поведения (например, законы, работа полиции, религиозные убеждения, уровень грамотности, география мест употребления наркотиков). Влияние может быть вызвано и культуральным контекстом (например, представления сообщества или отдельных групп относительно риска совместного использования игл и другого инъекционного оборудования).
РИСКОВАННОЕ ПОВЕДЕНИЕ	<ul style="list-style-type: none"> Профиль типов рискованного поведения, связанного с употреблением веществ в изучаемом месте Профиль типов рискованного сексуального поведения, связанного с употреблением инъекционных наркотиков в изучаемом месте 	Важно представить подробное описание типов рискованного сексуального поведения, вовлеченных в них групп населения и возможных причин такого поведения. Такие описания могут действовать реализации мер по профилактике ВИЧ
МЕДИЦИНСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ	<ul style="list-style-type: none"> Описание медицинских и социальных последствий, связанных с употреблением наркотиков и сексуальным поведением в изучаемом месте 	Например, последствия для здоровья, связанные с инфекционными заболеваниями (ВИЧ, гепатиты В и С). Можно включить и данные по ИППП, если они доступны
ВМЕШАТЕЛЬСТВА	<ul style="list-style-type: none"> Существующее обеспечение Неудовлетворенные потребности. Планы по их удовлетворению Ссылки на данные, подтверждающие необходимость таких действий. 	Раздел, посвященный вмешательствам, имеет решающее значение. В него могут войти: а) описание уже существующих вмешательств, направленных на профилактику распространения инфекций, в частности ВИЧ, среди потребителей веществ (существующее обеспечение); б) указание, нуждаются ли эти вмешательства в усовершенствовании и, если да, то в каком; в) указание, нужны ли новые вмешательства и, если да, то какого типа. Помните: важно привести обоснование ваших запросов. Это означает, что вы должны использовать результаты ЭОР для подтверждения ваших рекомендаций

РЕЗУЛЬТАТЫ

РЕЗУЛЬТАТЫ (продолжение)

ВМЕШАТЕЛЬСТВА, РЕКОМЕНДАЦИИ И ПЛАН ДЕЙСТВИЙ

РЕКОМЕНДАЦИИ	<ul style="list-style-type: none"> ● Рекомендации ● Структуральный уровень, уровень сообщества, индивидуальный уровень 	<p>В этом разделе должно быть указано, какие действия необходимы для снижения вреда, связанного с употреблением наркотиков в исследуемом месте. Он может также содержать рекомендации по дальнейшим исследованиям и эпидемиологическому надзору</p>
ПЛАН ДЕЙСТВИЙ	<ul style="list-style-type: none"> ● План действий и распределение ответственности ● Расписание, осуществимость, приемимость ● Возможные препятствия, возможная помощь 	<p>В этом разделе следует указать, какие практические шаги предпринимаются в исследуемом месте для осуществления описанных выше рекомендаций и вмешательств</p>

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЯ	<ul style="list-style-type: none"> ● Ключевые документы ● Инструменты исследования ● Слайды для программы обучения ● Фотографии 	<p>Необходимо, чтобы в каждый комплект входили приложения (ключевые документы, описание инструментов исследования, слайды или фотографии по программе обучения)</p>
-------------------	---	---

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:



Центр изучения наркотиков и поведения, связанного со здоровьем
(*The Centre for Research on Drugs and Health Behaviour*)

The Reynolds Building
Imperial College London
St Dunstan's Road
London W6 8RP
UK

Tel: +44 (0) 20 7594 0776

Fax: +44 (0) 20 7594 0866

Contact: Hazel Mann (h.mann@imperial.ac.uk)



«СПИД Фонд Восток-Запад» (*AIDS Foundation East-West – AFEW*)

Россия, Москва, 125267

ул. Чайнова, 15/5

Тел: +7 095 250-63-77

Факс: +7 095 250-63-87

E-mail: info@afew.org

<http://www.afew.org>



Программа «Знания для противодействия ВИЧ/СПИДу в Российской Федерации»
(*Knowledge for Action in HIV/AIDS in the Russian Federation*)

Кэтлин Салливан (*Kathleen Sullivan, менеджер международных проектов*) или Рэчел
Фитцджеральд (*Rachel Fitzgerald, администратор программы*)

The Reynolds Building
Imperial College London
St Dunstan's Road
London W6 8RP
UK

Tel: +44 (0) 20 7594 0774

Fax: +44 (0) 290 7594 0816

E-mail: r.fitzgerald@imperial.ac.uk

k.sullivan@imperial.ac.uk