



Український центр контролю за  
соціально небезпечними хворобами  
Міністерства охорони здоров'я України

# РОБОТА ЗІ СТРАТЕГІЧНОЮ ІНФОРМАЦІЄЮ У СФЕРІ ПРОТИДІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

## ПРАКТИЧНИЙ ПОСІБНИК



RESPOND



Київ • 2015

Державна установа  
«Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами  
Міністерства охорони здоров'я України»

# **РОБОТА ЗІ СТРАТЕГІЧНОЮ ІНФОРМАЦІЄЮ У СФЕРІ ПРОТИДІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ ПРАКТИЧНИЙ ПОСІБНИК**

Цей посібник видано в межах реалізації проекту USAID RESPOND, що фінансується за підтримки Надзвичайного плану Президента США з надання допомоги у боротьбі зі СНІДом і виконується організацією Пакт Інк. у партнерстві з FHI 360. Проект спрямований на зменшення темпів поширення ВІЛ-інфекції серед представників груп найвищого ризику в Україні.

Публікація стала можливою завдяки щирій підтримці американського народу, наданій через Агентство США з міжнародного розвитку (USAID). Зміст публікації не обов'язково відображає точку зору USAID або Уряду США.

**Київ 2015**

УДК 614.441:[616.98:578.82ВІЛ]](072)  
ББК 55.148я7  
Р58

**За редакцією О. Балакіревої, канд. соціол. наук**

**Авторський колектив:**

О. Балакірева, канд. соціол. наук; Т. Бондар, канд. соціол. наук;  
Ю. Грамотна; І. Кузін; В. Марциновська, канд. мед. наук;  
Н. Нізова, д. мед. наук; М. Ніколко; С. Пхіденко, д. мед. наук;  
Н. Рингач, д. н. держ. упр.; І. Шваб; О. Яременко

**О. Балакірева, Т. Бондар, Ю. Грамотна, І. Кузін, В. Марциновська, Н. Нізова, М. Ніколко, С. Пхіденко, Н. Рингач, І. Шваб, О. Яременко**

**Р58** **Робота зі стратегічною інформацією у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на регіональному рівні.** Практичний посібник. — К.: ТОВ «Поліграф плюс», 2015. — 120 с.: іл.

ISBN 978-966-8977-48-0

Практичний посібник створено з метою посилення спроможності фахівців з МіО у використанні стратегічної інформації для планування та прийняття рішень у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на регіональному рівні.

Розроблений на допомогу фахівцям закладів охорони здоров'я та громадських організацій, які працюють у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, посібник висвітлює базові підходи до ефективного використання інформації про стан та розвиток епідемії, прогрес і невирішені питання у відповіді на ВІЛ-інфекцію, використання ресурсів, вкладених у програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Видання також буде корисним для недержавних суб'єктів – громадських організацій, приватних структур, які зацікавлені в стратегічній інформації у сфері профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки людей, які цього потребують.

УДК 614.441:[616.98:578.82ВІЛ]](072)  
ББК 55.148я7

ISBN 978-966-8977-48-0

<b>СКОРОЧЕННЯ</b> .....	
<b>ВСТУП</b> .....	
<b>ПОДЯКИ</b> .....	
<b>ОСНОВНІ ТЕРМІНИ ТА ПОНЯТТЯ</b> .....	
<b>РОЗДІЛ . СТРАТЕГІЧНА ІНФОРМАЦІЯ ТА ЇЇ ХАРАКТЕРИСТИКИ</b> .....	
1.1. Визначення поняття «стратегічна інформація» .....	11
1.2. Характеристики та критерії якості стратегічної інформації .....	1
1.3. Джерела стратегічної інформації у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу .....	19
1.4. Показники МіО як стратегічна інформація .....	2
<b>РОЗДІЛ . ЕТАПИ РОБОТИ З ІНФОРМАЦІЄЮ ТА ВИКОРИСТАННЯ СТРАТЕГІЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ДЛЯ ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ У СФЕРІ ПРОТИДІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ</b> .....	
2.1. Основні етапи роботи з інформацією: загальні підходи .....	29
2.2. Робота зі стратегічною інформацією у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ та її використання для прийняття рішень .....	
2.3. Стратегічне планування та запит на стратегічну інформацію у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ .....	7
<b>РОЗДІЛ . РОЗПОВСЮДЖЕННЯ СТРАТЕГІЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ У СФЕРІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ</b> .....	
1. Організаційно-правові аспекти розповсюдження стратегічної інформації у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ .....	47
2. Комунікативний супровід у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ на регіональному рівні .....	49
3. Засоби інформаційного просування .....	51
<b>ДОДАТКИ</b>	
ДОДАТОК 1. Метод тріангуляції .....	56
ДОДАТОК 2. Метод каскадного аналізу даних .....	75
ДОДАТОК 3. Картування як спосіб візуалізації даних і приклад його застосування .....	78
ДОДАТОК 4. Приклади роботи Проекту S I «Посилення контролю за ТБ в Україні» зі стратегічною інформацією у сфері ко-інфекції ТБ/ВІЛ на регіональному рівні .....	81
ДОДАТОК 5. Використання оціночних даних .....	84
ДОДАТОК 6. Використання даних за регіональними показниками МіО .....	87
ДОДАТОК 7. Приклади підготовки інформаційних матеріалів з використанням стратегічної інформації .....	90
ДОДАТОК 8. Приклад використання стратегічної інформації з метою адвокації .....	105
ДОДАТОК 9. Практичні рекомендації щодо роботи зі ЗМІ .....	108
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	115

## СКОРОЧЕННЯ

N	– Управління ООН з наркотиків і злочинності
S I	– Агентство США з міжнародного розвитку
АГС	– Акушерсько-гінекологічна служба
АРВ	– Антиретровірусний
АРТ	– Антиретровірусна терапія
ВБО	– Всеукраїнська благодійна організація
ВБФ	– Всеукраїнський благодійний фонд
ВІЛ	– Вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	– Всесвітня організація охорони здоров'я
ГО	– Громадська організація
Глобальний фонд, ГФ	– Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією
ЄС	– Європейський Союз
ЖКС	– Жінки комерційного сексу
ЗМІ	– Засоби масової інформації
ЗОЗ	– Заклади охорони здоров'я
ЗПТ	– Замісна підтримувальна терапія
ІПСШ	– Інфекції, що передаються статевим шляхом
КІТ	– Консультування і тестування (на ВІЛ-інфекцію)
ЛЖВ	– Люди, які живуть з ВІЛ
ЛЗ	– Лікарські засоби
ЛПЗ	– Лікувально-профілактичні заклади
МБФ	– Міжнародний благодійний фонд
МДОУ-2007	– Медико-демографічне обстеження населення України 2007 року
МіО	– оніторинг і оцінка
МОЗ	– Міністерство охорони здоров'я України
НУО	– Неурядова організація
ОІ	– Опортуністичні інфекції
ООН	– Організація Об'єднаних Націй
ПГР	– Підлітки групи ризику (щодо інфікування ВІЛ)
ПКП	– Постконтактна профілактика (ВІЛ-інфікування)
ПКС	– Особи, які надають сексуальні послуги за винагороду (працівники комерційного сексу)
ППМД	– Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини
ПТЗ	– Протитуберкульозні заклади
ПТП	– Протитуберкульозні препарати
СІН	– Споживачі ін'єкційних наркотиків
СНІД	– Синдром набутого імунодефіциту
ТБ	– Туберкульоз
ЦРТ	– Цілі розвитку тисячоліття
ЧСЧ	– Чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками
ЮНЕЙДС	– Об'єднана Програма ООН з ВІЛ/СНІДу
ЮНІСЕФ	– Дитячий фонд ООН

## ВСТУП

Управління буде ефективним лише тоді, коли спиратиметься на ґрунтовну, всебічну доказову інформаційну базу.

Криза, в якій опинилася Україна, увиразнила наявні проблеми державного управління. З-поміж них – недостатня відкритість влади та недостатній рівень комунікативного зв'язку між горизонтальними, вертикальними структурами та у вимірі «влада-громадськість». До цього слід додати відсутність чіткої та послідовної координації інформаційної діяльності органів державної влади. Надзвичайно значущим напрямом розвитку політико-управлінського процесу є зосередження уваги не лише на діяльності органів державної влади, а й на їх інституційній розбудові, в тому числі на інформаційній та комунікативній діяльності. Її реалізація багато в чому залежить від рутинної, щоденної роботи уповноважених осіб та відповідних структурних підрозділів.

Якщо зорієнтуватися на діяльність у цій сфері органів державної влади в країнах ЄС, то слід наголосити на двох важливих тенденціях: (1) формування правил, які регулюють процес поширення органами влади політики інформації, відмінний від заангажованої, політизованої комунікації; (2) необхідність створення окремої структурної одиниці або певного механізму координації комунікативних зусиль органів влади, адже «неузгоджена політика несе високі ризики дублювання, неефективного витрачання коштів, низького рівня якості послуг, труднощів у досягненні цілей і, врешті-решт, зниження здатності управляти»<sup>1</sup>.

Для України робота органів влади з інформацією, накопичення навичок поширення та презентації інформації, використання її для адвокації, планування та прийняття рішень стає важливим ресурсом узгодження політики, в тому числі й у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу. В умовах реформування системи адміністрування найбільш важливою ланкою в багатьох сферах життя українського суспільства стає не національний, а регіональний та місцевий рівні прийняття рішень.

Активний розвиток системи моніторингу та оцінки (МіО) у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні дав сьогодні можливість зібрати величезний масив різноманітної інформації про перебіг епідемічного процесу на національному рівні та на рівні регіонів, про певні групи населення, їхню поведінку, потреби, обсяг наданих послуг, обсяг та структуру витрат на протидію епідемії тощо.

Моніторинг епідемії ВІЛ-інфекції та відповіді на епідемію забезпечує необхідну інформаційну базу для аналізу та прогнозу ситуації, формування стратегічних цілей, розробки пріоритетів та визначення показників МіО як на національному, так і на регіональному рівнях. Без цієї інформації вкрай важко забезпечити успіх управлінських рішень та ефективність заходів, спрямованих на профілактику інфікування ВІЛ серед загального населення та груп підвищеного ризику, лікування, догляд та підтримку людей, які живуть з ВІЛ.

Отже, існує необхідність узагальнити підходи щодо роботи з інформацією у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, надати узгоджене визначення стратегічної інформації та вимог до неї, запропонувати підходи до шляхів та засобів її розповсюдження.

Варто наголосити, що робота зі стратегічною інформацією включає такі складові: збір, упорядкування, аналіз, узагальнення, зберігання, розповсюдження, використання. Проте в цьому посібнику, зважаючи на сучасні виклики і найбільш проблемні місця роботи з інформацією, акцент зроблено переважно на її використанні та розповсюдженні.

Практичний посібник розроблено на допомогу фахівцям закладів охорони здоров'я та громадських організацій, які працюють у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

<sup>1</sup> Sigma Paper № 35/ Міхал Бен-Гера [та ін.]; [пер. з англ. Л. Суюва-льченко, О. Шаленко]. – К.: Центр адаптації державної служби до стандартів Європейського Союзу, 2008. – С.23.

У ньому висвітлено базові підходи до ефективного використання інформації про стан та розвиток епідемії, прогрес у відповідь на ВІЛ-інфекцію і невирішені питання, використання ресурсів, вкладених у програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Пропонований посібник має на меті посилити спроможність і компетентність фахівців з МіО у використанні стратегічної інформації для розробки та прийняття рішень у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на регіональному рівні. Видання також призначене для недержавних суб'єктів – громадських організацій, приватних структур, які зацікавлені в стратегічній інформації у сфері профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки людей, які цього потребують.

Слід наголосити, що практичні матеріали посібника важливі як для тих, хто готує та розповсюджує стратегічну інформацію, так і для тих, хто користується нею, оскільки вони допоможуть не лише краще організувати роботу з інформацією, але й виявити прогалини у знаннях і навичках, які можна буде заповнити за допомогою освіти, навчання та обміну досвідом.

Методологічні підходи, застосовані для підготовки цього практичного посібника, ґрунтуються на принципах і вимогах щодо інформаційного забезпечення відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції та розбудови національної системи моніторингу та оцінки, які викладено в різноманітних методичних та аналітичних документах ЮНЕЙДС і ВООЗ.

Перший розділ присвячено опису характеристик стратегічної інформації, визначенню поняття «стратегічна інформація», її джерел. Висвітлено основні вимоги до якості зібраних даних та інформації, на основі якої приймаються відповідні рішення.

Другий розділ містить практичні аспекти використання стратегічної інформації під час планування заходів з протидії ВІЛ-інфекції та прийняття рішень. Зокрема, описано загальні підходи до використання інформації, опрацювання запиту на інформацію та процес прийняття рішень на основі інформації.

Третій розділ присвячено розповсюдженню стратегічної інформації у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на регіональному рівні. Зокрема, приділено особливу увагу інформаційній діяльності регіональних центрів МіО, плануванню ними інформаційних заходів.

Оскільки підготовка стратегічної інформації передбачає перетворення даних на повноцінну інформацію, для фахівців центрів МіО підготовлено додатки, що ілюструють популярні та корисні методи (триангуляція даних, каскадний аналіз, картування), роботу з оціночними даними чисельності груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, використання даних регіональних показників МіО під час підготовки стратегічної інформації; містять приклади використання стратегічної інформації в різних проєктах та подання стратегічної інформації з різної тематики для різних цільових груп, а також практичні рекомендації щодо співпраці зі ЗМІ та підготовки інформаційних матеріалів<sup>1</sup>.

Посібник включає словник основних термінів і понять, а також список використаних джерел.

<sup>1</sup> Потребу в підготовці практичних рекомендацій для співпраці центрів СНІДу зі ЗМІ зафіксовано в резолюції наради головних лікарів регіональних центрів профілактики та боротьби зі СНІДом, яка відбулася 19-20 червня 2013 року.

## ПОДЯКИ

*Розробники цього посібника висловлюють щирю вдячність національним та міжнародним експертам за надані коментарі та пропозиції, а також конкретні практичні рекомендації щодо роботи зі стратегічною інформацією, які увійшли до цього посібника. Нам особливо допомогли:*

**Ярослав Зелінський** – ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»

**Наталія Калягіна** – Проект S I S N

**Олена Курпіта** – ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»

**Яна Сазонова** – МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»

**Наталія Салабай** – Управління ООН з наркотиків і злочинності ( N )

**Марія Самко** – МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»

**Олег Семерик** – ВБФ «Ф'ючерс груп Україна»

**Юлія Середа** – ГО «Центр «Соціальний моніторинг»

**Ніна Роман** Проект S I Посилення контролю за туберкульозом в Україні

**Людмила Шульга** МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»

**Віра Яцик** – ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України»

*При підготовці видання було використано матеріали та напрацювання Зовнішньої експертної групи ВООЗ з розробки Консолідованого керівництва зі стратегічної інформації.*

*Видання цього посібника стало можливим за підтримки та сприяння Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань.*



## ОСНОВНІ ТЕРМІНИ ТА ПОНЯТТЯ

**Анонс** – попереднє повідомлення про подію із зазначенням місця й часу її проведення. Прес-анонс передбачає запрошення ЗМІ на захід, який може відбуватися як у рамках певної події (наукова конференція, виставка), так і самостійно (прес-конференція, брифінг, прес-тур тощо).

**Блог, або інтернет-блог** (від англ. *blog* – онлайн-щоденник) – інтернет-ресурс, який передбачає ведення регулярних записів, що містять текст, зображення або мультимедіа.

**Брифінг** – короткий за часом, стислий виступ офіційної особи (осіб) з конкретного питання чи в рамках певної події. Брифінг триває 15- 30 хвилин, передбачає запитання журналістів і є своєрідною мобільною версією прес-конференції. У рамках брифінгу задовольняється інтерес ЗМІ до певної події, висловлюється офіційна позиція (зазвичай без оціночних суджень, думок чи паралелей тощо), оголошується про прийняття документа, результати реагування на проблему тощо.

**Верифікація даних** – у загальному сенсі – перевірка, спосіб підтвердження за допомогою різних доказів, будь-яких положень, понять або даних. Метод верифікації дає змогу зробити висновок про коректність отриманих результатів та визначити, чи відповідають результати поточного етапу умовам, сформованим на початку цього етапу. В науці верифікацією називають спосіб підтвердження гіпотези дослідження<sup>1</sup>.

**Групи високого ризику щодо інфікування ВІЛ** – споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН), особи, які надають сексуальні послуги за винагороду (ПКС), чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками (ЧСЧ), хворі з інфекціями, що передаються статевим шляхом (ПСПШ), ув'язнені<sup>2</sup>.

**Захист інформації** (англ. *information security*) – система правових, організаційних, технічних та інших заходів або діяльність, які спрямовуються на запобігання витоку, викраденню, втраті, спотворенню або підробці інформації, а також несанкціонованому доступу чи ненавмисним діям щодо неї, котрі призведуть до її несанкціонованого копіювання, модифікації, блокування або знищення тощо.

**Епідеміологічний аналіз** – систематизація епідеміологічних даних та їх статистична обробка для найбільш повного і точного виявлення ознак, що характеризують особливості епідемічного процесу в певних умовах, місці та часі.

**Епідеміологічний нагляд** – система комплексної оцінки динаміки епідемічного процесу в просторі, часі та серед визначених груп населення з метою планування та своєчасного здійснення науково обґрунтованих профілактичних заходів з протидії, оцінки їх ефективності та розробки епідеміологічного прогнозу.

**Інтерв'ю** – побудована за певним планом розмова, безпосередній контакт інтерв'юера з респондентом.

**Інформаційна культура** (від лат. *informare* – пояснення, виклад; *cultura* – освіта, виховання, розвиток) – складова загальнолюдської культури, регулятор функціонування і розвитку інформаційної сфери суспільства, сукупність принципів та механізмів удосконалення засобів вироблення, збереження і передачі інформації, розвитку системи навчання, підготовки людини до ефективного використання засобів інформаційної діяльності.

<sup>1</sup> Див.: Грабченко А.І. Методи наукових досліджень: навч. посіб. / Грабченко А.І., Федорович В.О., Гаращенко Я.М. – Х.: НТУ «ХПІ», 2009. – 142 с.

<sup>2</sup> Див.: Наказ МОЗ України від 08.02.2013 р. № 104, зареєстрований Міністерством юстиції України 26.02.2013 р. за № 323/22855.

**Інформація** — будь-які відомості та/або дані, які можуть бути збережені на матеріальних носіях або відображені в електронному вигляді<sup>1</sup>.

**Інформація з обмеженим доступом** — конфіденційна, таємна та службова інформація .

**Інформація конфіденційна** — інформація про фізичну особу, доступ до якої обмежено фізичною або юридичною особою, крім суб'єктів владних структур. Конфіденційну інформацію можуть поширювати за бажанням (згодою) відповідної особи у визначеному нею порядку відповідно до передбачених нею умов, а також в інших випадках, визначених законом .

**Інформація службова** — міститься в документах, які становлять внутрішньовідомчу службову кореспонденцію, доповідні записки, рекомендації, якщо вони пов'язані з розробкою напряму діяльності установи, здійсненням контрольних та наглядових функцій, процесом прийняття рішень і передають публічному обговоренню та/або прийняттю рішень<sup>4</sup>.

**Інформація стратегічна** — сукупність відомостей (показників), які використовуються у процесі формування стратегії, реалізації та моніторингу й оцінки програм/проектів.

**Інформація таємна** — інформація, доступ до якої обмежено та розголошення якої може завдати шкоди особі, суспільству, державі. Таємною визнається інформація, яка містить державну, професійну, банківську таємницю, таємницю досудового розслідування та іншу передбачену законом таємницю<sup>5</sup>.

**Комунікації організаційні** — процес обміну інформацією, знаннями та досвідом з використанням формальних або неформальних каналів у межах групи людей, спрямований на координацію їхньої зовнішньої і внутрішньої діяльності, вирішення виробничих завдань та досягнення цілей організації.

**Контент** — інформаційне наповнення (веб-сайту, відеоролика, видання тощо).

**Моніторинг** — процес регулярного збору та аналізу кількісних та якісних даних за попередньо визначеними показниками з метою виміру прогресу (відстеження ключових елементів діяльності в межах програми/проекту: внеску, послуг, результатів тощо; визначення змін, досягнень та впливу), своєчасного прийняття рішень щодо коригування певної діяльності (розширення, скорочення, продовження або припинення), забезпечення звітності. Здійснення моніторингу дозволяє акумулювати необхідні для оцінювання дані.

**Моніторинг фінансових витрат** — моніторинг витрат з державних, міжнародних та приватних джерел на заходи у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, який полягає у відстеженні грошових потоків усередині країни, проведенні економічних оцінок вартості тощо.

**Оцінка** — термін вживається в кількох значеннях: 1) процес; те саме, що оцінювання; 2) висновки, міркування, які є метою, результатом оцінювання.

**Оціночні дані** — дані, отримані з використанням статистичних методів (прогнозування, моделювання тощо) або на підставі експертної думки, якщо точні значення встановити неможливо.

**Оцінювання** — це систематизоване дослідження ситуації, процесу та/або результатів реалізації програми/проекту з метою встановлення її результативності та ефективності.

**Показник** — узагальнена характеристика якостей об'єкта чи процесу. Показник виступає методологічним інструментом, який забезпечує можливість перевірки теоретичних уявлень за допомогою

<sup>1</sup> Див.: Закон України «Про інформацію». – Стаття 1.

<sup>2</sup> Там само. – Стаття 21.

<sup>3</sup> Див.: Закон України «Про доступ до публічної інформації». – Стаття 9.

<sup>4</sup> Там само.

<sup>5</sup> Див.: Закон України «Про інформацію». – Стаття 21.

## ОСНОВНІ ТЕРМІНИ ТА ПОНЯТТЯ

емпіричних даних. Кількісний або якісний фактор (змінна), який забезпечує простий і надійний спосіб вимірювання досягнень програми/проекту, відображає зміни, пов'язані з програмою/проектом, допомагає оцінити діяльність виконавця програми/проекту.

**Показники регіональні** – показники МіО ефективності заходів, спрямованих на запобігання протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

**Прес-пакет** – документи та інформаційно-довідкові матеріали, які готуються для розповсюдження під час прес-конференцій, круглих столів, офіційних засідань, що передбачають спілкування зі ЗМІ. Прес-пакет обов'язково містить прес-реліз, короткі довідки про експертів, обґрунтування події, матеріали-ілюстрації (графіка, фото), листівки, буклети пов'язаної тематики.

**Прес-конференція** – захід, влаштований для ЗМІ певною організацією (можливо, кількома) з метою озвучення події, коментарів, думок. Захід передбачає кількох промовців (іноді вживаються терміни *речник*, *доповідач*, *спікер*, від англ. – говорити), модератора; тривалість – від 0 хвилин до 1 годин.

**Прес-реліз** – спеціально підготовлений інформаційний матеріал, який розповсюджується з метою інформування громадськості через канали ЗМІ. Прес-реліз має чітку структуровану форму, містить перевірені дані, відповідає на запитання: «Хто », «Що », «Де », «Коли », «Чому ».

**Прес-тур** – екскурсія для представників ЗМІ з метою привернення уваги до певного об'єкта. Проводиться у випадках, коли необхідно продемонструвати щось наочно.

**Розпорядник публічної інформації** – суб'єкт владних повноважень, юридична особа, що фінансуються з державного або місцевих бюджетів, бюджету Автономної Республіки Крим<sup>1</sup>.

**Якість даних** – ступінь придатності даних до аналізу та прогнозування ситуації/процесів.

**Якість інформації** – здатність інформації давати достовірне і найбільш повне уявлення про об'єкти або процеси і не мати прихованих помилок.

<sup>1</sup> Див.: Закон України «Про доступ до публічної інформації». – Стаття 13, частина 2.

# РОЗДІЛ 1

## СТРАТЕГІЧНА ІНФОРМАЦІЯ ТА ЇЇ ХАРАКТЕРИСТИКИ

### . . **Визначення поняття стратегічна інформація**

В останні роки фахівці у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу дедалі частіше використовують термін «стратегічна інформація». Утім, єдиного тлумачення цього терміну в науковій літературі нема. У цьому посібнику наводиться визначення цього поняття в контексті забезпечення ефективної протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

По суті, поняття «стратегічна інформація» складається з двох термінів: «стратегічний» (суттєвий, важливий для досягнення загальних, генеральних цілей) та «інформація».

**Інформація** – будь-які відомості та/або дані, які можуть бути збережені на матеріальних носіях або відображені в електронному вигляді (див. Закон України «Про інформацію»).

Але в контексті теорії управління, як правило, розрізняють **дані** (необроблені масиви показників) та **інформацію**, визначаючи, що інформація – це дані, аналітично опрацьовані з конкретною метою.

**Стратегічна інформація** – це дані, які пройшли обробку та підготовлені для використання у процесі стратегічного планування та управління в реальних умовах. Отже, **інформація стає стратегічною**, якщо вона актуалізована та фокусована, тобто орієнтована на осмислення проблемного питання з метою подальшого впливу через прийняття конкретних рішень та виконання дій.

Разом з тим, не вся інформація є стратегічною. Існує ієрархія інформації. Інформацію, необхідну для управління на різних його рівнях, можна умовно поділити на *оперативну, тактичну та стратегічну*.

*Оперативна інформація* потрібна на найнижчому рівні управління організацією в повсякденній роботі. Вона є первинною, рутинною, деталізованою і становить основу інформаційної системи.

*Тактична інформація* отримується шляхом узагальнення оперативної інформації і призначається для оперативного управління, зокрема для короткострокового планування, контролю за виконанням планів та забезпеченням необхідними ресурсами.

*Стратегічна інформація* – це результат опрацювання тактичної інформації, синтезу та аналізу даних. Її подають у формі звітів, зведень, прогнозів. На її основі здійснюється довгострокове планування, розробка політики та стратегії розвитку. Стратегічна інформація допомагає визначати цілі, потреби в матеріальних, фінансових та трудових ресурсах, розглядати альтернативні стратегії, оцінювати ризики, будувати прогнозні моделі.

### **Загальні вимоги до інформації**

Будь-яка інформація, в т.ч. стратегічна, має певні риси: своєчасність, достовірність, безпомилковість, необхідність тощо.

*Своєчасна/актуальна* інформація надходить упродовж визначеного інтервалу часу – не пізніше, щоб залишилося достатньо часу для підготовки, прийняття та реалізації управлінського рішення, і не раніше, щоб не застаріти та не потребувати додаткових витрат на її збереження. Інформація актуальна, якщо вона важлива, суттєва для теперішнього часу. Тільки своєчасно отримана інформація може принести очікувану користь.

*Достовірна* інформація містить точні, несуперечливі дані з певного питання, незалежно від джерел і каналів їх отримання. Недостовірність інформації може бути зумовлена кількома причинами, основна з них – це ненадійність джерела інформації. Крім того, достовірна інформація може стати недостовірною через певний проміжок часу, коли перестає відображати реальну ситуацію.

Недостовірною інформацією може призвести до неправильного розуміння або прийняття неправильних рішень.

*Безпомилковими* вважаються дані, що не містять випадкових помилок, котрі трапляються внаслідок спотворення (навмисного чи ненавмисного) змісту людиною чи збою технічних засобів під час обробки даних в інформаційній системі.

*Необхідною* вважається інформація, без якої неможливо прийняти управлінське рішення. Разом з тим, у деяких випадках для підвищення достовірності допускається певна надлишковість інформації (наприклад, багатократне повторення одних і тих самих даних для гарантування їх надійності).

*Достатня* інформація містить весь набір відомостей, необхідних для прийняття управлінських рішень; додавання інших відомостей не дає нових знань, потрібних для прийняття рішення.

Інформація є *повною*, якщо її обсяг достатній для розуміння та прийняття рішення. Як неповна, так і надлишкова інформація стримує прийняття рішень чи може призвести до помилки.

Під *надійністю* розуміють гарантовану (з визначеною імовірністю) передачу інформації від джерела до користувача. Надійності можна досягти в тому разі, коли беруться до уваги перевірені джерела та канали передачі інформації, альтернативні джерела та дублі інформаційних каналів.

*Зручною* вважається така форма подання інформації (наприклад, характер, розмір і значущість фактичного ходу робіт у порівнянні із запланованим), користуючись якою, керівник може найкраще уявити реальну ситуацію щодо функціонування організації.

Інформація *об'єктивна*, якщо вона не залежить від чийоїсь думки чи судження.

*Точність* інформації визначається ступенем її наближення до реального стану об'єкта, процесу, явища тощо.

*Цінність* інформації залежить від того, наскільки вона важлива для вирішення завдання і подальшого застосування в будь-яких видах суспільної діяльності.

*Зрозумілість*: інформація буде ефективною, якщо її викладено у формі, доступній для сприйняття отримувачем. Якщо ж цінна і своєчасна інформація подаватиметься незрозуміло, вона стає марною. Тому одні й ті ж самі питання по-різному висвітлюються для фахівців різних напрямків, наприклад, для лікарів-епідеміологів та управлінців.

Інформація повинна бути *доступною* для споживачів, тому її розміщують на офіційних веб-сайтах.

*Стислість*: залежно від призначення, інформацію з одного і того самого питання можна викласти або стисло (без несуттєвих деталей), або розширено (детально). Стислість інформації необхідна в довідниках, інструкціях, розширена – для розлогого пояснення.

Крім того, стратегічна інформація повинна бути *фінансово обґрунтованою*, враховувати можливість використання наявних коштів та залучення додаткових.

Інформація повинна задовольняти певне коло вимог споживачів, а саме:

- за обсягами і якістю – стислість і чіткість формулювань, своєчасність надходження;
- за цілеспрямованістю – задоволення конкретних потреб;
- за точністю і достовірністю – правильний відбір первинних даних, оптимальність систематизації, неперервність збору та обробки даних.

**Отже, стратегічною інформацією у сфері ВІЛ/СНІДУ є інформація, придатна для прийняття управлінських рішень, з'ясування глобальних питань у контексті планування заходів протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ, оцінки стану розвитку епідемії та ефективності впливу на неї.**

Стратегічна інформація є підґрунтям процесу управління, оскільки містить відомості, необхідні для оцінки ситуації та прийняття управлінського рішення.

## ПРИКЛАД

### Дані

Щоденна фіксація кількості проведених тестувань на ВІЛ-інфекцію та результати тестувань упродовж року – це великий набір даних.

### Інформація

- ✓ Відсоток осіб, які отримали позитивний результат тестування, від усіх обстежених.
- ✓ Відсоток тестувань осіб з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ від загальної кількості тестувань.

### Стратегічна інформація

- Співвідношення показника «Відсоток тестувань осіб з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ від загальної кількості тестувань» з плановим, цільовим значенням цього показника.

У сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу накопичено значний обсяг даних як на національному, так і на місцевому рівнях. Обробка цих даних для отримання необхідної інформації, забезпечення доступу до інформації всіх зацікавлених сторін, особливо управлінців, які приймають рішення, потребують дедалі більших технічних можливостей, знань, навичок та часу спеціалістів і формують запит на підвищення якості підготовки стратегічної інформації.

## . . Характеристики та критерії якості стратегічної інформації

Для забезпечення оптимізації програм протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу стратегічна інформація повинна виконувати три функції:

- 1) допомагати зрозуміти епідемію і вплив інтервенцій (або певних програм) на неї;
- 2) відстежувати відповідь (у тому числі розширення масштабів послуг) сектору охорони здоров'я та інших секторів на епідемію ВІЛ-інфекції;
- ) допомагати виявити проблемні місця і можливості для поліпшення ситуації.

Отже, стратегічна інформація надає, по-перше, «знання про епідемію» – інформацію про те, як змінюється епідемія, що або хто на це впливає, про фактори вразливості окремих груп населення; по-друге, обґрунтування дій, програм та втручань, які доцільно впровадити для пом'якшення наслідків впливу епідемії.

Стратегічна інформація надає докази, необхідні політикам і тим, хто приймає рішення на різних рівнях відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції.

### **Важливо!**

Держава несе відповідальність за систему, яка забезпечує збір, аналіз, осмислення та розповсюдження стратегічної інформації. Разом з тим, неурядові організації та громадянське суспільство в цілому повинні мати доступ і робити свій внесок у збір, аналіз і використання цієї інформації.

### **Важливо!**

Необхідно забезпечити поширення та обмін стратегічною інформацією всередині країни, в тому числі й на регіональному рівні між різними агентами, секторами, галузями, залученими до протидії епідемії ВІЛ-інфекції.

Збір та аналіз даних повинні спрямовуватися на створення такої стратегічної інформації, яка матиме здатність бути використаною. Збір даних, які не використовуються, – це втрата часу та ресурсів, які можна було б спрямувати на щось інше, наприклад, на надання послуг. Більш детально про використання стратегічної інформації мова йтиме в Розділі 2.

## РОЛЬ СТРАТЕГІЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ

Тип та обсяг інформації, що збирається, повинні не тільки відповідати на основні інформаційні потреби, а й забезпечувати здатність виробляти рішення.

Стратегічна інформація у сфері соціальної підтримки, допомоги та лікування ВІЛ-інфекції:

- інформує про найбільш оптимальний варіант програми (вибираючи серед різних доступних опцій);
- показує ефективність в усьому каскаді послуг;
- визначає, чи буде досягнуто запланованих результатів і наслідків, і якщо ні, то чому.

Тип стратегічної інформації, необхідної для моніторингу та оцінки програми, проекту або втручання, найкраще описується за допомогою логічної моделі, яка показує послідовність внеску, процесу, результатів, наслідків та впливу в континуумі так званого «ланцюга результатів» (Рис. 1).



Рис. 1. Логічна модель

Логіка необхідної стратегічної інформації узгоджується з показниками національної системи моніторингу та оцінки, про які мова йтиме в підрозділі 1.4.

Стратегічну інформацію у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу можна умовно поділити на шість основних компонентів, які відповідають глобальній структурі та рівням системи моніторингу та оцінки<sup>1</sup>:

**Оцінка та планування** – аналіз ситуації, аналіз відповіді, потреб учасників, аналіз ресурсів, план співробітництва.

**Внесок** – нормативно-законодавча база, бюджет, матеріально-технічні ресурси.

**Процес** – будь-яка діяльність, спрямована на виконання поставлених завдань (кількість навчених фахівців, проведених заходів, виготовлених/розповсюджених матеріалів тощо).

**Результат** – спектр і якість послуг, які надаються з метою досягнення наслідків, та ступінь охоплення ними різних груп населення (кількість/відсоток охоплених).

**Наслідки** – зміни у знаннях, ставленні та поведінці, що впливають на здоров'я населення та поширення епідемії.

**Вплив** – значущі зміни у здоров'ї населення та економічній ситуації внаслідок ефективності заходів, спрямованих на протидію епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Для того щоб інформація виконувала свою роль в управлінському процесі, вона повинна бути *якісною*, тобто давати правильне і найбільш повне уявлення про об'єкти або процеси і не містити помилок. Від того, наскільки інформація якісна за змістом, за часовим відображенням та можливістю аналізу, залежить правильність управлінського рішення.

Оскільки стратегічна інформація отримується через обробку даних, якість стратегічної інформації залежить від якості цих даних. Неякісні дані можуть призвести до негативних наслідків реалізації програми, серед яких:

- зниження довіри до реалізації заходів програми та ослаблення її підтримки з боку зацікавлених сторін;
- збільшення витрат, пов'язаних з необхідністю вжиття певних корекційних або верифікаційних заходів;
- несвоєчасне або помилкове визначення гальмівних чинників та прогалин у процесі впровадження програми;
- ймовірність ухвалення некоректних рішень.

Якість даних – це категорія, яка виявляє міру придатності даних до аналізу та подальшого прогнозування ситуації/процесів на їх основі. Якщо якість даних низька, то і рішення, які приймаються на підставі таких даних, ймовірно, не відповідатимуть реальному стану справ. Якщо в межах кожної підсистеми збору даних є навіть незначна частка неякісних даних, то під час їх об'єднання обсяг таких даних значно зростає. Тому оцінка якості даних є необхідним кроком для їх подальшого використання.

У сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу до якості даних найчастіше застосовують шість основних критеріїв: точність (правильність), достовірність, чіткість, цілісність, повнота (та достатність), своєчасність, конфіденційність<sup>2</sup> (див. Таблицю 1).

<sup>1</sup> Витяг з документа «Основи моніторингу та оцінки програм профілактики ВІЛ серед груп населення найвищого ризику інфікування», квітень 2007 р., с. 5 (Першоджерело: Ruggetal. (2004). Global advances in HIV/AIDS monitoring and evaluation. New Directions for Evaluation. Hoboken, NJ, Wiley Periodicals, Inc.).

<sup>2</sup> Див.: Routine Data Quality Assessment Tool (RDQA). Guidelines For Implementation For HIV, TB, & Malaria Programs // The Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria, Office of the Global AIDS Coordinator, PEPFAR, USAID, WHO, UNAIDS, MEASURE Evaluation, July 30, 2008. Режим доступу: [http://www.theglobalfund.org/documents/monitoring\\_evaluation/ME\\_RDQA\\_Guidelines\\_en/](http://www.theglobalfund.org/documents/monitoring_evaluation/ME_RDQA_Guidelines_en/).



**Критерії якості даних як базис якості стратегічної інформації**

Критерій якості даних	Зміст	Приклади та коментарі
<b>ТОЧНІСТЬ</b> (правильність)	Точність даних забезпечується: – шляхом зменшення кількості помилок (чинник упередженості під час проведення інтерв'ю, помилки під час перенесення інформації) до такого низького рівня, яким можна знехтувати; – якістю інструментів збору даних.	Неоднозначне формулювання запитання в анкеті:  • містить два або більше запитань, наприклад: «Чи знаєте Ви, де у Вашому населеному пункті можна пройти тестування на ВІЛ та безкоштовно отримати презервативи?»; • використовується складна для розуміння термінологія, наприклад: «Чи проводили Вам імуноферментний аналіз для тестування на ВІЛ?»  Помилки при перенесенні/введенні інформації.
<b>ДОСТОВІРНІСТЬ</b>	Дані оцінюють і збирають на основі системного підходу, всі дослідники використовують однакові процедури. Застосовуються стандартизовані інструменти збору даних. Передбачається перевірка даних з різних джерел на узгодженість. Дані залишаються точними з моменту їх збору до моменту надання звітності за ними. Дані, згенеровані програмою, захищено від умисних змін або маніпуляції з політичних чи особистих мотивів.	Охоплення клієнта послугами може розраховуватись дослідником по-різному – як охоплення мінімальним пакетом послуг або охоплення певною послугою.  Звіт про кількість розданих інформаційних матеріалів може містити цифри, завищені волонтером, який їх роздавав.
<b>ЧІТКІСТЬ</b>	Дані детальні і достатні для відповіді на запитання.	Наприклад, необхідно визначити частку жінок віком 15-24 роки, які є клієнтами програми та які пройшли тестування на ВІЛ за останні 12 місяців, серед усіх клієнтів програми за 2013 рік.  Для відповіді необхідно мати дані про кількість, стать і вік клієнтів, дату проходження тестування на ВІЛ (або факт такого тестування) за 2013 рік. Якщо чогось із цього переліку не вистачає, дані не можуть бути чіткими.
<b>ПОВНОТА</b>	Наявність інформації за всіма необхідними пунктами (нічого не пройшло повз увагу, нема прогалин). Дані дозволяють здійснювати необхідний аналіз (наприклад, дезагрегацію за статтю, віковими групами тощо). Дані формують динамічну картину.	У звіті про проходження тестування на ВІЛ швидкими тестами за 2013 рік відсутні дані за один місяць.  Частина респондентів відмовились вказати свій вік та джерела доходів.
<b>СВОЄЧАСНІСТЬ</b>	Дані є достатньою мірою актуальними, щоб керівництво могло використовувати їх у процесі прийняття рішень. Дані отримано у визначені терміни.	Якщо дані про кількість людей, які потребують АРТ у 2014 році, не надано у визначений термін для їх аналізу, їх не буде враховано під час планування відповідних обсягів закупівель АРТ-препаратів.
<b>КОНФІДЕНЦІЙНІСТЬ</b>	Клієнти впевнені, що їхні дані буде збережено відповідно до національних та/або міжнародних стандартів. Особисті дані не розголошуються без згоди особи, вживаються заходи для забезпечення їх нерозповсюдження (наприклад, зберігаються в заблокованих шафах, у захищених паролем файлах).	Клієнт надає згоду на обробку його персональних даних (підписує відповідний документ).

До важливих аспектів якості даних слід віднести категорії «термін дії» та «своєчасність».

Чинники, які знижують якість даних, виявляються на всіх рівнях роботи з даними, тому актуальною на сьогодні для України є розробка і запровадження системи забезпечення якості даних. А верифікація даних має бути одним із основних завдань регіональної системи МіО.

### Якість стратегічної інформації за результатами оцінювання респондентами

Незважаючи на значні досягнення в системі МіО, якість даних, які збираються в рамках епід-нагляду за ВІЛ-інфекцією в Україні, не завжди є відповідною, а робота у сфері збору, інтерпретації та розповсюдження даних потребує подальшого вдосконалення. Серед усіх сфер стратегічної інформації фахівці найвище оцінюють дані рутинного епідеміологічного моніторингу, а результати оцінки та досліджень у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу отримують низьку оцінку якості (див. Рис. 2).

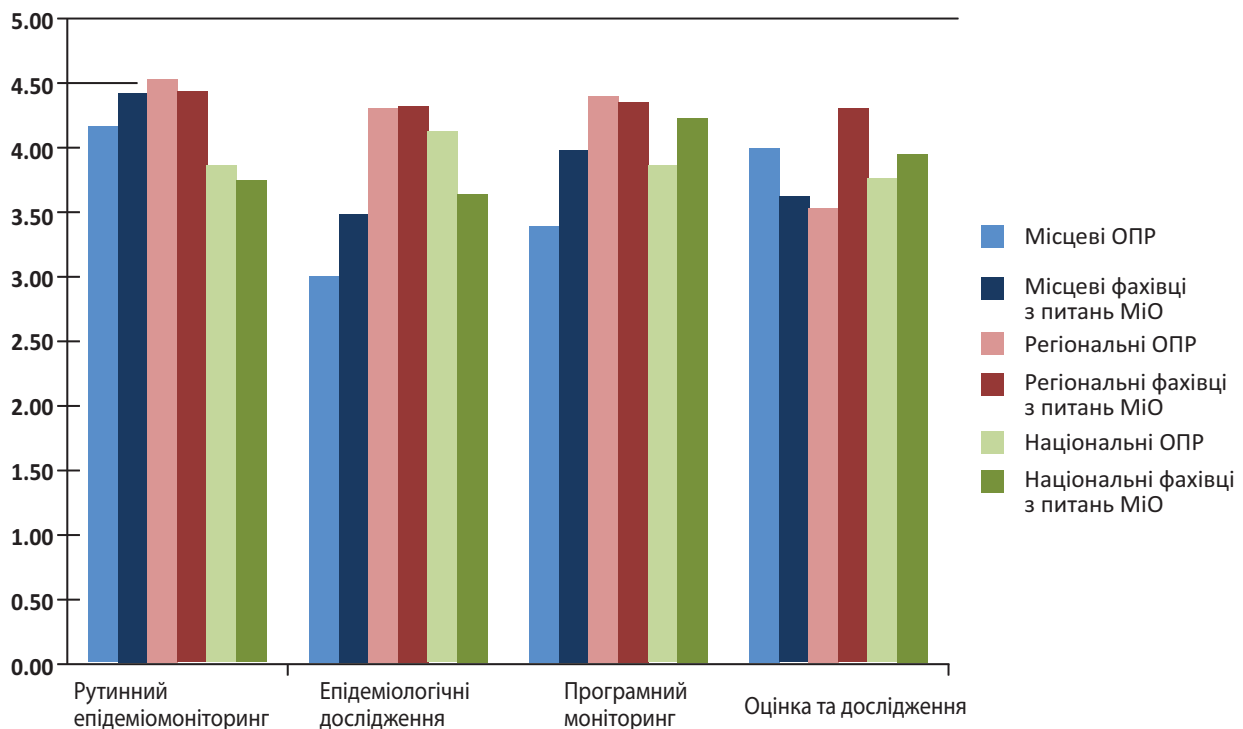


Рис. 2. Середні оцінки якості даних за сферами стратегічної інформації, поставлені особами, які приймають рішення (ОПР), та фахівцями з питань МіО на національному, регіональному та місцевому рівнях

**Джерело:** Резюме звіту «Оцінка єдиної національної системи МіО за 4 сферами стратегічної інформації: рутинний епідеміологічний моніторинг, епідеміологічні дослідження, програмний моніторинг, оцінка та дослідження», 2013. Автори: Юрія-Івана Чакало, доктор медицини, Хана Азман, магістр громадського здоров'я, Івана Божичевич, доктор медицини, доктор філософії у галузі громадського здоров'я. Режим доступу: [http://www.aidsalliance.org.ua/ru/metida/Report\\_Summary\\_National\\_M&E\\_%20System\\_Assessment.pdf](http://www.aidsalliance.org.ua/ru/metida/Report_Summary_National_M&E_%20System_Assessment.pdf).

### Забезпечення якості даних

Загальна схема циклу даних (Рис. ) включає збір, агрегацію, підготовку звітності, аналіз, використання, розповсюдження, зворотний зв'язок, а також створення архівів та зберігання даних.

<sup>1</sup> <http://www.cpc.unc.edu/measure/tools/monitoring-evaluation-systems/data-quality-assurance-tools>; <http://www.theglobalfund.org/en/me/documents/dataquality/>; <http://healthqual.org/search-qi-learning>.



Рис. 3. Компоненти циклу даних<sup>1</sup>

У цьому циклічному процесі центральним є забезпечення якості даних, яке здійснюється на всіх етапах шляхом стандартизованих процедур контролю, аудиту, перехресних перевірок тощо. Забезпечення якості даних важливе на кожному рівні системи роботи з даними – місцевому, регіональному, національному.

Якісні дані точно відображають стан та ефективність впровадження політики/програм і тому мають ключове значення для прийняття програмних і політичних рішень (наприклад, формування пріоритетів у галузі надання послуг, розподіл обмежених ресурсів на найбільш ефективні програми, надання кваліфікованої допомоги тощо). Використання даних невідомої або низької якості може призвести до прийняття неправильних рішень.

Є кілька основних компонентів системи забезпечення якості даних:

1. План забезпечення якості даних і пов'язані з ними інструменти.
2. Навчання з питань моніторингу й оцінки та інструментів системи забезпечення якості даних.
  - Підтримка та контроль регіональних систем МіО та роботи регіональних центрів МіО.
4. Перевірка/аудит даних, у тому числі зовнішній аудит.
5. Оцінка системи МіО в частині наявності компоненту забезпечення якості даних.
6. Комплексне поліпшення якості.

## ПРИКЛАД

Логіка перевірки якості збору даних щодо тестування на ВІЛ:

- де відбувається тестування;
- коли і яким чином внесено результати;
- коли і як призначено унікальні ідентифікатори, віднесено клієнта до представника груп ризику щодо інфікування ВІЛ;
- як записано фактори ризику, пов'язані з результатом тесту;
- як об'єднано і представлено дані в базах даних;
- як направлено на лікування людину з позитивним тестом.

Така перевірка дає важливу інформацію про повноту і точність звітності, допомагає визначити місця можливого подвійного обліку.

<sup>1</sup> За матеріалами та напрацюваннями External Review Group (ERG) WHO з розробки Consolidated Strategic Information Guide.

**Важливо!**

Кожен рівень системи забезпечення якості даних повинен мати стандартні процедури (1) оцінки їх якості, (2) їх подання і (3) вжиття заходів у разі неточного, неповного або несвоєчасного подання, у тому числі:

- ✓ електронні системи із вбудованими логічними перевітками на вході;
- ✓ процедури управління даними, включаючи резервне копіювання даних, регулярний нагляд зі стандартизованим інструментом, систему для зворотного зв'язку і заохочення використання даних, перелік даних, необхідних для регулярної звітності за пріоритетними показниками.

**Важливо!**

Оцінка якості даних тісно пов'язана з оцінкою якості програми: якість даних впливає на здатність ефективно оцінити виконання програми і, навпаки, можливість збору і правильного використання даних є важливим аспектом виконання програми.

У лютому 2014 року Державною установою «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України» за технічної підтримки проекту «Технічна допомога у сфері МіО та ефективного використання даних» (МЕТІДА) було створено Комісію з питань забезпечення якості даних у системі моніторингу та оцінки заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Основне завдання роботи Комісії – методологічна підтримка впровадження системи якості даних та проведення оцінки якості даних у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на національному та регіональному рівнях.

### . . Джерела стратегічної інформації у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу

Стратегічну інформацію у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу можна отримати з різних джерел<sup>1</sup> (див. Рис. 4).



Рис. 4. Джерела та форми подання/поширення стратегічної інформації

<sup>1</sup> Addis Ababa. Decision-Making and Strategic Information // Workshop on M&E of PHN Programs, July 24 – August 11, 2006.

**Епідеміологічний нагляд епіднагляд за ВІЛ-інфекцією/СНІДом<sup>1</sup>** передбачає систему комплексної оцінки динаміки епідеміологічного процесу в просторі, часі та серед визначених груп населення з метою планування та своєчасного здійснення науково обґрунтованих профілактичних заходів з протидії епідемії ВІЛ-інфекції, оцінки їх ефективності та розробки епідеміологічного прогнозу. Епіднагляд другого покоління<sup>2</sup> є складовою національної системи моніторингу та оцінки ефективності заходів, забезпечує контроль за епідемією ВІЛ-інфекції.

Метою епіднагляду є відстеження тенденцій змін у поширенні ВІЛ-інфекції та отримання інформації про потенційні поведінкові фактори, які зумовлюють поширення ВІЛ серед населення, а також використання цієї інформації для інформаційно-просвітницької діяльності, планування, моніторингу та оцінки ефективності профілактичних програм серед цільових груп.

Для планування ефективних заходів з профілактики та визначення стадії епідемії система епіднагляду другого покоління поєднує такі методи:

- біологічний епіднагляд за ВІЛ, ІПСШ (дозорний серологічний епіднагляд за цільовими групами населення; регулярний скринінг донорської крові; регулярний скринінг осіб з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ; скринінг зразків, отриманих під час спеціальних обстежень населення, тощо);
- моніторинг поведінки (регулярні наскрізні дослідження серед населення в цілому; регулярні наскрізні дослідження в цільових групах);
- інші джерела інформації (епіднагляд за зареєстрованими випадками ВІЛ-інфекції та СНІДу; реєстрація летальних випадків; епіднагляд за іншими хворобами, що мають високий рівень поширення серед хворих на ВІЛ-інфекцію, – туберкульозом, парентеральними вірусними гепатитами тощо).

**Програмний моніторинг**, оцінка програм. Програмний моніторинг – це відстеження ходу і результатів впровадження програм/проектів та їх порівняння з раніше розробленим планом заходів. Така інформація використовується для прийняття обґрунтованих рішень щодо подальшого розгортання та вдосконалення програм.

Оцінка програми, яку здійснюють як безпосередні виконавці, так і зовнішні експерти, відображає результати впровадження програми (охоплення послугами, рівень розвитку потенціалу), поведінкові зміни чи загальний вплив на ситуацію (наприклад, зменшення рівня передачі ВІЛ). Так, у 2012 році проведено зовнішню оцінку виконання Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-201 роки в Україні. За результатами цієї оцінки було визначено досягнення та недоліки у відповіді на епідемію, проблемні аспекти, які потребують посилення дій. Напрацьовані рекомендації враховано під час підготовки Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки, затвердженої Законом України від 20.10.2014 р. № 1708- ІІ.

На місцевому рівні відповідальний виконавець програми (як правило, це управління/відділ охорони здоров'я місцевої держадміністрації) раз на рік готує<sup>4</sup>:

- узагальнену інформацію про стан виконання програми (подається структурному підрозділу з економічних питань місцевого органу виконавчої влади). Інформація повинна містити дані про заплановані та фактичні обсяги і джерела фінансування програми, виконання результативних показників у динаміці з початку дії програми, пояснювальну записку про роботу співвиконавців програми щодо її виконання, у разі невиконання – обґрунтування його причин. Інформація використовується для аналізу ефективності виконання програми та надання пропозицій щодо доцільності продовження її фінансування та впровадження;

<sup>1</sup> Див.: Черкаський Б.Л. Руководство по общей эпидемиологии / Черкаський Б.Л. – М.: Медицина, 2001. – 560 с.: ил.

<sup>2</sup> Див.: Второе поколение эпидемиологического надзора за ВИЧ: следующее десятилетие / ВОЗ и UNAIDS, 2000. — С. 8-23.

<sup>3</sup> Оцінка виконання Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки в Україні: зведений звіт (оригінальною версією є англійська, грудень 2012 р.).

<sup>4</sup> Наказ Міністерства економіки України від 04.12.2006 р. № 367 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо порядку розроблення регіональних цільових програм, моніторингу та звітності про їх виконання».

- інформацію про хід виконання програми та ефективність реалізації її заходів (заслуховується на сесіях органу місцевого самоврядування, котрий встановлює строки та періодичність звітування і закріплює їх у своєму рішенні про затвердження програми).

**Дослідження** бувають різних видів: операційні, антропологічні (в т.ч. етнографічні); фундаментальні та тематичні; огляд і синтез результатів попередніх досліджень. Інформація та висновки, наведені в них, використовуються насамперед для посилення доказовості інтервенцій, а також для подолання розриву між наукою та управлінням програмою. Науково обґрунтовані дослідження є ключовим інструментом зміцнення доказової бази для програмної діяльності.

Перелік досліджень у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу, які проводяться в рамках програм Глобального фонду, наведено на веб-сайтах основних реципієнтів Глобального фонду:

МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»: [:// www.aids.gov.ua/](http://www.aids.gov.ua/)

ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»: [:// www.ljv.org.ua/](http://www.ljv.org.ua/)

Крім того, дослідження представлено на веб-сайті ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України» [:// www.ukcc.gov.ua/](http://www.ukcc.gov.ua/)

Наразі Українським центром контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України ведеться робота зі створення єдиної національної бази проведених та запланованих досліджень у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

**Системи управління інформацією** містять відомості про управління, потреби, ресурси і програмні внески.

В Україні розроблено та затверджено Концепцію інформаційної системи «ВІЛ-інфекція в Україні»<sup>1</sup>, яка стане основою для створення системи автоматизованого збору, збереження, обробки та передачі даних з епідеміологічного, клінічного, лабораторного моніторингу, інших компонентів програм протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Основою функціонування системи стане державний інформаційний ресурс «Реєстр ВІЛ-інфікованих осіб в Україні»<sup>2</sup>.

Система забезпечуватиме інформаційний супровід заходів протидії епідемії шляхом збору відповідних даних, їх аналітичної обробки, оцінки ефективності лікувальних та профілактичних програм. Також функцією інформаційної системи є створення електронних версій документів (картки пацієнтів, облікові журнали, статистичні звіти, акти інвентаризації тощо).

Управління інформацією здійснюватиметься на трьох рівнях: національному, регіональному та місцевому .

Крім того, з січня 2014 року розпочато широке використання системи І на національному та регіональному рівнях<sup>4</sup>. Це потужна система баз даних, розроблена у співпраці з системою установ ООН і адаптована до стратегічної інформаційної системи ЮНІСЕФ. Система: 1) містить індикатори за часовим і географічним значенням і може налаштовуватися відповідно до потреб кожного користувача; 2) може служити ідеальною основою для роботи з показниками, їх аналізу і демонстрації результатів; 3) допомагає класифікувати дані за цілями, секторами і джерелами, а також надає різноманітні методи доступу до даних; 4) містить інформацію за глобальними, національними та регіональними показниками; 5) мобільна у використанні, оскільки її програмне забезпечення підтримує як стандартні показники (індикатори Цілей розвитку тисячоліття), так і визначені користувачем показники; 6) відповідає міжнародним статистичним стандартам щодо підтримки відкритого доступу і широкого

<sup>1</sup> Концепцію затверджено наказом Держслужби України соцзахворювань від 19.11.2013 р. № 89 та розроблено за підтримки проекту «Доступ спільнот до послуг з догляду лікування ВІЛ через зміцнення систем охорони здоров'я» (ACCESS).

<sup>2</sup> Впровадження інформаційної системи «ВІЛ-інфекція в Україні» було покладено на Держслужбу України соцзахворювань із залученням фахівців ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України». У зв'язку з ліквідацією Держслужби (постанова Кабінету Міністрів України від 10.09.2014 р. № 442 «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади») розподіл обов'язків щодо впровадження системи буде уточнено.

<sup>3</sup> Регіональний рівень – на рівні областей, АР Крим, міст Києва та Севастополя; місцевий рівень – на рівні міст, районів.

<sup>4</sup> Електронний ресурс: <http://www.ucdc.gov.ua/uk/diyalnist-centru/monitoring-i-ocinka/programne-zabezpechennya>.

обміну даними, 7) дає змогу інтегрувати дані у стандартні документи Microsoft Office — Word, Excel, PowerPoint та ін.

Зараз база DevInfo містить актуальні дані щодо національних показників України за результатами Гармонізованих звітів України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію (звітні періоди загалом охоплюють 2006-2013 роки) та звітів про результати моніторингу та оцінки ефективності заходів, спрямованих на запобігання поширенню епідемії ВІЛ-інфекції, за 2006-2013 роки. Інформація з бази даних доступна для завантаження на сайті <http://ukrdevinfo.org.ua>.

Для оптимізації роботи з різними інформаційними системами в Україні прийнято рішення про створення Національного порталу<sup>1</sup> стратегічної інформації, до якого увійдуть усі наявні інформаційні системи з питань МіО, реєстри, бібліотека тощо. Впровадження та широке використання вказаного ресурсу дозволить спростити роботу з верифікації даних, систематизувати наявні інформаційні масиви даних тощо.

**Рутинні інформаційні системи охорони здоров'я** забезпечують якісні та практичні підходи до збору та використання медичної статистичної інформації.

ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України»<sup>2</sup> забезпечує функціонування Української бази медико-статистичної інформації та Європейської бази даних статистичної інформації «Здоров'я для всіх». Бази містять потужний масив основних статистичних показників щодо охорони здоров'я регіонів України (українська база) та Європейських держав (ВООЗ «Здоров'я для всіх»), програмне забезпечення для представлення цих даних у зручній графічній формі (карти, діаграми, таблиці). Ці бази даних є корисними інструментами для проведення порівняльної оцінки, аналізу стану і тенденцій розвитку системи охорони здоров'я.

Національний та регіональні центри МіО використовують також інші електронні інформаційні системи:

- *електронний інструмент моніторингу АРВ-препаратів*: призначений для поточного моніторингу руху та використання антиретровірусних препаратів; є основним елементом автоматизованої системи управління для відстеження обсягу запасів і споживання АРВ-препаратів; впроваджено на регіональному та національному рівнях;
- *моніторинг програм замісної підтримувальної терапії* здійснюється відповідно до визначених показників і розробленого програмного продукту у всіх регіонах реалізації цих програм (в рамках реалізації 10-го раунду ГФ і за підтримки інших партнерів);
- система *e-TB Manager*<sup>3</sup> – електронний реєстр хворих на туберкульоз: в одному інструменті, що ґрунтується на Web-технологіях, об'єднано всі дані (випадки захворювання, протитуберкульозні та інші медпрепарати), необхідні для впровадження на різних рівнях Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз, а також для надання необхідної інформації в режимі он-лайн, для прийняття термінових рішень та епідеміологічного контролю в ситуаціях, де потрібне втручання.

Здійснений у межах оцінки національної системи МіО (2013 р.) кабінетний аналіз документів та звітів дозволив визначити основні сильні та слабкі сторони кожної зі сфер стратегічної інформації (Рис. 5)<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Національний портал стратегічної інформації у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ розробляється на запит ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України» в межах реалізації проекту USAID RESPOND, що фінансується за підтримки Надзвичайного плану Президента США з надання допомоги у боротьбі зі СНІДом і виконується організацією Пакт Інк. у партнерстві з ФНІ 360. Очікується, що Національний портал буде доступний для користувачів з жовтня 2015 року. Управління Національним порталом здійснюватиме ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України».

<sup>2</sup> Режим доступу: [www.medstat.gov.ua](http://www.medstat.gov.ua).

<sup>3</sup> Див: Посібник для користувачів e-TBManager – універсальної комп'ютерної програми управління процесами лікування ТБ та медикаментозно-стійкого ТБ, травень 2012 року, версія 9.0. Режим доступу: [www.ucdc.gov.ua](http://www.ucdc.gov.ua).

<sup>4</sup> Резюме звіту «Оцінка єдиної національної системи МіО за 4 сферами стратегічної інформації: рутинний епідеміологічний моніторинг, епідеміологічні дослідження, програмний моніторинг, оцінка та дослідження». Автори: Юрія-Івана Чакало, доктор медицини, Хана Азман, магістр громадського здоров'я, Івана Божичевич, доктор медицини, доктор філософії у галузі громадського здоров'я. 2013. Режим доступу: [http://www.aidsalliance.org.ua/ru/metida/Report\\_Summary\\_National\\_M&E\\_%20System\\_Assessment.pdf](http://www.aidsalliance.org.ua/ru/metida/Report_Summary_National_M&E_%20System_Assessment.pdf).

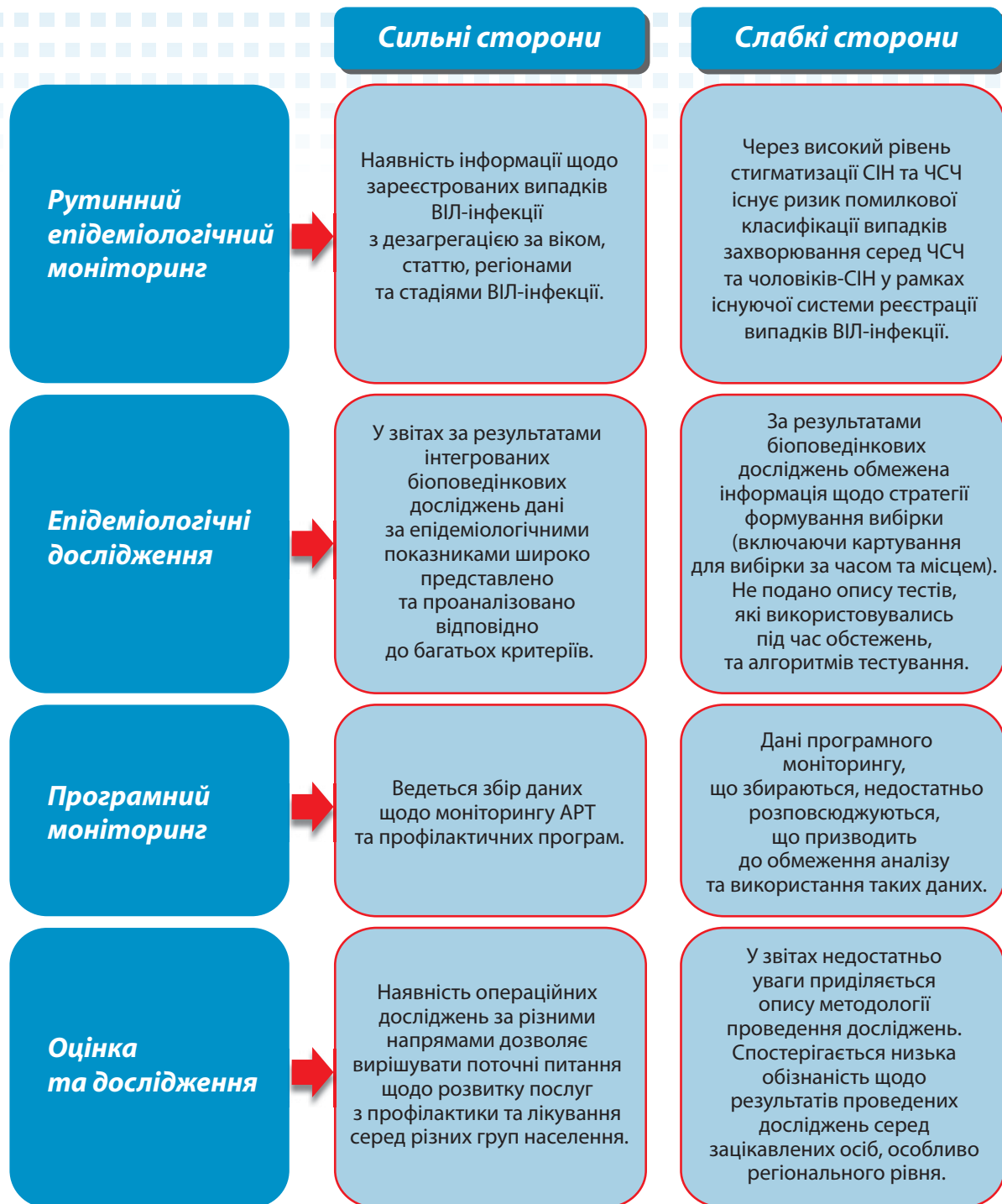


Рис. 5. Сильні та слабкі сторони сфер стратегічної інформації (за результатами кабінетного аналізу документів)

## Показники МіО як стратегічна інформація

Моніторинг та оцінку (МіО) нерідко розглядають як інструмент звітності, нагляду та контролю для пошуку недоліків у роботі. Таке сприйняття МіО заважає повноцінному розвитку цієї системи, цільовому використанню даних і налагодженню конструктивної взаємодії фахівців, експертів та осіб, які приймають рішення. Адже система МіО забезпечує розуміння не тільки тенденцій розвитку епідемічного процесу, але й рівня адекватності, достатності та ефективності заходів протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, необхідності їх посилення та вдосконалення.



Повністю функціональна система МіО гарантує, що актуальна та якісна інформація доступна в потрібний час, у потрібному місці і в потрібному форматі для використання в управлінні заходами з профілактики, догляду, лікування та підтримки.

В Україні система моніторингу та оцінки відповіді на епідемію надає стратегічну інформацію для аналізу досягнення поставлених цілей та прийняття рішень на регіональному та національному рівнях.

Моніторинг та оцінка проводяться шляхом формування єдиного переліку їх показників, розроблення методів збирання і обробки таких показників, проведення аналізу необхідних даних і використання результатів моніторингу та оцінки для прийняття управлінських рішень<sup>1</sup>.

Важливим є те, що ключові показники системи МіО затверджено офіційними документами.

Найбільш комплексним документом зі стратегічної інформації у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ є План моніторингу та оцінки ефективності виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ на 2014–2018 роки (затверджено наказом Держслужби України соцзахворювань від 15.01.2015 р. № 2), план містить показники МіО (див. Табл. 2), методологію їх збору та розрахунку. Зміст і числові значення цих показників є наочним прикладом стратегічної інформації, яка завдяки регулярному збору фіксує динаміку змін показників щодо профілактики, лікування, догляду та підтримки на національному, регіональному рівнях, а також дозволяє порівняти ці дані між регіонами.

Регіональні показники МіО формуються на підставі національних показників і затверджуються місцевими органами виконавчої влади. Вони відображають стан виконання завдань і заходів регіональних цільових соціальних програм протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ, надають узагальнену картину відповіді регіону на епідемію ВІЛ-інфекції.

Перелік регіональних показників містить:

- обов'язкові показники, включені до Плану моніторингу та оцінки ефективності Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ на 2014–2018 роки;
- спеціальні показники, які відображають особливості регіону під час визначення результатів, наслідків та впливу реалізації регіональних програм.

Приклад використання даних за регіональними показниками МіО наведено в Додатку 6.

<sup>1</sup> Див.: Положення про єдину систему моніторингу та оцінки заходів, спрямованих на запобігання поширенню епідемії ВІЛ-інфекції, затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 28 грудня 2011 р. № 1349, п. 7.

Таблиця

**Перелік показників МіО ефективності Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки**

Номер та назва показника	Базове значення показника (рік)	Цільове значення показника		Використання показника для МіО регіональних Програм
		2016 рік	2018 рік	
<b>Показник № 1.</b> Обсяг фінансових витрат на протидію епідемії ВІЛ-інфекції в Україні	492 874 605 грн. (2012)	Не визначається	Не визначається	Обов'язковий показник
<b>Показник № 2.</b> Відсоток фактичного фінансування Програми від запланованого	36,1% (2013)	100%	100%	Обов'язковий показник
<b>Показник № 3.</b> Поширеність ВІЛ серед молодих людей віком 15–24 роки	0,33 (2013)	0,30%	0,27%	Необов'язковий показник
<b>Показник № 4.</b> Смертність населення від хвороби, зумовленої вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)	11,5 на 100 тис. нас. (2013)	10,7 на 100 тис. нас.	9,9 на 100 тис. нас.	Обов'язковий показник
<b>Показник № 5.</b> Поширеність ВІЛ серед вагітних	0,87% (2013)	0,62%	0,49%	Обов'язковий показник
<b>Показник № 6.</b> Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15-24 роки	6,4% (2013)	5,3%	3,5%	Обов'язковий показник
<b>Показник № 7.</b> Відсоток жінок комерційного сексу, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15-24 роки	2,3% (2013)	2,2%	1,4%	Обов'язковий показник
<b>Показник № 8.</b> Відсоток чоловіків, які мають секс із чоловіками, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15-24 роки	3,0% (2013)	3,2%	2,1%	Обов'язковий показник
<b>Показник № 9.</b> Частота передачі ВІЛ від матері до дитини	4,3% (2012)	2,5%	1,0%	Обов'язковий показник
<b>Показник № 10.</b> Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ	42,8% (2013)	45,0%	55,0%	Обов'язковий показник
<b>Показник № 11.</b> Відсоток працівників комерційного сексу, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ	63,1% (2013)	65,0%	70,0%	Обов'язковий показник
<b>Показник № 12.</b> Відсоток чоловіків, які мають секс з чоловіками, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ	38,3% (2013)	45,0%	55,0%	Обов'язковий показник
<b>Показник № 13.</b> Відсоток засуджених, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ	36,0% (2013)	40,0%	60,0%	Обов'язковий показник

Продовження Таблиці 2

Номер та назва показника	Базове значення показника (рік)	Цільове значення показника		Використання показника для МіО регіональних Програм
		2016 рік	2018 рік	
<b>Показник № 14.</b> Кількість споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплених профілактичними програмами	196 460 (2013)	164 099	154 400	Обов'язковий показник
<b>Показник № 15.</b> Кількість працівників комерційного сексу, охоплених профілактичними програмами	37 394 (2013)	33 056	36 000	Обов'язковий показник
<b>Показник № 16.</b> Кількість чоловіків, які мають секс із чоловіками, охоплених профілактичними програмами	21 988 (2013)	37 000	49 000	Обов'язковий показник
<b>Показник № 17.</b> Відсоток загальноосвітніх навчальних закладів, які мають підготовлених вчителів і протягом останнього навчального року забезпечили навчання учнів за програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ	61,6% (2012)	90,0%	100,0%	Обов'язковий показник
<b>Показник № 18.</b> Відсоток молодих людей віком 15-24 роки, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається	48,0% (2012)	Не визначається	70,0%	Необов'язковий показник
<b>Показник № 19.</b> Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, яких було взято під медичний нагляд у III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекція	44,2% (2013)	40,0%	37,0%	Обов'язковий показник
<b>Показник № 20.</b> Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, які пройшли медичний нагляд протягом року, серед загального числа ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають на обліку	74,9% (2013)	80,0%	85,0%	Обов'язковий показник
<b>Показник № 21.</b> Відсоток людей, які живуть з ВІЛ, охоплених послугами з догляду та підтримки	Дорослі – 55,3% Діти – 82,8% (2013)	Дорослі – 80,0% Діти – 90,0%	Дорослі – 100,0% Діти – 100,0%	Обов'язковий показник
<b>Показник № 22.</b> Кількість осіб з ВІЛ-інфекцією, які отримують АРТ	55 784 (2013)	105 748	118 240	Обов'язковий показник
<b>Показник № 23.</b> Відсоток дітей, які отримують АРТ, з числа ВІЛ-інфікованих дітей	89,6% (2013)	99,0%	100,0%	Обов'язковий показник

Продовження Таблиці 2

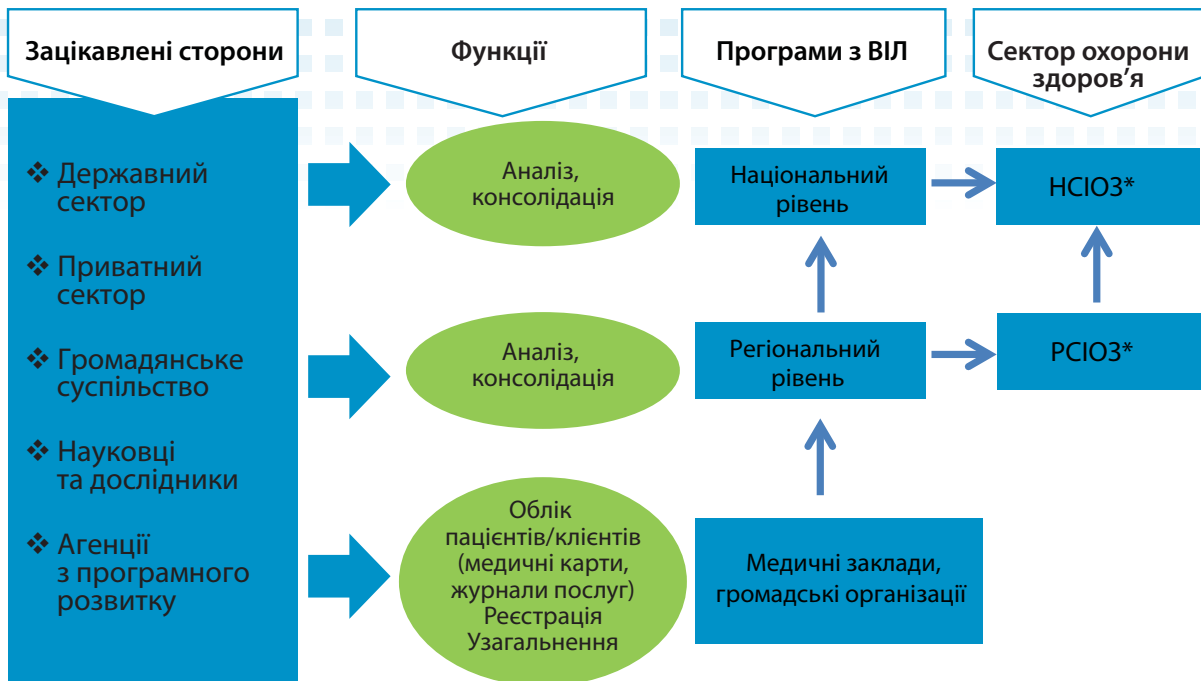
Номер та назва показника	Базове значення показника (рік)	Цільове значення показника		Використання показника для МіО регіональних Програм
		2016 рік	2018 рік	
<b>Показник № 24.</b> Відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують АРТ через 12 місяців після її початку	86,7% (2013)	85,0%	86,0%	Обов'язковий показник
<b>Показник № 25.</b> Відсоток зареєстрованих ВІЛ-інфікованих пацієнтів з ТБ, які отримували АРТ під час лікування ТБ	64,6% (2013)	55,0%	70,0%	Обов'язковий показник
<b>Показник № 26.</b> Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ	5,6 на 100 тис. нас. (2013)	4,5 на 100 тис. нас.	3,0 на 100 тис. нас.	Обов'язковий показник
<b>Показник № 27.</b> Відсоток осіб з опіоїдною залежністю, які отримують замісну підтримувальну терапію	17,0% (2013)	20,0%	35,0%	Обов'язковий показник
<b>Показник № 28.</b> Рівень дискримінації осіб, які живуть з ВІЛ	85,3 (2012)	Зниження на 20% від базового значення	Зниження на 50% від базового значення	Необов'язковий показник

### Забезпечення ефективного потоку даних

Для забезпечення ефективного потоку даних важливо визначити, яка інформація збирається та використовується на кожному рівні системи МіО і як вона передається на наступний рівень. Необхідно забезпечити верифікацію, наступність і взаємодоповнюваність інформації на всіх рівнях для уникнення дублювання. На Рис. 6 наведено основні компоненти ефективних інформаційних потоків у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Дані для МіО надають різні джерела та партнери, координацію здійснює система охорони здоров'я. Порядок обміну даними та звітності визначається та узгоджується всіма зацікавленими сторонами і закріплюється у плані МіО.

Передумови ефективного потоку даних включають, зокрема, узгоджений перелік обов'язкових показників (з розподілом даних за статтю та віком), які збирають відповідні партнери на кожному рівні; узгоджені звітні періоди й терміни подання звітності; взаємодію та організаційно-технічну узгодженість інформаційних систем.



\*НСІОЗ/РСІОЗ – національна/регіональні системи інформації у сфері охорони здоров'я

Рис. 6. Основні компоненти ефективного руху даних у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ<sup>1</sup>

Оскільки одним з основних завдань регіональних центрів МіО є збір та аналіз інформації за регіональними показниками, ці центри є ключовою організаційною структурою, яка забезпечує організацію ефективних потоків даних, формує та розповсюджує стратегічну інформацію з ВІЛ-інфекції/СНІДУ на регіональному рівні.

<sup>1</sup> За матеріалами та напрацюваннями External Review Group (ERG) WHO з розробки Consolidated Strategic Information Guide.

# РОЗДІЛ 2

## ЕТАПИ РОБОТИ З ІНФОРМАЦІЄЮ ТА ВИКОРИСТАННЯ СТРАТЕГІЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ДЛЯ ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ У СФЕРІ ПРОТИДІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ

У попередньому розділі (підрозділ «1.2. Характеристики та критерії якості стратегічної інформації») вже було наведено цикл основних етапів роботи з даними (див. Рис. ): збір, агрегація та підготовка звітності, аналіз та використання, розповсюдження та зворотний зв'язок, а також архівація та зберігання.

В цьому розділі буде приділено увагу інформаційно-аналітичному забезпеченню, аналізу (перетворенню даних на інформацію) та його основним методам, підготовці стратегічної інформації та її використанню для управлінських рішень.

Процес підготовки, прийняття і реалізації управлінського рішення має певні етапи і стадії.

### **Етап підготовки управлінського рішення:**

- оцінка ситуації;
- визначення цілі (сукупності цілей);
- збір та аналіз інформації про завдання, яке підлягає вирішенню;
- визначення, прогнозування розвитку ситуації та виявлення обмежень, ризиків;
- формування варіантів можливих управлінських рішень та визначення критеріїв їхньої ефективності (для досягнення цілей та завдань).

### **Етап прийняття і реалізації управлінського рішення:**

- прийняття рішення (вибір одного варіанта дій);
- доведення управлінського рішення до виконавців;
- складання плану реалізації управлінського рішення;
- організація виконання управлінського рішення;
- контроль за виконанням управлінського рішення;
- аналіз та оцінка виконання управлінського рішення на відповідність поставленим цілям.

### **. . Основні етапи роботи з інформацією: загальні підходи**

Основні етапи роботи з інформацією складаються з таких послідовних кроків: перевірка якості (надійності), підготовка до аналізу, безпосередньо аналіз, переведення наявної інформації у формат стратегічної, підготовка інформаційно-аналітичних матеріалів та процес використання стратегічної інформації.

#### **Перевірка якості та придатності надійності інформації**

Зважаючи на значний «прихований» компонент епідемії ВІЛ, на те, що її характер та перебіг знаходяться під впливом поведінкових практик серед груп, які характеризуються невисоким рівнем відкритості та досяжності і тому визначаються як важкодоступні групи населення (маються на увазі

СІН, ЖКС, ЧСЧ та їхні статеві партнери), – важливими етапами роботи з даними та інформацією є валідизація, перевірка валідності, тріангуляція та верифікація.

**Валідизація** – процес визначення ступеня валідності методів збору даних та інструментарію.

**Перевірка валідності** – визначення відповідності обраних методів збору даних завданням дослідження. Дані вважаються валідними тоді, коли вони відображають певну характеристику предмета дослідження. Прикладом валідності збору даних може бути вимірювання тиску у респондентів при дослідженні впливу проекту з протидії серцево-судинним захворюванням. Такий метод збору даних можна вважати більш валідним у порівнянні з інформацією респондента про стан його здоров'я (ця інформація скоріше свідчитиме про те, що респондент думає про стан свого здоров'я, а не про його актуальний стан, тому отримані дані будуть невалідними). У випадку, коли інструменти/метод збору даних/дані не відповідають критеріям валідності, їх вважають невалідними.

**Тріангуляція** – зіставлення даних, отриманих із трьох чи більше джерел з використанням різних методів. Результатом тріангуляції є їх відбір для подальшого використання. Недоліки одного методу чи джерела даних компенсуються за рахунок переваг іншого методу, що в такий спосіб підвищує обґрунтованість і надійність отриманих результатів (більш детально див. Додаток 1.)

**Верифікація** (від лат. *fi* – доказ, підтвердження) – емпіричне підтвердження теоретичних положень чи наукових гіпотез. На практиці (або іншими методами) перевіряється висунута гіпотеза та з'ясовуються реальні результати. Широко використовується в моделюванні, є складовою наукового методу в управлінні.

Принцип верифікації покладено в основу однієї із фундаментальних процедур наукового методу в державному управлінні: спостереження – формування гіпотези – її перевірка (верифікація).

### Підготовка до аналізу

Важливим етапом роботи з даними є їх **обробка та систематизація**. Навіть тоді, коли дані було зібрано за допомогою чітко визначених процедур і стандартних інструментів, їх слід перевірити для встановлення неточних або відсутніх даних. Очищення даних також включає пошук і виправлення помилок, які трапляються під час реєстрації інформації, передачі, переносу з паперових носіїв в електронний формат, комп'ютерної обробки, копіювання тощо.

Первинна обробка даних передбачає процедури стандартизації та/або систематизації, котрі в умовах комп'ютеризації здійснюються ще на етапі збору даних, але в окремих випадках потребують додаткового часу.

### Аналіз

Стратегії аналізу даних та їх подальше використання визначаються на стадії планування згідно з планом МіО, в такому випадку збір даних чи інформації є цілеспрямованим.

Інформаційно-аналітична робота вимагає певних знань та навичок, але ключовим чинником її успішності є **орієнтація на цілі аналізу**: для чого потрібна інформація (Які тези необхідно обґрунтувати Які аргументи будуть доказовими для прийняття рішень Який рівень деталізації інформації потрібен Чи доцільно підготувати інформацію в динаміці, за який період тощо).

**МЕТОДИ АНАЛІЗУ** – способи отримання знань про об'єкт, процес, явище через його поділ на частини та вивчення їхніх особливостей та взаємозв'язків.

Серед поширених методів аналізу можна назвати такі:

- ✓ декомпозиція, тобто розкладання на складові частини систем, процесів, проблем, процедур;
- ✓ виявлення прямих та зворотних зв'язків між складовими частинами об'єкта аналізу;
- ✓ класифікація, тобто поділ множини на підмножини за певними ознаками;
- ✓ редукція, тобто зведення структури об'єкта до більш простої;
- ✓ оцінювання як систематичне застосування методів дослідження для характеристики елементів об'єкта аналізу;
- ✓ формалізація, тобто відображення результатів мислення в точних поняттях, твердженнях;
- ✓ умовивід, тобто поєднання думок різного змісту в низку тез та висновків;
- ✓ застосування логічних прийомів, а саме індукції (формулювання висновків від часткового до загального) та дедукції (формулювання висновків від загального до часткового);
- ✓ формулювання висновків на підставі тотожності, формальної логіки, за аналогією, від протилежного; виведення норм (більш конкретних із більш загальних);
- ✓ кореляційний аналіз, тобто виявлення взаємного зв'язку, взаємозалежності, співвідношення елементів аналізу, їх імовірнісної або статистичної залежності;
- ✓ інтерполяція, тобто знаходження проміжних значень параметрів за низкою логічних або статистичних даних;
- ✓ екстраполяція, тобто поширення висновків щодо певних аспектів на проблему (процес) у цілому та на її подальший розвиток;
- ✓ моделювання, тобто дослідження проблем, процесів або систем шляхом побудови та вивчення їх моделей, зокрема структурних (відображають взаємозв'язки між елементами об'єкта аналізу) і функціональних (відображають комплекс функцій об'єкта аналізу та його елементів);
- ✓ імітація, тобто проведення експериментів на моделі реальної ситуації для вивчення її змін у просторі та часі;
- ✓ побудова дерева цілей – структурованої за ієрархічним принципом сукупності цілей системи, процесу, проблеми, в якій виділено головну мету та цілі нижчих рівнів, а також дерева рішень – схематичного зображення процесу прийняття рішень;
- ✓ експертиза, тобто вмотивовані висновки або оцінки фахівця-експерта (або фахівців) з певного питання, проблеми;
- ✓ визначення та розподіл пріоритетів, тобто першочерговості вирішення проблем щодо термінів або ресурсного забезпечення;
- ✓ евристика, тобто застосування спеціальних неформальних методів вирішення завдань шляхом продуктивного творчого мислення (евристичної діяльності);
- ✓ елімінавання, тобто виключення з розгляду ознак, факторів, показників, не пов'язаних з цим процесом, явищем;
- ✓ виділення релевантної інформації для прийняття рішень, тобто даних під конкретне завдання;
- ✓ забезпечення репрезентативності, тобто представництва цілого (системи, процесу, проблеми) його частинами;
- ✓ врахування факторів невизначеності та ризику, тобто ступеня ймовірності отримання певних результатів за умов наявності численних джерел та параметрів впливу на об'єкт аналізу;
- ✓ врахування людського фактору.

**Джерело:** Енциклопедія державного управління: у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України; наук.-ред. колегія: Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. – К.: НАДУ, 2011.



### Підготовка стратегічної інформації

Важливим етапом є оформлення результатів інформаційно-аналітичної діяльності. Інформація повинна бути чіткою та зрозумілою, візуалізованою, а висновки та рекомендації – обґрунтованими.

В умовах дефіциту часу на опрацювання інформації в осіб різного рівня державного управління, їх обмеженого доступу до первинної інформації, а також іноді суперечливого характеру інформації, недостовірності публічних даних корисною для обґрунтованого прийняття рішень є підготовка стислих інформаційних документів, які містять огляд фактичної ситуації, висновки, рекомендації та прогнози і тому є засобом інформаційного управління.

### Підготовка інформаційно-аналітичного документа

Інформаційно-аналітичний документ подає стратегічну інформацію в інтересах підвищення ефективності управлінської діяльності, тому з урахуванням мети і цільової аудиторії здійснюється добір аргументів, формулювання ключових висновків та рекомендацій.

#### Практичні кроки підготовки інформаційно-аналітичних документів:

- формування мети («Для чого?»);
- планування інформаційного запиту для аргументації (коло, перелік бажаних даних);
- забезпечення достатньої інформативності (досягнення «критичної» маси);
- розкриття значення фактів (обробити «сірі» факти);
- встановлення причин та наслідків;
- урахування історичного розвитку та характеру регіональної специфіки;
- визначення тенденцій розвитку;
- забезпечення високого рівня достовірності;
- формування висновків і рекомендацій;
- передбачення зворотного зв'язку (аналітик повинен знати оцінку споживачів щодо використання результатів досліджень), а також в окремих випадках – апробація інформаційних повідомлень на представниках експертних спільнот.

### Використання стратегічної інформації

В широкому розумінні використання стратегічної інформації не тільки передбачає інформаційне забезпечення прийняття рішень, але й вирішує багато інших завдань, важливих для формування середовища, відданого протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ.

#### Використання якісної стратегічної інформації необхідне для:

- інформування;
- навчання та просвіти;
- адвокації;
- обґрунтування планів, проектів, програм;
- розробки планів, проектів, програм;
- формування бюджетів проектів, програм, робочих планів;
- огляду та оцінки проектів, виконання планів, програм;
- аналізу стану досягнення цільових показників;
- прийняття управлінських рішень з коригування діяльності, зміни пріоритетів тощо.

## .. Робота зі стратегічною інформацією у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та її використання для прийняття рішень

Базовим принципом концептуальної моделі запиту і використання стратегічної інформації є те, що прийняття рішень на підставі доказової стратегічної інформації сприяє ефективній протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Цю модель подано на Рис. 7 у вигляді циклу, який включає чотири етапи роботи зі стратегічною інформацією (внутрішнє коло) та три сфери, спрямовані на поліпшення середовища роботи зі стратегічною інформацією (зовнішнє коло).

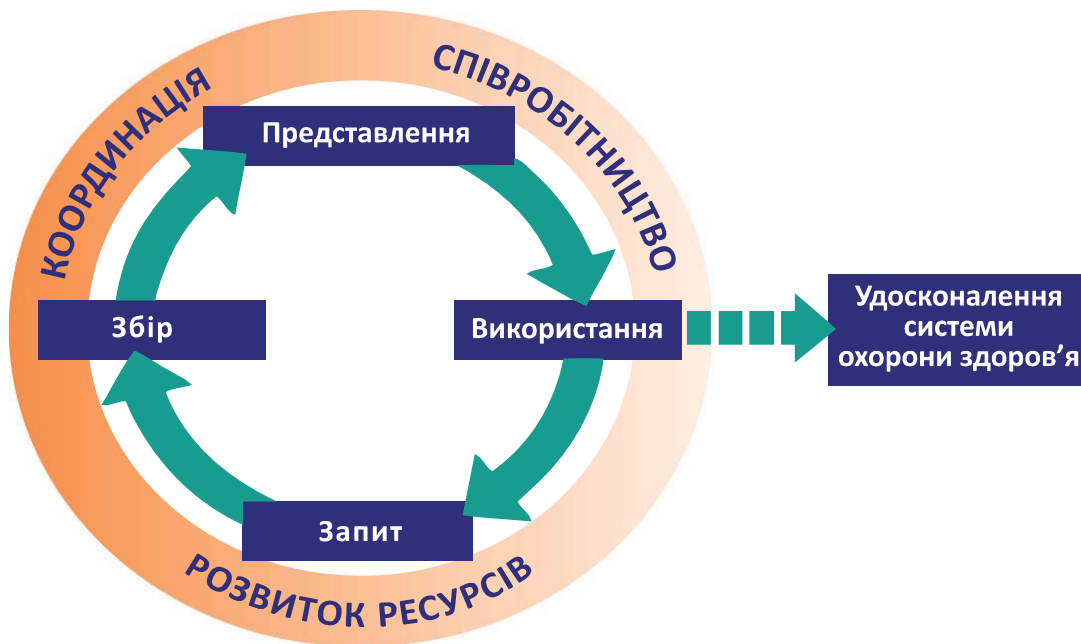


Рис. 7. Концептуальна модель запиту і використання стратегічної інформації<sup>1</sup>

Першим етапом роботи зі стратегічною інформацією є **запит** (або постановка ключового питання) – активна і відкрита вимога зацікавлених сторін про подання якісної інформації у сфері охорони здоров'я. Підставою для запиту даних може бути:

- розпорядження керівництва або нормативно-правові засади щодо збору певних даних (наприклад, розпорядження заступника голови ОДА «Про збір регіональних показників МіО ефективності заходів, що забезпечують контроль стану епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу»);
- виділення нових або розширення наявних ресурсів для роботи зі збору та аналізу даних (наприклад, включення до бюджету статей, що передбачають створення або розвиток статистичних відділів при міністерствах і в структурі програм, внесення змін до посадових інструкцій);
- вимога здійснити спеціальний аналіз (наприклад, рішення групи з МіО про проведення вправи з тріангуляції).

Наступним етапом роботи зі стратегічною інформацією є реагування на запит даних – **збір** відповідної інформації з різних джерел. Фахівці центрів МіО здійснюють пошук інформації, яка необхідна для заповнення інформаційних прогалів. Це може відбуватися через обробку даних, вторинний аналіз джерел або проведення нового дослідження.

Слід зауважити, що поширеною проблемою при роботі зі стратегічною інформацією є не її пошук, а формат подання, який досить часто не задовольняє потреби зацікавлених сторін. До прикладу,

<sup>1</sup> Data Demand and Use Concepts and Tools: A Training Tool Kit. Module 1: Using Data to Inform Policies and Programs. Джерело: <http://www.cpc.unc.edu/measure/training/materials/data-demand-use-concepts-tools/data-demand-and-use-3-day-training-materials.html>.

звіт про результати МіО ефективності заходів, спрямованих на запобігання поширенню епідемії ВІЛ-інфекції, за 2011-2012 роки, хоч і містить велику кількість важливої стратегічної інформації, у більшості випадків не буде корисним документом для зацікавлених осіб через великий об'єм даних. Тому **ключовим завданням фахівців центрів МіО є обробка доступної інформації та подання її в максимально доступному для сприйняття вигляді.** Слід зауважити, що для різних груп зацікавлених сторін формат подання стратегічної інформації може істотно відрізнятись. Сам процес обробки та **подання** стратегічної інформації у відповідному вигляді є третім ключовим етапом роботи з нею. Результатом цього етапу є розуміння інформації особами, відповідальними за прийняття рішень, та готовність використати її для прийняття рішення.

Як приклад наведемо два способи подання інформації для різних цільових груп.

*Перший спосіб* – у вигляді аналітичного тексту.

«З початку реєстрації станом на 01.10.201 року в області N виявлено 59 584 позитивні ВІЛ-інфіковані особи. На облік у закладах охорони здоров'я було поставлено 40 421 особу, таким чином, близько 19 000 осіб, маючи ВІЛ-позитивний статус, не перебувають під медичним наглядом, що становить 2 . Це пов'язано з тим, що люди, які пройшли тестування, бояться можливого розголошення їхнього ВІЛ-статусу під час перебування на обліку, проте потребують вичерпної інформації для прийняття рішення про відвідання лікувального закладу та отримання повноцінної медичної допомоги. Нині під медичним наглядом перебувають 22 7 0 осіб, активна диспансерна група становить 19 05 осіб, 6 545 з яких отримують ВААРТ. Люди з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, а також їхнє найближче оточення повинні мати доступ до корисної інформації з питань профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ЛЖВ, можливість ставити запитання лікарям, ознайомлюватися з клінічними протоколами та настановами.»

*Другий спосіб* – у вигляді діаграми-каскаду (див. Рис. 8):

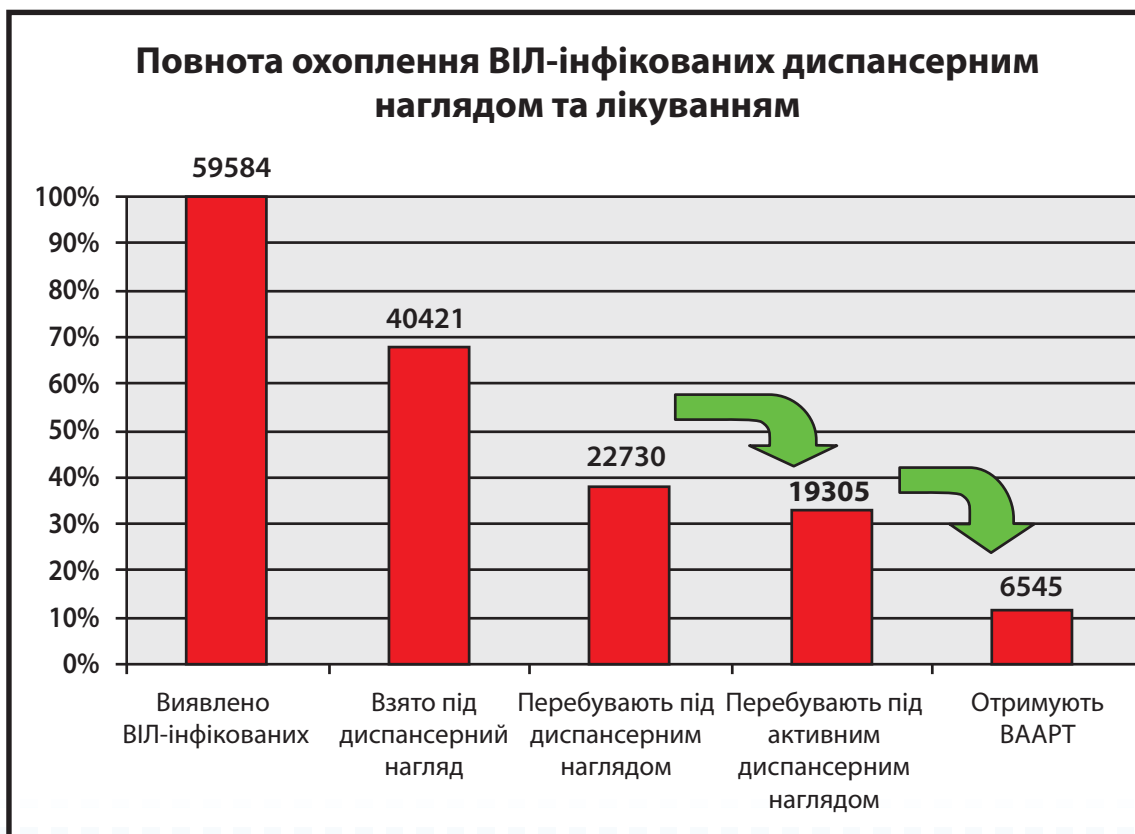


Рис. 8. Приклад подання інформації за допомогою каскаду

Перший варіант подання інформації доцільно використати при підготовці аналітичного документа для профільних фахівців, однак він зовсім не релевантний для членів регіональних рад з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу (далі – ради з ТБ/ВІЛ).

Детальніше про метод каскадного аналізу див. у Додатку 2.

Ще один ефективний спосіб подання інформації – картування. В окремих випадках для цього необхідно провести спеціальне дослідження<sup>1</sup> за відповідною методологією, але досить часто картування можна використовувати як засіб візуалізації наявних даних (детальніше див. Додаток ).

Отже, подання інформації не є універсальним і потребує творчого підходу, врахування потреб групи отримувачів.

Заключним, часто найбільш складним та комплексним, етапом у роботі зі стратегічною інформацією є її **використання** в процесі прийняття рішень – під час розробки стратегічного плану, внесення змін до програми або підготовки нових документів тощо.

### Від чого залежить ефективне використання стратегічної інформації

На процеси, пов'язані з використанням стратегічної інформації, впливають такі сфери, як системна (організаційна), технічна і поведінкова (див. Рис. 9)<sup>2</sup>. Перешкоди у використанні стратегічної інформації існують/виникають при взаємодії різних сфер.

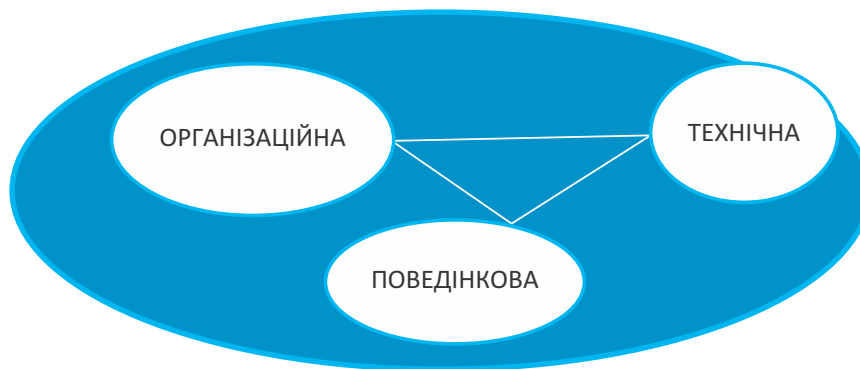


Рис. 9. Сфери, що впливають на використання стратегічної інформації

*Організаційна (системна) сфера* включає чинники, що сприяють чи заважають збору, забезпеченню наявності та використання інформації. Основними перешкодами в цій сфері є недосконала структура (організації чи програми), нечіткий розподіл завдань, недостатня підтримка, політичне втручання. Часто в рамках програми не створено чіткого та конкретного плану роботи з питань МІО та не виділено бюджету на здійснення моніторингу та оцінки, що зумовлює обмеження в доступі до певних даних. Наприклад, отримання даних щодо поведінкових практик цільової групи на рівні району стає питанням не планування роботи та визначення її ефективності, а політичної прихильності керівництва до цього виду діяльності.

*Технічна сфера* включає чинники, які стосуються технічних аспектів, процесів та інструментів збору та аналізу даних, перетворення даних на інформацію. Наприклад, перешкодами можуть бути недостатні технічні навички працівників, відсутність комп'ютерів та системи роботи з даними у визначенні показників, відсутність протоколів забезпечення якості даних.

Ще однією сферою, яка чи не найбільше впливає на використання стратегічної інформації, є *поведінкова (або індивідуальна) сфера*. Вона пов'язана з чинниками, що стосуються поведінки різних людей, які створюють та/або використовують дані.

<sup>1</sup> Див., наприклад: Картування послуг для груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ у восьми областях України. Дніпропетровська, Запорізька, Львівська, Миколаївська, Одеська, Полтавська, Черкаська та Чернігівська області / Інна Шваб, Наталія Калягіна, Олена Дорошенко, Калєб Паркер, Кетрін Лью. – К.: RESPOND, 2014. – 56 с.

<sup>2</sup> Data Demand and Use Concepts and Tools: A Training Tool Kit. Module 2: Determinants of Data Use. – Режим доступу: <http://www.cpc.unc.edu/measure/training/materials/data-demand-use-concepts-tools/data-demand-and-use-3-day-training-materials.html>.

До таких чинників належать:

- ставлення до проблеми осіб, які приймають рішення;
- рівень знань та поінформованості;
- мотивація;
- загальний рівень (або відсутність) культури роботи з даними тощо.

Часто спостерігається ситуація, коли дані, необхідні для планування програми або продовження роботи проекту, не використовуються через поширену практику «копіювання» діяльності попереднього періоду («копіювання старих планів») програми/проекту. Основними причинами цього підходу є відсутність знань, навичок або небажання осіб працювати з інформацією.

Усі три сфери (організаційна, технічна і поведінкова) впливають на використання стратегічної інформації у процесі прийняття рішень. Визначальними чинниками запиту і використання інформації також є *політичний, культурний та соціальний контекст* – традиції, рівень технічного та програмного забезпечення, бажання змін, наявність інноваційних настанов, особисті амбіції, якість соціальних мереж тощо.

Використання стратегічної інформації у процесі прийняття рішень є однією зі складових системи державного регулювання заходів протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ на національному та регіональному рівнях. У широкому сенсі всі структури, залучені до сфери протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ, мають потреби в **інформаційно-аналітичному забезпеченні**.

Інформаційно-аналітичне забезпечення – це сукупність технологій, методів збору та обробки інформації, яка характеризує об'єкт управлінського впливу (соціальні, політичні, економічні та інші процеси), специфічних прийомів діагностики, аналізу й синтезу, а також оцінки наслідків прийняття різних варіантів політичних рішень.

Систему інформаційно-аналітичного забезпечення управління можна визначити як взаємозалежну та відповідним чином сформовану сукупність організаційних, організаційно-правових, інформаційних, методичних, програмно-технологічних компонентів, яка забезпечує необхідну якість прийнятих управлінських рішень за рахунок раціонального використання інформаційних ресурсів технологій відповідно до принципів проблемної орієнтації та програмно-цільової установки, вибіркової підготовки та доведення інформації до керівників з урахуванням їхнього місця в системі управління та основних функціональних обов'язків.

Управлінські структури як суб'єкти системи інформаційно-аналітичного забезпечення постійно взаємодіють з інформаційним середовищем, регулюють рух інформації, аналізують тенденції й на цій основі розробляють рекомендації для прийняття рішень.

Інформаційно-аналітичне забезпечення необхідне під час виконання таких завдань: моніторинг стану та діяльності об'єкта управління; контроль за виконанням рішень; аналіз зовнішніх і внутрішніх проблемних ситуацій та прогнозування їх розвитку; підготовка змістової частини управлінських рішень та їх документального оформлення (проекти нормативних документів); аналіз обґрунтованості прийнятих рішень; організація експертизи проблем та пропонування рішень; організація діяльності відповідного органу управління.

У контексті функціонування системи державного управління інформаційно-аналітичне забезпечення є основою прийняття науково обґрунтованих управлінських рішень.

*Джерело:*

Енциклопедія державного управління: у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України; наук.-ред. колегія: Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. – К.: НАДУ, 2011. – Т. 1: Теорія державного управління / наук.-ред. колегія: В. М. Князєв (співголова), І. В. Розпутьенко (співголова) та ін. – 2011. – 748 с.

**Цілі інформаційно-аналітичного забезпечення** процесу управління у сфері протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу:

- розповсюдження та використання даних системи моніторингу та оцінки;
- розробка/вдосконалення політики;
- планування програм та їх вдосконалення;
- забезпечення комплексної та своєчасної звітності про хід і результати впровадження програм, стратегій і підходів, визначення їх наслідків та впливу.

### Користувачі стратегічної інформації

- Члени регіональних рад з ТБ/ВІЛ, працівники структурних підрозділів місцевих органів влади, особливо працівники галузі охорони здоров'я потребують необхідної інформації як для поточного щоденного управління, так і для довгострокового планування.
- Медичні працівники (особливо керівники закладів охорони здоров'я) також потребують інформації і для поточного щоденного управління, і для середньо- та довгострокового планування.
- Керівники програм охорони здоров'я потребують достовірної та своєчасної інформації:
  - для виявлення найбільш актуальних потреб і найбільш ефективних способів реагування на них;
  - для оцінки актуальності програми та її відповідності запиту;
  - для коригування заходів (за потреби).
- Міжнародні програми/організації охорони здоров'я (наприклад, Глобальний фонд, ВООЗ, ЮНЕЙДС) вимагають подання звітності про прогрес у виконанні завдань і заходів.
- Спонсори використовують інформацію для прийняття обґрунтованих рішень про спрямування інвестицій, допомагають у плануванні та координації заходів.
- Стратегічна інформація також використовується в пропагандистській діяльності, мобілізації ресурсів, для академічних цілей, у дослідженнях і розробках.

### Чому це важливо

- Точна інформація – вдалі рішення
- Обґрунтовані рішення – правильні рішення

Стратегічна інформація не є виключною власністю державної системи охорони здоров'я. Неурядові організації, наукові кола та громадянське суспільство в цілому повинні мати доступ і робити свій внесок у збір, аналіз і використання цієї інформації як глобального суспільного блага.

У Додатку 4 наведено приклад використання Проектом S I «Посилення контролю за ТБ в Україні» стратегічної інформації на регіональному рівні.

## . . Стратегічне планування та запит на стратегічну інформацію у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу

У сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу найбільш часто запит на стратегічну інформацію виникає під час планування, моніторингу та оцінки проектів і програм, тому далі буде розглянуто стратегічну інформацію через призму фаз життєвого циклу програми та в контексті стратегічного планування.

Будь-яка програма/проект проходить п'ять фаз життєвого циклу, на кожній з них зацікавлені особи потребують різної стратегічної інформації.

### Фази життєвого циклу програми

На Рис. 10 наведено модель життєвого циклу програми та співвідношення фаз, ключових питань, джерел інформації, показників. Модель є наочним інструментом для скоординованої реакції на відомості, зібрані виконавцями, партнерами та донорами під час впровадження програми.

Фази життєвого циклу програми	Ключові питання та джерела стратегічної інформації	Рівень показників
П'ята фаза Оцінка програми	<i>Визначення ефективності</i>	8. Чи впроваджуються зусилля на достатньо високому рівні, щоб впливати на епідемію? • Дослідження та нагляд
Четверта фаза Моніторинг виконання програми	<i>МіО програм</i>	7. Чи є заходи дієвими/ефективними? • Дослідження та оцінка наслідків
		6. Чи виконується програма відповідно до плану? • Моніторинг результатів
		5. Що саме виконується? • МіО програми, оцінка якості
Третя фаза Проектування програми	<i>Розуміння процесів та відповіді</i>	4. Які втручання та ресурси необхідні? • Потреби, ресурси, моніторинг ресурсів
Друга фаза Стратегічне планування		3. Які заходи справді працюватимуть (дієвість та ефективність)? • Спеціальні та операційні дослідження, нормативні дослідження, комплексні дослідження
Перша фаза Визначення проблеми		2. Якими є чинники? • Дослідження чинників
		1. В чому полягає проблема? • Ситуаційний аналіз та нагляд

Рис. 10. Модель життєвого циклу програми

Залежно від фази життєвого циклу програми, фахівці МіО використовують різні джерела та методи збору, обробки і аналізу даних.

#### Перша фаза визначення проблеми

На цьому етапі особи, які приймають рішення щодо програм профілактики, лікування, догляду та підтримки, потребують даних про характер, стан і масштаби стратегічна інформація є підґрунтям для планування відповіді на епідемію (див. Табл. ).

Таблиця

Ключові питання	Джерела стратегічної інформації
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Який характер епідемії в країні / регіоні / місті / селі:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• ХТО? (Вік, стать, підгрупи)</li> <li>• ДЕ? (Макрорівень: регіон; мікрорівень: осередки)</li> <li>• ЯК? (Шляхи передачі, поведінка)</li> <li>• ЧОМУ? (Чинники – соціальні, етнокультурні, економічні тощо)</li> </ul> </li> <li>○ Яка динаміка розвитку епідемії?</li> <li>○ Рівень поширеності ВІЛ у минулому, зараз і в майбутньому</li> <li>○ Де сталися останні 1000 випадків інфікування ВІЛ<sup>1</sup>?                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Хто належить до груп найвищого ризику?</li> </ul> </li> </ul>	Дані рутинного епідеміологічного нагляду Дані біоінтегральних досліджень (серологічні, поведінкові) Моделювання розвитку епідемії Оцінка чисельності груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ

<sup>1</sup> В Україні станом на початок 2014 року не існує даних щодо реально нових випадків інфікування ВІЛ.

Так, наприклад, дані про поширення ВІЛ у групах підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ є стратегічною інформацією в аспекті визначення проблеми. Такі дані рекомендовано подавати у вигляді графіка або діаграми з розподілом за віком, специфікою груп тощо (Рис. 11).

### Поширеність ВІЛ серед груп найвищого ризику за даними біоповедінкових досліджень, 2007–2013 рр.

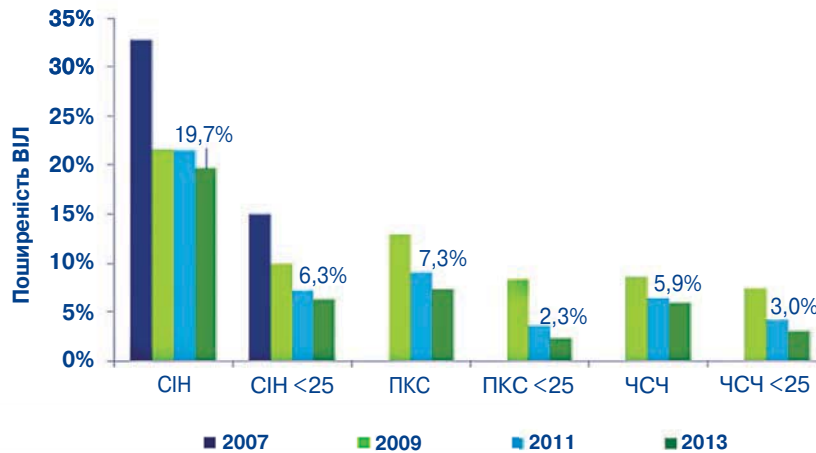


Рис. 11. Приклад подання стратегічної інформації на базі даних біоповедінкових досліджень

#### Друга фаза стратегічне планування

На цьому етапі формується орієнтація на довгострокову перспективу, визначаються стратегічні цілі та завдання (з їх обов'язковим широким обговоренням), яких планують досягти шляхом впровадження проекту/програми для розв'язання проблеми чи покриття потреб. (див. Табл. 4).

Таблиця

Ключові питання	Джерела стратегічної інформації
Якими повинні бути першочергові завдання для вирішення проблеми?	Стратегічна інформація, отримана під час визначення проблеми Оцінка попередньої програми/заходів

На регіональному рівні найбільш якісними джерелами для формування стратегічної інформації є звіти про стан виконання попередніх програм, бюлетені регіональних центрів профілактики та боротьби зі СНІДом, аналітичні звіти за результатами досліджень, інші доступні аналітичні звіти. Також для формування цілей та завдань діяльності доцільно використовувати Загальнодержавну цільову соціальну програму протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки<sup>1</sup>.

#### I. ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАВДАННЯ

1. Удосконалення механізмів міжвідомчої і міжсекторальної координації виконання заходів з протидії ВІЛ-інфекції.
2. Забезпечення сталості і життєздатності програм і заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.
  - Удосконалення законодавчої та нормативної бази у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.
4. Зміцнення кадрового потенціалу і матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я, які надають допомогу людям, які живуть з ВІЛ.
5. Розвиток системи моніторингу і оцінки ефективності заходів протидії епідемії ВІЛ-інфекції, що проводяться на національному та регіональному рівнях.

<sup>1</sup> Див. Закон України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки».



6. Проведення наукових досліджень у медико-біологічній та соціоекономічній сферах.
7. Підготовка фахівців різних галузей з актуальних питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.
8. Формування толерантного ставлення до людей, які живуть з ВІЛ, та представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ.

## II. ПРОФІЛАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ

1. Розробка, виготовлення та розповсюдження соціальної реклами, просвітницьких програм з формування здорового способу життя у населення.
2. Навчання школярів та студентської молоді у навчальних закладах усіх форм власності за програмами профілактики ВІЛ-інфекції та формування здорового способу життя на основі життєвих навичок.
  - Розширення охоплення програмами профілактики ВІЛ-інфекції представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ та їхніх статевих партнерів, а також ув'язнених, дітей із сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах, безпритульних та бездоглядних дітей та які не отримують належного батьківського піклування.
4. Розширення інтегрованого підходу до надання медико-соціальних послуг ВІЛ-інфікованим споживачам ін'єкційних наркотиків (у тому числі вагітним жінкам), забезпечення децентралізації цих послуг через мережу центрів профілактики та боротьби зі СНІДом та кабінетів «Довіра» з метою підвищення їх доступності на місцевому рівні.
5. Забезпечення доступу та охоплення вагітних жінок до послуг з консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію та профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини.
6. Забезпечення профілактики інфікування ВІЛ на робочому місці, передусім для медичних працівників.
7. Надання медикаментозної постконтактної профілактики ВІЛ-інфікування (ПКП) особам з можливим ризиком інфікування ВІЛ.
8. Забезпечення вільного доступу населення до безоплатного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію.
9. Профілактика захворюваності на вірусні гепатити В і С, інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), для представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ та ВІЛ-інфікованих осіб.

## III. ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА, ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ДОСЛІДЖЕНЬ<sup>1</sup>

1. Удосконалення системи управління якістю лабораторних досліджень у сфері ВІЛ/СНІДу.
2. Забезпечення лабораторного супроводу лікування хворих на ВІЛ-інфекцію, формування прихильності до АРТ.
  - Забезпечення проведення лабораторних досліджень та діагностики ВІЛ-інфекції гарантованої якості.
4. Запобігання розвитку штамів ВІЛ, резистентних до антиретровірусних препаратів.

## I . ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ/СНІД<sup>2</sup>

1. Забезпечення доступу до безперервної антиретровірусної терапії для хворих на ВІЛ-інфекцію, які цього потребують.

### · ЗАВДАННЯ З ДОГЛЯДУ ТА ПІДТРИМКИ

1. Забезпечення доступу ЛЖВ та членів їхніх сімей до програм з догляду та підтримки.

<sup>1</sup> Для регіональних програм важливо передбачити забезпечення проведення діагностики опортуністичних інфекцій, супутніх захворювань та ІПСШ.

<sup>2</sup> Для регіональних програм важливо передбачити забезпечення доступу до лікування опортуністичних інфекцій, супутніх захворювань та ІПСШ.

### Третя фаза проектування програми

На цьому етапі вносять зміни до чинної програми/проекту або розробляють нову відповідно до конкретних цілей і завдань, аналізують отримані за допомогою системи МіО дані щодо процесів, які впливають на розвиток епідемії, ефективних форм профілактики, лікування, догляду, підтримки, а також щодо розподілу коштів та зусиль з метою досягнення запланованих цілей.

Для проектування програми аналізують три ключові питання та відповідні дані з різних джерел (див. Табл. 5).

Таблиця

Ключові питання	Джерела стратегічної інформації
Якими є чинники? (детермінанти поширення ВІЛ на рівні системи, спільноти чи індивіда)	Швидка оцінка та аналіз ситуації Оцінка знань, ставлення та поведінки цільових груп Епідеміологічні дослідження
Які заходи справді працюватимуть? (Дієвість і ефективність)	Огляд наявної інформації про те, які втручання є ефективними чи не-ефективними Операційні, оціночні та інші спеціальні дослідження
Які втручання та ресурси необхідні?	Аналіз потреб Розрахунок витрат, дані щодо вартості надання послуг/втручань у розрахунку на одного клієнта, вартості курсу лікування, вартості схеми АРТ тощо Оцінка чисельності груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ

На прикладах розглянемо ключове питання № – «Які втручання та ресурси необхідні?».

**Приклад** : розрахунок забезпечення доступу СІН до програм замісної підтримувальної терапії (ЗПТ).

Для обчислень програми необхідно встановити конкретну мету щодо охоплення ЗПТ. За рекомендацією ВООЗ,  $N < 20$ ,  $N \geq 20$  і менше вважається низьким, більш як 40 – високим. Припустімо, що певна область поставила за мету охоплення ЗПТ на рівні 20.

Наступним кроком є визначення осіб, які потребують ЗПТ. За рекомендацією ВООЗ<sup>2</sup>, застосування ЗПТ показане всім особам з опіоїдною залежністю. На регіональному рівні існують оціночні дані щодо кількості СІН (детально про роботу з оціночними даними див. у Додатку 5). За даними біоповедінкового дослідження серед СІН (201 рік), частка осіб з опіоїдною залежністю серед усіх СІН становить 86,5%. Для розрахунку кількості осіб, які потребують ЗПТ, слід використовувати формулу  $X = A \cdot 0,87$ , де А – оціночна кількість СІН у певному регіоні; X – кількість осіб, які потребують ЗПТ (або кількість осіб з опіоїдною залежністю).

Маючи цільове значення і дані про кількість осіб, яким слід надати послуги, можна розрахувати фінансове й технічне забезпечення програми ЗПТ. Для цього необхідні дані про вартість надання послуг у розрахунку на одного клієнта. Така інформація є у надавачів послуг або міститься у фінансовому звіті попередньої програми.

**Приклад** : розрахунок забезпечення потреб ВІЛ-інфікованих осіб у лікуванні та профілактиці опортуністичних інфекцій (далі – ОІ) (на прикладі внесення коректив до бюджету проекту Глобально-

<sup>1</sup> Техническое руководство для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков (пересмотр 2012 года). – Режим доступу: [http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets\\_universal\\_access/ru/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/ru/index.html).

<sup>2</sup> Treatment of opioid dependence. – Режим доступу: [http://apps.who.int/substance\\_abuse/activities/treatment\\_opioid\\_dependence/en/index.html](http://apps.who.int/substance_abuse/activities/treatment_opioid_dependence/en/index.html).

го фонду 10 раунду (далі – ГФ 10) в ході реалізації I фази проекту, виконавець – ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ».

Для лікування та профілактики ОІ у ВІЛ-інфікованих осіб у бюджеті проекту ГФ 10 на період реалізації I фази (2012-2013 рр.) було передбачено дві закупівлі лікарських засобів (далі – ЛЗ), розрахунки яких проводились на етапі подання заявки до Глобального фонду у вигляді курсів лікування/профілактики випадків ОІ та включали 12 найменувань ЛЗ. Під час другого року реалізації I фази проекту ГФ 10, перед другою закупівлею ЛЗ було проведено регіональний аналіз використання та залишків курсів лікування/профілактики ОІ, отриманих за результатами попередньої закупівлі (див. Рис. 12). На підставі цього аналізу визначено залишки кожного ЛЗ першої закупівлі, які враховано при формуванні потреби на другу закупівлю, та внесено корективи до бюджету проекту ГФ 10 в частині визначення переліку найменувань ЛЗ та розрахунку їх необхідної кількості. Для ефективного використання ЛЗ до закінчення термінів їх придатності було змінено обсяги закупівлі деяких найменувань або здійснено відмову від закупівлі. Результати аналізу використання курсів лікування/профілактики випадків ОІ та залишки ЛЗ в подальшому також було враховано під час розподілу ЛЗ між регіонами.

### Використання ЛЗ (перша закупівля) у розрізі регіонів України (отримано 57 184 курси, використано 51% курсів)

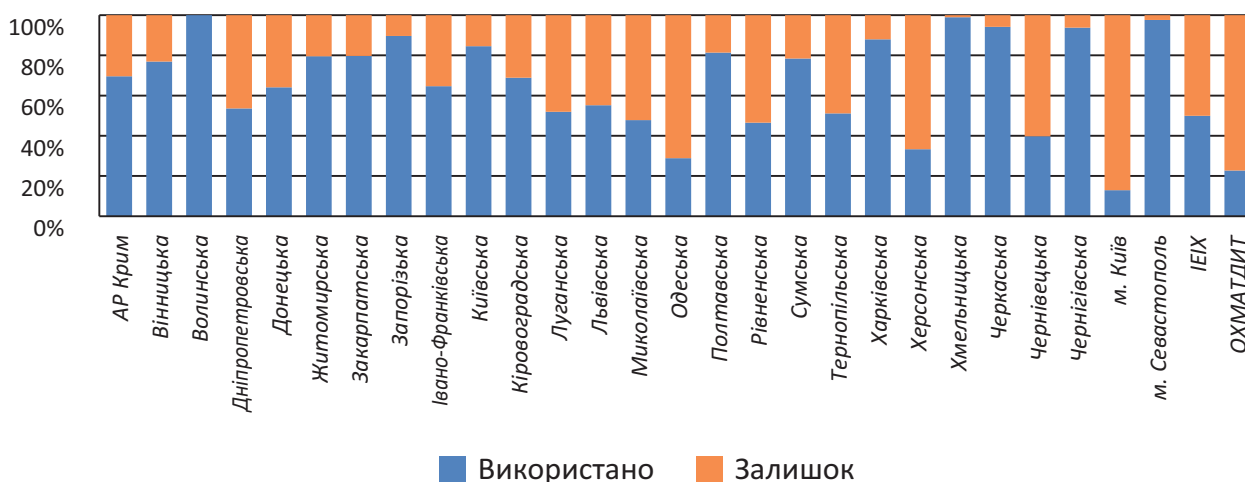


Рис 12. Приклад аналізу річного використання загальної кількості курсів лікування/профілактики опортуністичних інфекцій у ВІЛ-інфікованих осіб в рамках виконання I фази проекту ГФ 10, 2012-2013 рр<sup>1</sup>.

#### Алгоритм перерахунку кількості отриманих ЛЗ в курси лікування/профілактики ОІ на прикладі ЛЗ Ганцикловір, фл. 500 мг, №1

Нозологія ОІ: ЦМВ-інфекція, потреба на 1 курс: 1г на день \* 14 днів = 14 г

Спосіб 1:

розрахунок флаконів на курс: 2 фл. на день \* 14 днів = 28 фл. на курс;

розрахунок повних курсів: 952 упаковки отримано \* 1 фл. в упаковці / 28 фл. на курс = 34 повні курси.

Спосіб 2:

розрахунок упаковок на курс: 28 фл. на курс / 1 фл. в упак. = 28 упак. на курс;

розрахунок повних курсів: 952 упаковки отримано / 28 упак. на курс = 34 повні курси.

<sup>1</sup> Опортуністичні інфекції як маркер доступу ЛЖВ до медичної допомоги. Аналітичний матеріал за результатами моніторингу лікування/профілактики опортуністичних інфекцій у 2013 році за кошти проекту ГФ 10, проведеного відділом МіО ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ». – [http://network.org.ua/projects/monitoring/research/?ELEMENT\\_ID=3652](http://network.org.ua/projects/monitoring/research/?ELEMENT_ID=3652).

**Четверта фаза моніторинг виконання програми**

Виконавці та особи, які приймають рішення, аналізують поточний стан реалізації програмних заходів (чи здійснюються заходи програми відповідно до плану; чи досягає програма цільової групи населення; чи є певні зміни ситуації результатом впровадження програми тощо) та визначають способи поліпшення виконання програми (див. Табл. 6).

**Таблиця**

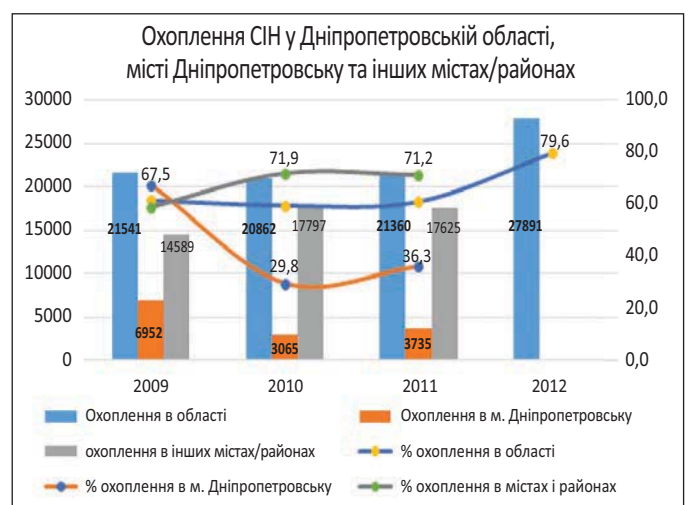
Ключові питання	Джерела стратегічної інформації
Що саме виконується?	Програмний моніторинг Оцінка процесу та якості послуг
Чи виконується програма відповідно до плану?	Моніторинг програмних заходів та оцінки охоплення на основі: <ul style="list-style-type: none"> <li>• даних програмного моніторингу</li> <li>• даних оцінки чисельності</li> <li>• даних поведінкових досліджень</li> </ul>
Чи є заходи дієвими / ефективними?	Дослідження оцінки наслідків, операційні, спеціальні, інші дослідження

Для прикладу моніторингу виконання програми розглянемо ключове питання № 2 «Чи виконується програма відповідно до плану?».

Порівняння стану виконання програми з запланованими цільовими значеннями не завжди ефективно відображає відповідь регіону на епідемію. Це пов'язано з кількома важливими причинами. По-перше, в регіональних програмах не завжди існують цільові значення показників, по-друге, цільові значення можуть не відображати потреби цільової групи та ефективної відповіді на епідемію. Тому для повноти аналізу слід порівняти досягнуті значення показників з запланованими значеннями та з потребами.

**Приклад:** використання даних програмного моніторингу щодо охоплення СІН у Дніпропетровській області та даних щодо оціночної кількості СІН для розрахунку відсотка охоплених СІН.

Відсоток охоплення СІН профілактичними послугами у Дніпропетровській області, за даними програмного моніторингу, зберігався на рівні, близькому до 60, упродовж 2009-2011 років та збільшився до 80 у 2012 році. Водночас, у місті Дніпропетровську, де, за даними оцінки, зосереджено третину оціночної чисельності СІН області, рівень охоплення СІН у 2010-2011 рр. знизився майже удвічі порівняно з 2009 роком. Загальний показник по області зберігався на сталому рівні за рахунок більшого охоплення СІН в інших містах/районах (див. Рис. 1). Отже, незважаючи на досить високі показники охоплення СІН на рівні області, питання щодо охоплення СІН у м. Дніпропетровську залишається актуальним.



**Рис. 13. Приклад аналізу за допомогою зіставлення різних показників<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Дані програмного моніторингу щодо охоплення СІН у Дніпропетровській області у розрізі районів за 2012 рік недоступні.

### П'ята фаза оцінка програми

На цьому етапі встановлюється наявність або відсутність прогресу у відповідь на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДУ, рівень ризикованої поведінки та поширеності ВІЛ серед цільових груп населення, здійснюється оцінка співвідношення зусиль програми з оперативними та перспективними змінами у розвитку епідемії (див. Табл. 7).

Таблиця

Ключове питання	Джерела стратегічної інформації
Чи достатньо зусиль, щоб впливати на епідемію?	Рутинний епідеміологічний нагляд – біоінтегральні дослідження (серологічні, поведінкові) Триангуляція (детальніше про метод триангуляції див. у Додатку 1)

Відповідність запиту стратегічної інформації фазам життєвого циклу програми допомагає особам, які приймають рішення, сформулювати питання, актуальні для певного проміжку часу, а фахівцям з МіО – визначити джерела стратегічної інформації, релевантні для цих питань.

Але навіть достатні обсяги необхідної інформації не завжди забезпечують прийняття ефективних рішень. Інформація інтерпретується по-різному, залежно від специфіки гіпотези щодо функціонування об'єкта аналізу, методів обробки, перевірки та напрямків використання інформації, а також стратегічних інформаційних потреб.

Під час використання стратегічної інформації відбувається взаємодія суб'єктів, які виробляють стратегічну інформацію, та суб'єктів, зацікавлених у ній, – потенційних користувачів. Погляди виробників інформації та її користувачів можуть не збігатися: виробники інформації зорієнтовані насамперед на об'єктивність, детальність та аналітичний підхід, а користувачі інформації – на швидке реагування, конкретні дії та рішучість. Такі різні погляди можуть стати причинами ускладнень або конфліктів у процесі прийняття рішення (див. Табл. 8).

Таблиця

Виробники даних схильні вважати, що користувачі...	Користувачі даних схильні вважати, що виробники...
<i>... цінують політичні аргументи більше, ніж аналітичні докази; ... не готові до вимірювання або оцінки результатів своїх рішень.</i>	<i>... недостатньо реагують на пріоритети; ... не здатні виробляти вчасні, надійні та релевантні дані; ... віддають перевагу цифрам та письмовим звітам, а не дискусіям.</i>

Ефективна комунікація виробників та користувачів інформації є необхідною умовою для забезпечення прийняття управлінських рішень, що ґрунтуються на доказовості.

У процесі прийняття рішень щодо протидії ВІЛ-інфекції/ СНІДУ на регіональному рівні беруть участь:

- **особи, які приймають рішення** (місцеві органи виконавчої влади у сфері охорони здоров'я, керівники регіональних центрів профілактики та боротьби зі СНІДом, НУО, донори);
- **фахівці з питань МіО** (працівники регіональних центрів моніторингу й оцінки, а також усі залучені до збору даних у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ);
- **зацікавлені сторони** (впливають на процес прийняття рішень через формування певного уявлення про проблему як серед фахівців, так і серед громадськості).

На кожному етапі використання стратегічної інформації для прийняття рішень (Рис. 14) беруть участь фахівці з МіО, від яких очікуються такі знання та навички:

- зібрати та опрацювати **дані**, необхідні для підготовки стратегічної інформації;

- виробити **стратегічну інформацію**, необхідну для різнобічного розуміння виявленої проблеми та подальшого відстеження ходу її розв'язання, забезпечити підготовку в доступній та зрозумілій формі інформаційних матеріалів про проблему;
- проаналізувати в межах своєї компетенції отриману інформацію та розробити **альтернативні варіанти рішень** проблеми;
- надати достатній обсяг **додаткової аналітичної інформації** для формування можливостей у фахівців та осіб, які приймають рішення, виробити найкраще оптимальне рішення.

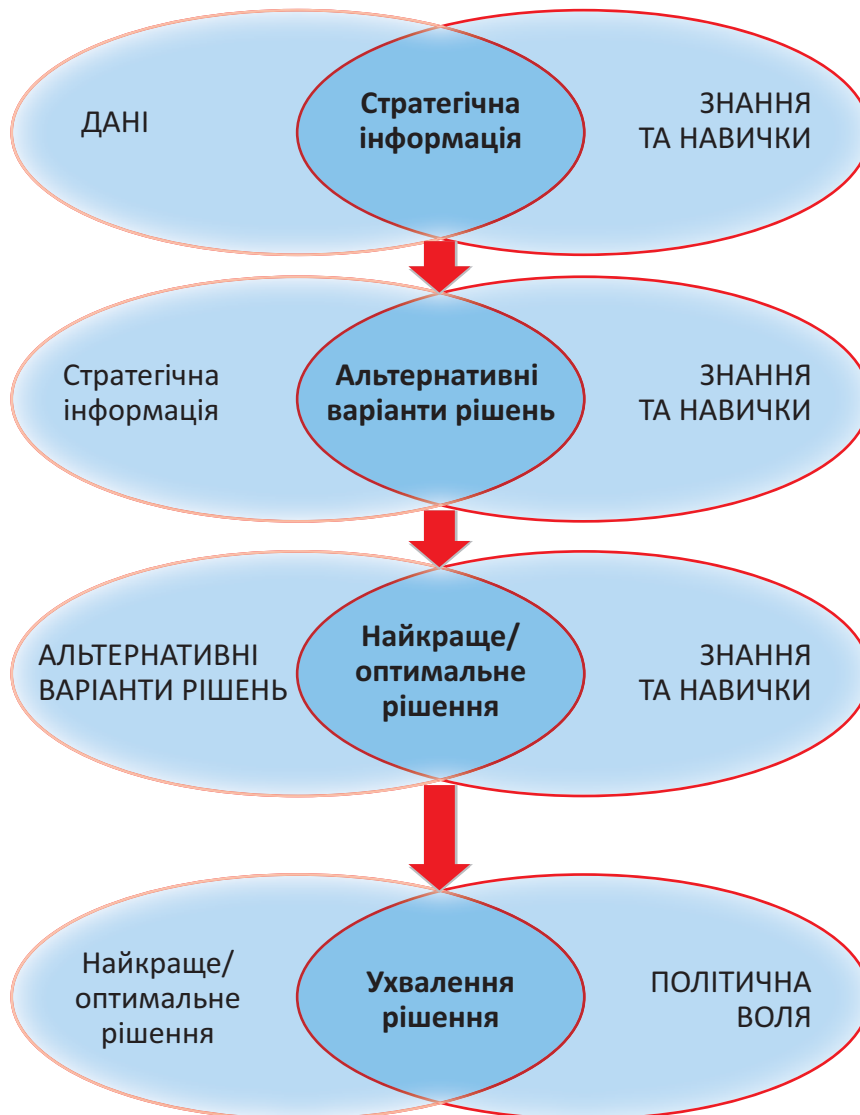


Рис. 14. Застосування знань та навичок фахівців з МіО для формування оптимальних рішень

Тільки взаємодія осіб, які приймають рішення, фахівців з МіО та зацікавлених сторін у прийнятті рішень на основі даних, що базуються на доказах, забезпечує належний рівень реагування на динаміку епідемії ВІЛ-інфекції за всіма компонентами: профілактики, лікування, догляду та підтримки.

### З чого почати Як організувати використання стратегічної інформації

Правильне використання даних та стратегічної інформації не досягається за один крок, одним зусиллям, за допомогою одного семінару – це неперервний процес, який залежить від наявності та якості даних, місцевих умов та ресурсів.

Доцільно провести низку робочих зустрічей з питань використання даних для планування та оцінки програм на регіональному та місцевому рівнях. Основні учасники таких зустрічей – це громадськість, медичні працівники, члени місцевих рад з ТБ/ВІЛ, спільнот цільових груп, представники державних органів влади, установ, які надають послуги групам високого ризику щодо інфікування ВІЛ, правоохоронних органів та інших зацікавлених сторін.

Такі зустрічі організуються напередодні чергового етапу планування, коли є нові дані та конкретні завдання, і набуття навичок відбувається у процесі реального обговорення та консультацій. Повний цикл таких зустрічей охоплює 2,5- робочі дні та формується в такій послідовності:

- представити нові дані в інтерактивному режимі;
- підсумувати ключові моменти;
- провести дебати щодо пріоритетних дій;
- уточнити питання, які залишаються без відповіді;
- узагальнити пріоритети;
- здійснити планування відповідно до пріоритетів;
- визначити план дій;
- сформулювати основні ідеї, ключові повідомлення для адвокації;
- фіналізувати формат представлення даних та аргументів;
- провести апробацію презентації;
- представити основні ідеї політикам та особам, які приймають рішення;
- провести прес-конференцію для широкого загалу.

Такий захід вимагає великої підготовки, передбачає завантаженість організаторів у вечірні години для узагальнення результатів робочого дня та опрацювання запитань, які виникли або залишилися без відповіді. Регулярне проведення таких робочих нарад формуватиме культуру використання даних, навички підготовки стратегічної інформації, сприятиме розбудові регіональної системи МіО, збору та аналізу даних.

# РОЗДІЛ 3

## РОЗПОВСЮДЖЕННЯ СТРАТЕГІЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ У СФЕРІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

Попередні розділи містять інформацію про необхідність і важливість стратегічної інформації у прийнятті рішень, зокрема програм у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДУ на національному і регіональному рівнях.

Наступний важливий етап – це розповсюдження інформації та результатів аналізу для коригування заходів та прийнятих рішень.

Потоки інформації поділяються на вертикальні (що передбачають зв'язок «керівник» – «підлеглий») та горизонтальні (неформальні). Об'єднання цих потоків дозволяє кожному учаснику системи розуміти загальну картину та знайти своє місце у протидії епідемії.

Основними формами розповсюдження інформації є:

- публікації:
  - статистичних даних,
  - результатів досліджень,
  - результатів моніторингу та оцінки програм/проектів;
- звіти про хід роботи в рамках регіональних заходів з протидії епідемії;
- конференції, засідання «круглих столів»;
- тематичні наради, засідання рад з ТБ/ВІЛ, робочі зустрічі зацікавлених сторін;
- публікації про «засвоєні уроки»;
- пропаганда стратегій та відповідні рекомендації;
- технічні рекомендації для впровадження програми;
- інформаційні бюлетені;
- прес-конференції, прес-брифінги, статті та інформаційні повідомлення у ЗМІ;
- спеціальні програми на радіо і телебаченні<sup>1</sup>.

Публікації в ЗМІ – це потужний канал розповсюдження інформації про поточну ситуацію та її динаміку, проведені дослідження, нагальні проблеми тощо, найбільш ефективний метод інформування широких верств громадськості щодо питань, пов'язаних з ВІЛ/СНІДОМ<sup>2</sup>. Тому робота зі ЗМІ, в тому числі з інтернет-ресурсами, потребує додаткової систематичної роботи регіональних центрів МіО.

### . . Організаційно-правові аспекти розповсюдження стратегічної інформації у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ

**Правові аспекти інформаційної діяльності у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ для центрів МіО.** Згідно із законами України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз», «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–201 роки», «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми

<sup>1</sup> Система моніторингу й оцінки з питань ВІЛ/СНІДУ: регіональний рівень / О.М. Балакірева, А.М. Бойко, О.Ю. Семерик, О.О. Яременко. – К.: ВПЦ «Експрес», 2006. – С. 34.

<sup>2</sup> Там само. – С. 35.



протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки», запровадження цілісних та послідовних інформаційних ліній належить до заходів профілактичного характеру, сприяє консолідації зусиль та прийняттю оптимальних рішень.

У Статті 7 Типового положення про центр МіО<sup>1</sup> однією з основних функцій центру визначено «систематичне розповсюдження інформації щодо результатів МіО шляхом видання публікацій, електронних інформаційних бюлетенів, розміщення інформації в мережі Інтернет». Поширення цих даних серед партнерів та представників влади сприяє консолідації зусиль та прийняттю рішень; представлення цієї інформації у ЗМІ впливатиме на формування громадської думки в необхідному напрямку<sup>2</sup>.

В аспекті доступу та використання стратегічної інформації, зокрема у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДУ, необхідно враховувати загальний рівень інформаційної культури та стратегію інформаційної безпеки.

Рівень інформаційної культури – це вміння цілеспрямовано працювати з інформацією, використовувати для її отримання, обробки та передавання сучасні комп'ютерні інформаційні технології, технічні засоби і методи. Компоненти інформаційної культури, якими повинен володіти спеціаліст, залучений до підготовки та аналізу стратегічної інформації, включають:

1. Загальнопізнавальні компоненти:

- загальнокомунікативні вміння;
- уміння організувати пошук інформації з різних джерел, користуватися алфавітним і тематичними каталогами в бібліотеці;
- знання періодичних видань, навички роботи з енциклопедіями та довідниками у фаховій та суміжних галузях, уміння складати конспект;
- використання прийомів і методів ефективного читання;
- уміння обирати і ставити мету, здійснювати постановку завдань;
- формулювати обґрунтовані гіпотези, систематизувати факти;
- осмислювати і аналізувати висновки, узагальнювати спостереження, передбачати наслідки рішень, що приймаються, та власних дій, вміти їх оцінювати та ін.

2. Компоненти алгоритмічної культури:

- правильно, чітко та однозначно формулювати власні думки у зрозумілій для співрозмовника формі;
- визначати послідовність операцій у пізнавальній діяльності, розробляти програму спостереження, дослідження, експерименту;
- аналізувати знання та інтерпретувати отримані результати та ін.

Компоненти, пов'язані з використанням інформаційних технологій:

- швидко вводити інформацію і працювати з графічним інтерфейсом програми;
- використовувати засоби операційної системи та прикладне програмне забезпечення загального та предметно-орієнтованого призначення, системи телекомунікацій;

<sup>1</sup> Див.: Наказ МОЗ України від 03.04.2009 р. №214 «Про затвердження Типового положення про центр моніторингу та оцінки виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ».

<sup>2</sup> Ключові обов'язки та права фахівців центрів МіО в контексті інформаційної діяльності: 1. Центр є розпорядником публічної інформації, на який розповсюджується дія Закону України «Про доступ до публічної інформації», тобто центр зобов'язаний інформувати громадськість про свою діяльність, відповідати на інформаційні запити. 2. Центр може обмежити доступ до певних видів інформації (таємної, конфіденційної, службової, інформації про особу), якщо це не суперечить чинному законодавству України. 3. Центр не має права розголошувати інформацію про стан здоров'я фізичної особи, факт звернення по медичну допомогу, діагноз, а також про відомості, одержані під час медичного обстеження фізичної особи; забороняється вимагати та подавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування фізичної особи (Цивільний кодекс України, стаття 286, ч. 1, 2). 4. Фізична особа може бути знята на фото-, кіно-, теле- чи відеоплівку лише за її згодою. Згода особи на знімання її на фото-, кіно-, теле- чи відеоплівку припускається, якщо зйомки проводяться відкрито на вулиці, на зборах, конференціях, мітингах та інших заходах публічного характеру. 5. Фізична особа, яка погодилася на знімання її на фото-, кіно-, теле- чи відеоплівку, може вимагати припинення їх публічного показу в тій частині, яка стосується її особистого життя. Витрати, пов'язані з демонтажем виставки чи запису, відшкодовуються цією фізичною особою. 6. Знімання фізичної особи на фото-, кіно-, теле- чи відеоплівку, в тому числі таємне, без згоди особи може бути здійснене лише у випадках, встановлених законом (Цивільний кодекс України, стаття 307. Захист інтересів фізичної особи при проведенні фото-, кіно-, теле- та відеозйомок).

- використовувати комп'ютер для вирішення завдань з будь-якої предметної галузі за умови, що такий спосіб доступу до інформації є найбільш раціональним, та ін.
- 4. Компоненти етичної та юридичної культури:
  - знати і не порушувати закони про авторські права на комп'ютерні програми;
  - дотримуватись етичних норм при розміщенні інформації в мережі Інтернет, при використанні електронної пошти, під час участі в телеконференціях (комп'ютерною спільнотою засуджується розміщення на сторінках Інтернету насильства, пропаганда наркотиків і порнографії)<sup>1</sup>.

Зі зростанням залежності окремої людини, держави і суспільства в цілому від інформації, тобто формуванням інформаційного суспільства, з'являються загрози і для самої інформації та інформаційної системи, наприклад, порушення конфіденційності, цілісності, доступності інформації; збій в обслуговуванні користувача, управлінні системою<sup>2</sup>.

На використання і поширення окремих відомостей запроваджено обмеження їх власником. До інформації, що захищається, відносять інформацію з обмеженим доступом (відомості, що містять державну таємницю) та конфіденційну інформацію (відомості, що містять комерційну таємницю, а також таємницю, що стосується особистого життя і діяльності громадян).

Об'єктами захисту інформації виступають документи, комп'ютерні програми, ноу-хау, бази даних, інші матеріальні носії інформації, захист яких передбачено державними нормативними актами, внутрішніми постановами та розпорядженнями, іншими спеціальними документами. Найбільш важливі види інформації в аспекті інформаційної безпеки – це стратегічна, політична, соціально-економічна, військова, наукова інформація.

Нормативно-правове та нормативно-технічне забезпечення захисту інформації в Україні встановлюють закони України, укази Президента України, постанови Кабінету Міністрів України, накази Адміністрації Держспецзв'язку, Державні стандарти України, нормативні документи системи технічного захисту інформації.

Тому перш ніж використовувати дані, необхідно встановити, хто їх збирає, кому вони належать і в якому порядку їх можна використовувати, але з обов'язковим посиланням на джерело інформації. Маючи ці знання і навички, спеціаліст достатньо компетентно та грамотно зможе готувати стратегічну інформацію у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу для її розповсюдження серед тих, хто приймає рішення, або загального населення.

## **. . Комуникативний супровід у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на регіональному рівні**

Новітні інформаційно-комуникативні технології, мережа Інтернет відкривають для будь-якої людини в будь-якій точці земної кулі доступ до бази даних і знань, формують принципово новий стан цивілізації і культури, призводять до виникнення глобального гіперінтелекту (індустрії даних і знань). Комп'ютеризація створює технологічну основу інформатизації суспільства, в якому інформатика й володіння комп'ютером є другою грамотністю, якісно підвищує інтелектуальні й творчі здібності людини.

Основна мета комуникативного процесу – забезпечення розуміння повідомлень, тобто інформації, що є предметом обміну. Однак сам факт обміну інформацією не гарантує ефективності її передачі. Тому треба мати уявлення про стадії процесу комунікації між тими чи іншими організаціями.

<sup>1</sup> Кадырова Э.А. Информационная культура как фактор профессиональной компетентности специалиста будущего // Культура и образование: сб. науч. стат. – М.: МГУКИ, 2001. – 150 с.

<sup>2</sup> Енциклопедія державного управління: у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України; наук.-ред. колегія: Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. – К.: НАДУ, 2011. Т. 1: Теорія державного управління / наук.-ред. колегія: В. М. Князев (співголова), І. В. Розпутенко (співголова) та ін. – 2011. – 748 с.

<sup>3</sup> Закони України «Про інформацію», «Про державну таємницю», «Про Державну службу спеціального зв'язку та захисту інформації України», «Про захист інформації в інформаційно-телекомунікаційних системах»; Указ Президента України від 27.09.1999 р. №1229/99 «Про Положення про технічний захист інформації в Україні»; постанова Кабінету Міністрів України від 08.10.1997 р. №1126 «Про затвердження Концепції технічного захисту інформації в Україні».

Жодна організація не в змозі сформувати якісну та життєздатну інформацію без належного діалогу між зацікавленими сторонами, представниками ЗМІ, партнерськими організаціями, органами влади чи загальним населенням. Саме тому в інформаційній роботі розрізняють різні рівні комунікативної взаємодії – внутрішній та зовнішній (див. Рис. 15):

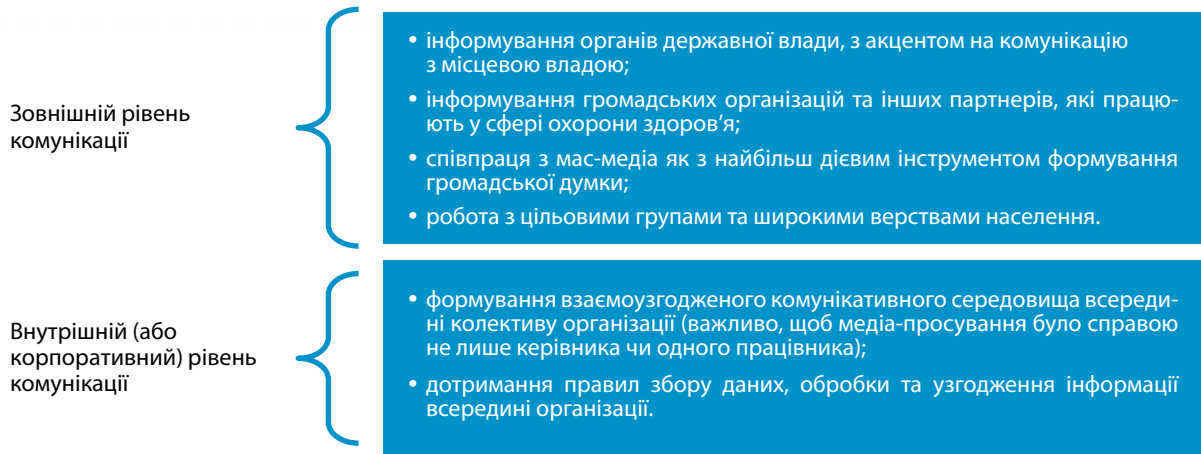


Рис. 15. Рівні комунікаційної взаємодії

Отже, якість, системність і результати інформаційної діяльності, яка відбувається на зовнішньому рівні, залежать від адекватності продукування та обробки інформаційного матеріалу на внутрішньому рівні.

Підтримка зацікавлених сторін має значний вплив на оперативність і повноту прийняття необхідних рішень, а їхні коментарі для ЗМІ є підтвердженням інформації, яка надається регіональним центром профілактики та боротьби зі СНІДом, у тому числі – центром МіО.

Потенційними користувачами стратегічної інформації у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу виступають:

- посадові особи, державні службовці системи охорони здоров'я, відповідальні за прийняття політичних рішень та зміни нормативно-правового поля;
- дослідники, науковці, безпосередньо залучені до збору та аналізу даних;
- представники медичної, освітньої, соціальної сфер;
- представники ЗМІ;
- представники громадських об'єднань, у тому числі благодійних фондів та організацій;
- представники волонтерських організацій;
- представники груп найвищого ризику щодо інфікування ВІЛ;
- громадськість/загальне населення.

Не менш важливим аспектом поширення достовірної, фахової інформації про ВІЛ-інфекцію/СНІД є формування серед загального населення толерантного ставлення до людей, які стикнулися з проблемою ВІЛ. Мета будь-якого заходу, спрямованого на боротьбу з ВІЛ-інфекцією, полягає не лише в інформаційній профілактиці, але й у руйнуванні стереотипів про ВІЛ-позитивних людей і формуванні суспільства, обізнаного з проблемою та здатного проявити толерантність. Суспільство потребує адекватної інформації з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу, тому співпраця з засобами масової інформації актуальна та необхідна.

**Важливо!**

*Корисним інструментом партнерського спілкування є періодичні інформаційні бюлетені («news letter» або «fact sheet») – зібрання новин, актуальних статистичних показників, епідеміологічних даних, законодавчих нововведень, кадрових змін тощо.*

***Якщо назріває проблемна ситуація (нестача препаратів, тестів, збільшення кількості хворих чи летальних випадків), для її врегулювання потрібен діалог з представниками зацікавлених сторін, у ході якого учасники аналізують, що вже вдалося зробити, і визначають варіанти вирішення проблеми.***

Отже, регіональні центри МіО повинні чітко окреслити свої завдання щодо інформаційного просування, розповсюдження стратегічно важливої інформації з урахуванням цільової аудиторії; обрати правильний алгоритм досягнення цілей та визначення рівня ефективності інформаційної діяльності.

### . . Заходи інформаційного просування

Значний обсяг стратегічної інформації, яка збирається та аналізується в регіоні, повинен мати публічний характер і тим самим забезпечувати доступ до неї зацікавлених сторін та громадськості. Для цього необхідно планувати та здійснювати заходи з інформаційного просування, якими можуть бути:

- постійно функціонуючі інформаційні ресурси (веб-сайт, інформаційний портал, щомісячні/щоквартальні брифінги, щорічні звіти/доповіді, інформаційні бюлетені, інформаційні листи тощо);
- окремі заходи та акції (проведення пресс-конференцій, тематичних нарад; розповсюдження аналітичних довідок, звітів; проведення інформаційних кампаній; інтерв'ю; випуск тематичних листівок, брошур, флаєрів тощо).

### Приклади інформаційних ресурсів стратегічної інформації у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу:

- інформаційний бюлетень «ВІЛ-інфекція в Україні» (виходить з 1991 року);
- регіональні інформаційні бюлетені з протидії ВІЛ-інфекції (розробляються регіональними центрами профілактики та боротьби зі СНІДом);
- аналітичні звіти за результатами біоповедінкових досліджень щодо моніторингу поведінки СН, ЖКС, клієнтів ЖКС, ЧСЧ, засуджених, ЛЖВ, молоді;
- аналітичні звіти за підсумками інших соціологічних досліджень, у т.ч. операційні дослідження;
- національні звіти з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом (звітні періоди: січень 2006 – грудень 2007, січень 2008 – грудень 2009 років);
- Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2010 – грудень 2011 років;
- оцінка чисельності груп високого ризику інфікування ВІЛ в Україні станом на 2011 рік;
- аналітичні довідки, звіти, документи МОЗ України, Держслужби України соцзахворювань, інших державних установ та організацій, чия діяльність пов'язана з протидією ВІЛ-інфекції в Україні;
- звіти про результати моніторингу та оцінки ефективності заходів, спрямованих на запобігання поширенню епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Для ефективного застосування засобів інформаційного просування важливо ретельно спланувати таку діяльність, визначити відповідальних, організувати контроль, регулярно оцінювати вплив та коригувати плани.

### Крок . Постановка цілей

Для планування будь-якого заходу необхідно відповісти на запитання:

- Які мета і завдання заходу
- Хто є цільовою аудиторією заходу
- Яку інформацію та в якому вигляді необхідно підготувати

З урахуванням відповідей на ці запитання приймається рішення про разовий чи постійний (або регулярний) характер заходу.

Наступні кроки – планування, організація, проведення, підбиття підсумків – залежать від масштабів і типу діяльності. Нижче наведено ключові аспекти цих кроків, які можна адаптувати до конкретної ситуації.

### Крок . Планування

Постійні (регулярні) інформаційні ресурси	Окремі заходи та акції
Визначити терміни діяльності Визначити регулярність/періодичність Оцінити наявні ресурси Визначити кількість учасників та їх склад Продумати команду виконавців Сформувати джерельну базу	Визначити дату проведення і тривалість заходу Вибрати місце проведення (оцінити можливості приміщення або території) Визначити кількість учасників та їх склад Продумати команду виконавців Сформувати джерельну базу

### Крок . Організація

Постійні (регулярні) інформаційні ресурси	Окремі заходи та акції
Сформувати команду виконавців Розподілити обов'язки між членами команди Здійснити пошук необхідних ресурсів Скласти графік робіт Розробити проект, структуру майбутнього сайту, порталу, звіту, довідки тощо Забезпечити доступність необхідної інформації Здійснити збір необхідної інформації	Сформувати команду Розподілити обов'язки між членами команди Замовити приміщення (узгодити проведення заходу на певній території) Підготувати список запрошених Підготувати і надіслати запрошення Сформувати план проведення заходу / порядок денний Підготувати необхідні інформаційні та роздаткові матеріали Здійснити тиражування необхідної інформації Підготувати таблички-вказівки, бейджі

### Крок . Проведення

Постійні (регулярні) інформаційні ресурси	Окремі заходи та акції
Здійснити розробку, підготовку запланованого Здійснити апробацію, пілотування «першого продукту» Зібрати зовнішні відгуки, оцінки, думки користувачів	<p><i>До початку заходу:</i> оформити та обладнати приміщення (територію); здійснити реєстрацію учасників (якщо вона передбачена); роздати учасникам бейджі, комплекти матеріалів тощо</p> <p>Забезпечити проведення заходу відповідно до порядку денного/плану</p> <p><i>Після проведення заходу:</i> зібрати пропозиції учасників, доопрацювати та оприлюднити підсумкові документи (якщо такі планувалися); зібрати відгуки про захід у ЗМІ, серед учасників, цільової аудиторії тощо</p>

### Крок . Підбиття підсумків

Постійні (регулярні) інформаційні ресурси	Окремі заходи та акції
Розробити і впровадити регулярні форми зворотного зв'язку Підготувати рекомендації щодо подальшої роботи та поширити їх серед виконавців	Оцінити, наскільки було досягнуто цілі заходу/акції, які завдання не було виконано і чому Проаналізувати підсумки проведення, визначити досягнення та помилки, узагальнити «уроки»

Зворотний зв'язок (англ. feedback) в широкому розумінні означає відгук у відповідь, реакцію на яку-небудь дію або подію. Зворотний зв'язок відіграє одну з важливих ролей у системній методології. Він є основою саморегулювання і розвитку систем, пристосування до змінних умов їх функціонування.

Зворотний зв'язок існує в будь-яких системах публічного управління і є однією з умов їх ефективності. Механізми і параметри зворотного зв'язку задаються характером системи публічного управління, умовами її функціонування та розвитку. Ефективність системи публічного управління забезпечується якісною комунікацією органів управління та суспільства. За відсутності зворотного зв'язку алгоритм управління може містити тільки однозначну лінійну послідовність команд. Коли зв'язок у відповідь існує, алгоритм управління має набагато складнішу структуру і, відповідно, є набагато «інтелектуальнішим».

**Джерело:**

Енциклопедія державного управління: у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України; наук.-ред. колегія: Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. – К.: НАДУ, 2011. – Т. 1: Теорія державного управління / наук.-ред. колегія: В. М. Князєв (співголова), І. В. Розпутенко (співголова) та ін. – 2011. – 748 с.

У додатках 7–9 наведено приклади інформаційних матеріалів та рекомендації щодо роботи зі ЗМІ.

Нижче подано особливості окремих засобів інформаційного просування.

- ✓ **Веб-сайт** – платформа (**інформаційний ресурс** для стабільного та системного розповсюдження стратегічної інформації, найбільш динамічний та мультимедійний інструмент для висвітлення діяльності організації).

Веб-сайт має містити<sup>1</sup>:

- інформацію про організацію: функцію, місце в загальній структурі, керівництво, структурні підрозділи та основні контакти;
- нормативно-правову базу, якою керується організація у своїй діяльності;
- оперативну інформацію – основні показники, довідки, бюлетені, звіти тощо;
- доступ до публічної інформації: дані, що підлягають публікації, та механізми забезпечення права на отримання публічної інформації, розпорядником якої є організація; електронна адреса для зв'язку та вимоги до оформлення громадських звернень.

Найбільш інтерактивною є головна сторінка, де розміщуються новини, інформація про актуальні події, анонси, посилання на інформаційні ресурси центральних органів виконавчої влади, державних установ та організацій, а також на сайти інших зацікавлених установ і партнерів.

Сайт є платформою для налагодження зворотного зв'язку (через звернення громадян), а також для вивчення громадської думки шляхом запровадження опитувань, оцінок діяльності.

Створення офіційного сайту регіонального центру МіО (або розміщення веб-сторінки на офіційному сайті центру профілактики та боротьби зі СНІДом) – це оптимальний його старт інформаційної діяльності. Структура сайту, його доступність, простота в користуванні, наповнення та регулярне оновлення інформації знімають багато питань з боку громадськості та медіа.

- ✓ **Інформаційний портал** може існувати як окрема веб-сторінка або сторінка в соціальній мережі, яку модерує відповідальна особа.

Ведення блогу дає можливість представнику організації висловити власну позицію чи дати оцінку актуальному явищу (події) менш формально, що не притаманне стилю офіційних повідомлень та

<sup>1</sup> Див.: Наказ Державного комітету інформаційної політики, телебачення і радіомовлення України, Державного комітету зв'язку та інформатизації України від 25.11.2002 р. №327/225 «Про затвердження Порядку інформаційного наповнення та технічного забезпечення Єдиного веб-порталу органів виконавчої влади та Порядку функціонування веб-сайтів органів виконавчої влади».

новин. Ведення блогу слугує своєрідним лакмусовим папірцем того, наскільки аудиторія зацікавлена інформацією, що саме викликає її інтерес чи негатив, протест тощо. Якщо центр МіО веде відповідну сторінку в соціальній мережі, він має можливість отримати зворотний зв'язок, безпосередньо спілкуватися з аудиторією, обмежувати розповсюдження негативної інформації, збільшувати кількість відвідувачів офіційного сайту.

Нині ефективним способом медіа-просування інформації стали соціальні мережі. Персональна сторінка – це своєрідний особистий простір людини, де вона висвітлює важливі для неї події, наводить інформацію інших користувачів. Персональна сторінка повинна вестися з дотриманням етичних та юридичних норм, не бути джерелом розповсюдження комерційної, політичної та іншої реклами без згоди респондента. У просторі соціальних мереж діють також закони цільової аудиторії: якщо цікаво, корисно, якісно, то читатимуть. Якщо ж повідомлення будуть надокучливими, нецікавими, не за адресою, то їх просто сприйматимуть як спам.

✓ **Електронні документи** готуються до кожного заходу, де було представлено стратегічну для регіону інформацію.

В електронному документі інформацію фіксують у вигляді електронних даних, включаючи обов'язкові реквізити документа. Електронний документ може бути створено, передано, збережено і перетворено електронними засобами у візуальну форму, придатну для сприймання його змісту людиною<sup>1</sup>.

✓ **Аналітичний звіт**

Готується після проведення соціологічних досліджень або аналізу медичної статистики. Може поширюватися серед користувачів у друкованому або електронному вигляді. Організація-замовник або виконавець звіту можуть оприлюднювати його на своєму Інтернет-сайті.

✓ **Адвокаційні документи**

Готуються з метою привернути увагу до певної проблеми та надати аргументи щодо способів її вирішення. Для аргументів використовуються найбільш переконливі результати досліджень, наводяться необхідні розрахунки та прогнозні моделі. Адвокаційні документи готуються для визначених цільових груп, з врахуванням рівня їхніх повноважень щодо прийняття рішень та обізнаності з проблемою (приклад документа, підготовленого з метою адвокації, наведено в Додатку 8).

✓ **Публічні виступи**

Відбуваються на засіданнях рад з ТБ/ВІЛ, на місцевих, національних та міжнародних конференціях, в радіо- і телепрограмах, на інших заходах, де здійснюється обмін досвідом серед фахівців.

Отже, будь-який захід, спрямований на інформування громадськості, партнерів чи представників зацікавлених сторін, потребує ретельної підготовки, починаючи з вибору тем, з якими регіональний центр МіО виходить «на публіку».

Наприклад, тема щодо значень показників МіО за різними напрямками протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ може викликати низку запитань, тому для її висвітлення з потоку статистичної інформації виділяються дані, які викликатимуть інтерес громадськості та матимуть мобілізаційний ефект.

Серед засобів привернення уваги суспільства до певної проблеми використовуються:

- інформаційні приводи (певна дата, захід, резонансна подія тощо);
- образні вислови, метафори, які легко запам'ятовуються, підхоплюються та транслюються ЗМІ;
- історії окремих людей;
- думки та повідомлення лідерів громадської думки, відомих осіб.

<sup>1</sup> Закон України «Про електронні документи та електронний документообіг».

Більш детально окремі аспекти відображено в додатках 7–9, де наведено конкретні приклади інформаційних матеріалів та рекомендації щодо роботи зі ЗМІ.

Матеріали щодо розробки інформаційних матеріалів для різних цільових груп (держслужбовці, клієнти програм і т.і.) можна знайти за посиланням: [:// . . . / - / . . . / / / / / / . . .](#)

МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» за посиланням: [:// . . . / / / / / / / / 6. .](#) Досвід і рекомендації роботи зі ЗМІ у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу викладено у буклеті.

Також гарними прикладами прес-релізів можуть стати напрацювання МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» ([:// . . . / - / . . . / / / / .](#)) та ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» ([:// . . . /](#)), які демонструють застосування різноманітних методів донесення повідомлень.



## МЕТОД ТРІАНГУЛЯЦІЇ І ПРИКЛАД ЙОГО ЗАСТОСУВАННЯ

Впродовж кількох останніх років спостерігається збільшення обсягів фінансових ресурсів, які витрачаються на протидію ВІЛ-інфекції/СНІДУ в усьому світі. Частина цих коштів використовується для збору даних, моніторингу та оцінки програм профілактики та лікування, а також для проведення досліджень. Утім, незважаючи на досягнуті успіхи, залишається значний розрив між накопиченням даних та їх використанням для оцінки, реалізації та вдосконалення відповідних заходів. Так, дані національного рівня у вигляді зведеної інформації зазвичай аналізують безвідносно до даних з інших джерел. У свою чергу, наукові дослідження також не в змозі дати відповіді на актуальні питання сьогодення: вони часто спрямовані на конкретні питання, мають повільні терміни виконання та оприлюднення результатів.

Аналіз даних з одного джерела не може достовірно пояснити стан та напрямки розвитку епідемічного процесу. Метод тріангуляції передбачає використання кількох джерел даних для поліпшення розуміння визначених проблем і прийняття відповідних управлінських рішень. Тріангуляція, на відміну від результатів досліджень, не виводить причинно-наслідкові зв'язки, а пропонує раціональне пояснення та інтерпретацію наявних даних шляхом застосування різних прийомів і методів їх збору. Тріангуляцію слід відрізнити від мета-аналізу<sup>1</sup>.

Тріангуляція має багато переваг порівняно з іншими методами аналізу даних, а саме:

- 1) використовує вже наявні джерела даних, що дає змогу приймати відповідні рішення без проведення додаткових досліджень та використання додаткових коштів;
- 2) дає змогу скоригувати вплив систематичних і випадкових помилок, наявних в одному або кількох дослідженнях, шляхом вивчення інформації, зібраної за допомогою різних методів, у різних популяціях, різними особами.
- ) дозволяє комбінувати інформацію кількісних і якісних досліджень, використовувати експертну оцінку.

За допомогою методу тріангуляції можна дослідити такі питання:

- вивчення тенденцій поширення ВІЛ-інфекції;
- моніторинг та оцінка програм профілактики і лікування;
- оптимальний розподіл ресурсів профілактики і лікування;
- тематичні напрямки інформування громадськості та мобілізації політичної пропаганди у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДУ.

Порівняння стандартного аналізу даних та аналізу з використанням тріангуляції наведено в Таблиці 1.

<sup>1</sup> Мета-аналіз (meta-analysis) – статистичний аналіз, який узагальнює результати кількох досліджень однієї проблеми (наприклад, ефективність методів лікування, профілактики або діагностики). Поєднання досліджень забезпечує репрезентативність вибірки та збільшує статистичну потужність. Використовується для підвищення рівня доказовості або впевненості щодо висновків про ефективність застосованих методів. Мета-аналіз поєднує науково обґрунтовані результати різних досліджень, отримані на аналогічних даних.

Таблиця

### Порівняння стандартного аналізу даних та аналізу з використанням тріангуляції

Традиційний аналіз даних	Тріангуляція даних
Об'єктом дослідження є статистичні (рутинні) дані.	Статистичні (рутинні) дані можуть не досліджуватися (але не обов'язково).
Зазвичай має на меті узагальнення даних (для потреб звітності тощо). Орієнтований на роботу з даними, які можна узагальнити.	Під час аналізу використовують показники кількох наборів даних (кількісні, якісні тощо).
Робиться акцент на отриманні наукової доказовості даних.	Робиться акцент на «остаточній/неполіпшуваний» інтерпретації даних для прийняття рішень.
Результати нерідко оприлюднюються через тривалий проміжок часу після збору даних.	Результати можна оприлюднити у стислі терміни після збору даних.

#### Коли використовувати тріангуляцію

Тріангуляцію можна використовувати для будь-якого етапу моніторингу та оцінки. Однак її методологія найбільш ефективна для отримання відповіді на складні питання, що стосуються якості, результатів та впливу однієї або кількох програм, тенденцій певних процесів у часі й просторі. Тріангуляція може бути особливо корисною в таких випадках:

- коли даних дуже мало;
- коли даних багато, але вони дуже різноманітні;
- коли використання «кращих» методів отримання даних недоступне (наприклад, вивчення термінів недавнього інфікування ВІЛ з використанням алгоритму I<sup>2</sup>);
- коли необхідне швидке отримання результатів;
- коли вплив певних програм вивчається на популяційному рівні.

#### Залучення зацікавлених сторін до процесу тріангуляції

Враховуючи той факт, що успіх тріангуляції залежить від наявності доступу до кількох джерел даних та можливості їх використання, дуже важливо налагодити співпрацю з зацікавленими сторонами – особами та організаціями, які працюють у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Тріангуляція є найбільш ефективною тоді, коли зацікавлені сторони беруть участь на всіх етапах цього процесу, включаючи визначення пріоритетних питань, які потребують відповіді, пошук та збір даних, аналіз, інтерпретацію, оприлюднення та використання отриманих результатів. Зацікавлені сторони можуть бути залучені до процесу тріангуляції через організацію регулярних нарад, робочих зустрічей, спеціальних консультацій.

Модель тріангуляції можна представити у вигляді 12 кроків (див. Табл. 2) або схеми (див. Рис. 1). Тріангуляція є циклічним процесом, у якому повернення до попереднього кроку є необхідним елементом: результати, отримані на наступному кроці, сприятимуть поліпшенню результатів попереднього кроку; при появі нової інформації може з'явитися потреба повторити вже пройдені кроки.

Таблиця

**Дванадцятикрокова модель тріангуляції**

Етапи процесу	Кроки
Планування	Крок 1. Визначити ключові питання.
	Крок 2. Переконатися, що буде знайдено відповіді на питання і вжито відповідних заходів.
	Крок 3. Визначити джерела даних і зібрати довідкову інформацію.
	Крок 4. Детально опрацювати питання дослідження.
Проведення	Крок 5. Зібрати дані.
	Крок 6. Провести спостереження щодо кожного типу даних.
	Крок 7. Визначити тенденції в різних типах даних та побудувати гіпотези.
	Крок 8. Здійснити детальну перевірку висунутих гіпотез.
	Крок 9. Визначити додаткові дані та повернутися до кроку 5 (за потреби).
	Крок 10. Узагальнити результати і сформулювати висновки.
Інформування	Крок 11. Оприлюднити результати та обговорити рекомендації.
	Крок 12. Визначити наступні кроки.

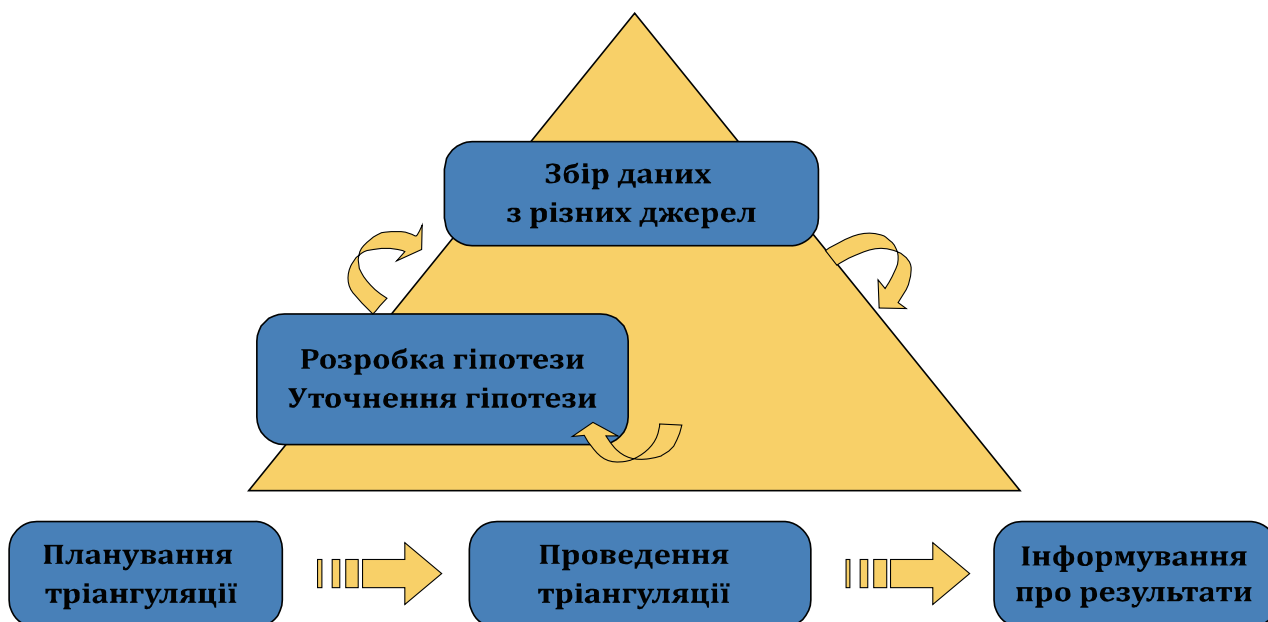


Рис. 1. Схематичне зображення процесу тріангуляції

### Крок . Визначити ключові питання

На першому етапі триангуляції треба визначити ключові питання (див. Табл. ), відповіді на які забезпечать розуміння актуальних проблем і прийняття відповідних управлінських рішень на регіональному рівні.

Важливо, щоб ключові питання погодили всі зацікавлені сторони, – це сприятиме доступу до необхідної інформації, розпорядниками якої є ці зацікавлені сторони.

Тому перший крок полягає у проведенні робочих зустрічей зацікавлених сторін та напрацьованні ключових питань, на які необхідно дати відповідь.

Таблиця

### Приклади типових питань для триангуляції

1.	Яка загальна тенденція поширення ВІЛ на національному/регіональному рівні Чому
2.	Чи є різниця в регіональних тенденціях розвитку епідемії Якщо це так, то чому
.	Які тенденції поширення ІПСШ Чому
4.	Чи є зв'язок між ВІЛ-інфекцією та стихійними явищами (голод, посуха, повінь тощо)
5.	Які досяжність, інтенсивність та вплив програм профілактики ВІЛ-інфекції для молоді
6.	Які досяжність, інтенсивність і вплив програм профілактики ВІЛ-інфекції в групах підвищеного ризику
7.	Чи реалізуються програми профілактики належним чином
8.	Які зміни відбулися в поведінці або чому поведінка не змінюється
9.	Чи є ефективною робота громадських організацій під час реалізації профілактичних програм
10.	Який зв'язок між споживанням наркотиків і ризикованою поведінкою
11.	Як часто трапляються випадки відмови від консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (ППМД), профілактики та лікування туберкульозу, ІПСШ, інших клінічних послуг
12.	Чи призводить консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію до зміни поведінки
1.	Чи впливає соціально-економічний статус на доступ до тестування
14.	Як впливає АРТ на смертність
15.	Який вплив профілактичних програм на показники смертності
16.	Який вплив має ППМД на смерть немовлят або дитячу смертність
17.	Як побічні ефекти АРВ-препаратів впливають на прихильність до лікування

Деякі подібні питання можна об'єднати (наприклад, питання 5 і 6 з наведеної вище таблиці) або змінити (конкретизувати, розширити).

Наприкінці обговорення доцільно згрупувати питання за тематикою (наприклад, визначення тенденцій поширеності ВІЛ та вимірювання впливу АРТ на смертність).

**Крок 2. Переконалися, що буде знайдено відповіді на питання і вжито відповідних заходів**

Основні критерії вибору питання (питань) для триангуляції:

*Важливість:* чи може відповідь на поставлені питання мати вплив на ефективність протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДУ в регіоні Чи можна використати результати процесу для поліпшення програм профілактики ВІЛ-інфекції та лікування ЛЖВ

*Доступність даних:* чи є хоча б три джерела даних, які можна використати для пошуку відповіді на вибрані питання Чи доступні ці дані для опрацювання Чий дозвіл (рішення, доручення) необхідний для доступу до даних Коли можна отримати дані і як це співвідноситься з графіком дослідження

*Доцільність:* чи є триангуляція найбільш адекватним методом для отримання відповіді на визначені ключові питання Можливо, на ці питання кращу відповідь дадуть традиційні методи дослідження, група експертів або спеціальне дослідження

*Здійсненність:* чи можна провести триангуляцію у встановлені терміни Чи є для цього достатні ресурси (фінансові, людські, технічні тощо)

Концептуально процес вибору питань являє собою двоступеневий скринінг (див. Рис. 2).

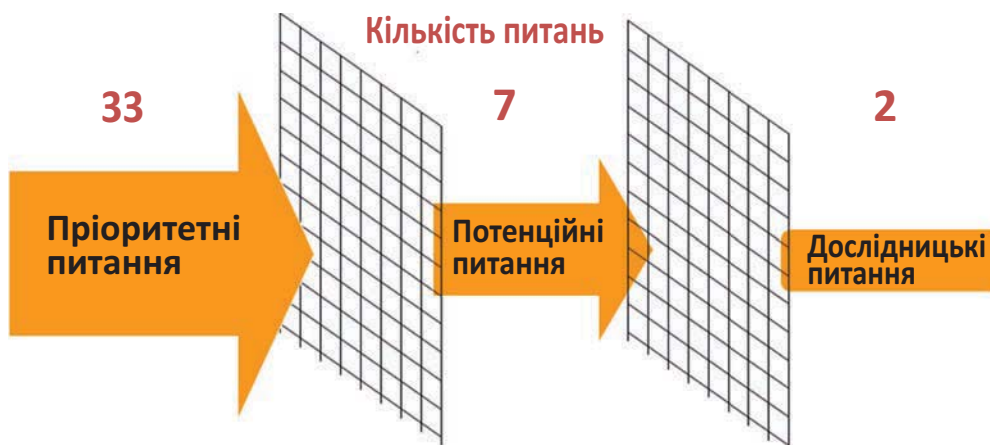


Рис. 2. Вибір питань для триангуляції

Потенційні питання для триангуляції оцінюють за наведеними вище критеріями і виставляють оцінку в балах (див. Табл. 4).

Наприклад, питання може мати високу оцінку за своєю важливістю (5), але низьку (1) за доцільністю використання методу триангуляції. Сума балів є підставою для ранжування питань у порядку їх релевантності щодо опрацювання методом триангуляції.

Таблиця

**Зразок таблиці для оцінки та ранжування потенційних питань для триангуляції**

Питання	Важливість (бали)	Доступність даних (бали)	Доцільність (бали)	Здійсненність (бали)	Загальна сума балів
1)					
2)					
3)					
4)					

## Крок 2. Визначити джерела даних і зібрати довідкову інформацію

Крок 2 передбачає визначення даних, які можуть бути доступними і стосуються потенційних питань, які відібрано з числа пріоритетних і проранжовано під час кроку 1, пошук і збір різних джерел інформації. Якщо під час здійснення цього кроку виявиться, що необхідні дані недоступні або взагалі відсутні, потрібно буде повернутися до кроку 1 і розглянути інші питання.

У Таблиці 5 наведено типи даних, які може бути використано для триангуляційного аналізу<sup>1</sup>.

Таблиця

### Типи даних для використання під час триангуляційного аналізу

Якісні дані	Кількісні дані
Виражаються у вигляді понять, визначень, які характеризують їхню суть, стан або якість	Це числове вираження окремих параметрів якісних ознак
Дані рецензованої літератури (з питань антропології, соціології, охорони здоров'я)	Статистичні дані рецензованої літератури (з питань антропології, соціології, охорони здоров'я)
Програмні документи, огляди та звіти	Програмні документи, огляди та звіти
Матеріали зустрічей та консультацій	Дані про смертність (за наявності)
Записи медичних карт	Дані програмного моніторингу
Записані інтерв'ю	Демографічні дані
Матеріали робочих груп експертів	Опитування загального населення (наприклад, I S1)
Результати фокус-груп з визначеного питання, проведені з різними цільовими групами	Дані перепису населення
Матеріали інтерв'ю з пацієнтами	Опитування груп ризику (IBBS2)

Обмеження якісних даних: через незначний розмір вибірки і несистематичний збір якісних даних часто буває важко узагальнити або зіставити отримані результати. Проте ці дані можна використати на початку процесу, щоб сприяти розвитку гіпотези, а потім підтвердити або спростувати їх висновками з інших джерел даних.

Дані, отримані кількісними методами, можна екстраполювати на численні групи населення.

## Критерії відбору даних і запитання для перевірки

### 1. Доступність:

Запитання	Коментар
Чи можна отримати дозвіл або безперешкодний доступ до даних	Дані може бути захищено авторськими правами, іншими законодавчими нормами, які обмежують їх розповсюдження та використання. Може знадобитися багато часу для збору даних.
Чи подано ці дані у зручному форматі	Окремі дані доступні тільки в агрегованому вигляді, отримання більш конкретної інформації (чисельник, знаменник, розподіл за регіонами, районами) може бути тривалим процесом.

<sup>1</sup> Наприклад, дані зведеного біоповедінкового дослідження мають інформацію щодо ризикованої поведінки та поширеності ВІЛ; лікарняні записи – кількість випадків ІПСШ, СНІДу тощо. Додаткові статистичні дані можна знайти на таких сайтах: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed.org](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed), [www.unaids.org](http://www.unaids.org), <http://www.cdc.gov>, <http://www.unaids.org/uk/>, <http://www.aidsalliance.org> тощо.

## 2. Наявність опису та характеристик даних:

Запитання	Коментар
Які джерела даних Чи є якісні або кількісні дані За який період було зібрано дані	Перевагами триангуляції є те, що в ході цього аналізу: <ul style="list-style-type: none"> <li>– можна використовувати різні типи даних – як якісні, так і кількісні;</li> <li>– для здійснення аналізу важливо розуміти методологію вибірки та метод збору даних;</li> <li>– можна відстежувати тенденції у часі, а не лише одномоментний «зріз» ситуації;</li> <li>– можна брати до уваги точкові дані, які не мають повторюваності в часі.</li> </ul>

### . Якість даних:

Запитання	Коментар
Яка якість даних Чи є прогалини в даних або в чому їх обмеження	Якість даних частково можна оцінити, спираючись на методи збору та беручи до уваги певні, вже відомі, прогалини, обмеження та недоліки. Але додатково необхідно розглянути деякі питання, що стосуються дизайну дослідження: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Чи чітко сформульовано цілі дослідження</li> <li>– Чи забезпечує використана методологія відповіді на питання дослідження</li> <li>– Чи розглядали протокол дослідження робочі групи або науково-експертні ради</li> </ul>

## 4. Дотримання етичних принципів і стандартів:

Запитання	Коментар
Чи дотримано етичних принципів під час проведення збору даних	Дотримання етичних принципів у ході триангуляції має першочергове значення. Етичні принципи збору даних, зокрема, спрямовано на: <ul style="list-style-type: none"> <li>– мінімізацію ризику для людей з груп високого ризику інфікування ВІЛ;</li> <li>– мінімізацію можливої стигматизації ВІЛ-інфікованих;</li> <li>– забезпечення анонімності та конфіденційності участі в дослідженні;</li> <li>– отримання інформованої згоди особи на участь у дослідженні.</li> </ul>

### Крок . Детально опрацювати питання дослідження

Після виконання трьох попередніх кроків необхідно обговорити отримані результати з експертами та фахівцями в контексті наявних даних, оцінки якості джерел даних та з урахуванням тих обмежень, що можуть виникнути в ході процесу триангуляції на подальших етапах.

На робочих зустрічах уточнюються питання, поставлені на початку дослідження, формується та погоджується їх остаточний перелік.

### Крок . Зібрати дані

На цьому етапі особливо корисними є регулярні зустрічі робочої групи для систематичного контролю за ходом збору даних. До таких зустрічей слід залучати максимальну кількість організацій, зацікавлених в отриманні якісних результатів, а також осіб, які мають доступ до джерел даних.

Первинні дані часто бувають у різних форматах програмного забезпечення ( , , S S, S SS, -I ), тому після закінчення збору дані приводять до єдиного зручного формату використання. Залежно від досвіду аналітика, дані попередньо аналізують в оригінальному форматі чи у зведеному файлі.

Зведений файл доцільно готувати з можливістю дезагрегації (сортування) даних за різними напрямками заходів, територіями, цільовими групами тощо.

### **Крок 6. Провести спостереження щодо кожного типу даних**

Отримані зведені дані використовуються для побудови графіків або таблиць, за допомогою яких можна порівнювати або зіставляти різні типи даних, аналізувати їх не тільки за місцем, групою, але й за часом (тобто встановлювати географічні та часові відмінності), формулювати відповідні висновки.

Важливо також розглянути всі можливі пояснення для кожного висновку (наприклад: зміни в поширеності ВІЛ серед донорів крові (за даними сероепідеміологічного моніторингу) можуть відображати посилення роботи щодо залучення донорів з низьким ризиком інфікування ВІЛ).

### **Крок 7. Визначити тенденції в різних типах даних та побудувати гіпотези**

Наступним кроком триангуляційного аналізу є порівняння різних наборів даних (отриманих з різних джерел, за допомогою різних методів тощо). Крок 7 є тим етапом, де триангуляція отримує найбільш наочне пояснення як термін (лат. *triangulum* – трикутник) і як метод (взаємна перевірка даних, отриманих з кількох джерел, зазвичай з трьох). Наприклад, для виявлення тенденцій поширення ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків необхідно зіставити та порівняти дані, отримані з:

- наркодиспансеру (кількість пацієнтів, які надходять з наркотичними розладами або на детоксикацію);
- органів внутрішніх справ (кількість кримінальних справ, порушених у сфері обігу наркотичних речовин);
- біоповедінкових досліджень (дані щодо типів наркотичних речовин і стажу споживання наркотиків).

Якщо при аналізі цих даних спостерігатиметься зменшення наркоспоживання (або перехід на споживання неін'єкційних наркотиків) серед населення в цілому, то цілком імовірно, що зниження поширеності ВІЛ серед цієї групи може бути зумовлене змінами в наркосцені.

Особливу увагу слід звернути на встановлення причинно-наслідкових зв'язків між впливом чинників зовнішнього середовища (наприклад, профілактичних, медичних програм) і станом здоров'я окремої людини або популяції, вибраних для дослідження, зокрема, здійснити якісно-логічний аналіз (1) даних про тривалість, режим та інтенсивність впливу, специфіку та механізм дії чинників, (2) результатів поглибленого цілеспрямованого обстеження стану здоров'я особи/популяції.

Учений А.Б. Хіл (1965) запропонував для визначення причинно-наслідкових зв'язків між чинниками зовнішнього середовища і станом здоров'я населення використовувати такі показники:

- *Сила статичного зв'язку між чинником та змінами стану здоров'я.* Цей зв'язок має бути досить сильним, щоб можна було відокремити вплив досліджуваних чинників від впливу інших можливих чинників; вплив повинен бути пов'язаний з відносно високим ризиком розвитку захворювання, а зв'язок між причиною та наслідком повинен бути вираженим і статистично значущим. Інакше не можна розрізнити вплив досліджуваного та інших можливих чинників.
- *Специфічність зв'язку* (певні чинники – певні ефекти). Визначають, чи призводить встановлена причина до специфічного ефекту. В ідеалі причина повинна викликати один ефект, однак деякі чинники, зокрема тютюнопаління, можуть зумовлювати різні захворювання (хронічний бронхіт, рак легень, рак сечового міхура), а також виступати фактором ризику багатьох інших захворювань (наприклад, серцево-судинної системи).
- *Достовірність.* Отримані висновки ґрунтуються на правильній організації дослідження, враховуються чинники, що заважають або мають недостатню достовірність.



- *Залежність «експозиція – ефект»* (ризик розвитку досліджуваного ефекту повинен зростати зі збільшенням експозиції).
- *Залежність «час – ефект»* (вплив має завжди передувати ефекту).
- *Біологічна правдоподібність зв'язку* (відповідність зв'язку між загальнобіологічними уявленнями та наявними даними про етіологію та патогенез досліджуваного ефекту).
- *Сталість зв'язку* (досліджуваний зв'язок має також спостерігатися при інших правильно спланованих дослідженнях).
- *Аналогія* (відповідність отриманих даних інформації про вплив інших, близьких за механізмом дії, чинників) – паралелі з іншими, добре вивченими причинно-наслідковими зв'язками;
- *Зворотність* (ефективність заходів втручання): зникнення чинника або зниження рівня його впливу зумовлює зменшення ймовірності розвитку відповідного ефекту.

Наведені вище критерії нерівнозначні між собою і не всі обов'язкові для констатації зв'язку *середовище – здоров'я*. На достовірність висновків про наявність цього зв'язку суттєво впливає коректність плану епідеміологічних, клінічних та гігієнічних досліджень. Найбільш типова помилка в подібних дослідженнях полягає в недостатньому врахуванні інших чинників (наприклад, способу життя, шкідливих звичок тощо), які значною мірою впливають на досліджуваний зв'язок і можуть суттєво викривляти уявлення про вплив досліджуваного чинника.

Тому важливо розглянути альтернативні пояснення і виключити їх з переліку аргументів, які підтверджують гіпотезу.

#### **Крок 4. Здійснити детальну перевірку висунутих гіпотез**

Перевірка гіпотез/и має вирішальне значення для аналізу та інтерпретації отриманих даних. За допомогою тріангуляції перевіряють гіпотези або пояснення, які відповідають більшості наявних даних. Якщо отримані дані та докази спростовують гіпотезу, її відкидають. Гіпотеза вважається істинною до того часу, поки не доведено протилежне.

#### **Крок 5. Визначити додаткові дані та повернутися до кроку 4 за потреби**

Упродовж усього процесу аналітики переглядають наявні дані для (1) виявлення прогалин або (2) підтвердження гіпотез. Якщо необхідно, слід провести збір додаткових уточнювальних даних (повернутися до кроку 4). Коли отримують остаточне підтвердження гіпотези та надійну інтерпретацію даних, процес завершено.

#### **Крок 6. Узагальнити результати і сформулювати висновки**

На цьому етапі вирішують, які гіпотези підтверджуються більшістю джерел даних (і є при цьому найбільш надійними) та які підтримуються як кількісними, так і якісними даними. Також важливо визначити та підсумувати, які дані мають прогалини та обмеження, окреслити ділянки, де майбутні дослідження можуть допомогти відповісти на питання.

#### **Крок 7. Оприлюднити результати та обговорити рекомендації**

Кінцевою метою тріангуляції є сприяння прийняттю управлінських рішень і плануванню програм для певних цільових груп. Тріангуляція також дає можливість посилити потенціал залучених до цього процесу організацій та осіб. Про результати тріангуляційного аналізу інформують зацікавлені сторони та осіб, які приймають рішення, наприклад, на засіданнях рад з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДУ, національних та міжнародних конференціях, круглих столах, робочих зустрічах тощо. Формат оприлюднення отриманих результатів – презентації (з використанням таблиць, графіків, картограм) та коротких резюме у паперовому вигляді.

**Крок 2. Визначити наступні кроки**

Особливо важливим є використання та поширення отриманих висновків і рекомендацій всіма зацікавленими сторонами регіону, які брали участь у триангуляційному аналізі.

З урахуванням отриманих результатів визначають доцільність повторного проведення вправи з триангуляції та її можливі терміни, коло зацікавлених сторін для участі в майбутньому аналізі, перелік даних, яких бракувало під час проведеного аналізу, і шляхи їх отримання.

**ПРИКЛАД ТРИАНГУЛЯЦІЇ ДАНИХ У СФЕРІ ПРОТИДІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ****Стисла епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в області**

Область N є територією із середнім по Україні рівнем поширеності ВІЛ серед загального населення. Проте в останні роки в області зафіксовано зростання показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію, СНІД і смертності від СНІДу. У 2011 р. статевий шлях інфікування ВІЛ почав переважати над парентеральним. В області реєструються ВІЛ-позитивні вагітні при повторному обстеженні; частка дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями у 2011 р., досягла 21%. Рівень охоплення медичним наглядом у 2011 р. порівняно з 2012 р. зменшився і становить 58% проти 62% відповідно. Майже у 55% випадків ВІЛ-інфекцію виявляють і реєструють на пізніх стадіях захворювання. Охоплення тестуванням на ВІЛ-інфекцію представників груп ризику залишається на низькому рівні. Про те, що епідемія ВІЛ-інфекції в області продовжує розвиватися, свідчить реєстрація у 2011 р. більшої кількості випадків захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед молодших вікових груп населення порівняно з попередніми роками.

Населення області N переважно проживає в сільській місцевості та займається сільськогосподарським виробництвом.

**Крок 3. Визначити ключові питання.** Проведено робочу зустріч зацікавлених сторін, під час якої напрацьовано потенційні ключові питання для дослідження:

1. Чи є однаковими тенденції поширеності ВІЛ на різних територіях області
2. Чи є послуги з консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію ефективним заходом профілактики ВІЛ-інфекції. Якщо так, то серед якого контингенту населення
  - . Які основні причини низького рівня охоплення медичним наглядом осіб з уперше встановленим ВІЛ-позитивним статусом
4. Яка інтенсивність і вплив програм профілактики ВІЛ-інфекції, що реалізуються НУО та соціальними службами
5. Чи на всіх територіях області недержавні організації надають послуги з профілактики, догляду та підтримки
6. Чи відбулися зміни в ризикованій поведінці молоді за період реалізації останньої регіональної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу
7. Як впливає рівень поінформованості з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу серед загального населення на розвиток епідемії. Чи мають на це вплив ЗМІ
8. Як впливають уроки за програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя на рівень поінформованості учнів загальноосвітніх навчальних закладів з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу
9. Чи справді відбувається активізація статевого шляху передачі ВІЛ в області та чи відіграють СІН роль у подальшому поширенні збудника гетеросексуальним шляхом
10. Від чого залежить ефективність активної диспансеризації (відповідно до клінічних протоколів) ЛЖВ в області

11. Як часто та чому трапляються випадки відмови від послуг з тестування, профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, АРТ, профілактики та лікування туберкульозу, ІПСШ, інших медичних послуг
12. Чи впливає АРТ на рівень захворюваності на СНІД та смертності від СНІДу
13. Як впливає АРТ на загальний рівень поширеності ВІЛ в області
14. Чи існує проблема стигми та дискримінації ЛЖВ в області та який її рівень
15. Яка роль обласної та місцевих рад з ТБ/ВІЛ у вирішенні невідкладних питань щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу
16. З яких джерел і чи в достатньому обсязі надходять і витрачаються в області кошти на заходи з впровадження програм та надання різних послуг у рамках відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу

**Крок 2. Переконалися, що буде знайдено відповіді на питання і вжито відповідних заходів.** За критеріями (важливість, доступність, доцільність, здійсненність) опрацьовано 16 пріоритетних питань для триангуляційного аналізу, які проходять двоступеневий скринінг – відбір потенційних та дослідницьких питань.

За консолідованим рішенням зацікавлених сторін на першому етапі скринінгу відібрано 5 потенційних питань:

1. Чи є однаковими тенденції поширеності ВІЛ на різних територіях області
2. Які основні причини низького рівня охоплення медичним наглядом осіб з уперше встановленим ВІЛ-позитивним статусом
  - Які інтенсивність і вплив програм профілактики ВІЛ-інфекції, що реалізуються НУО та соціальними службами
4. Від чого залежить ефективність активної диспансеризації ЛЖВ в області
5. Як впливає АРТ на загальний рівень поширеності ВІЛ в області

Методом ранжування (за 5-бальною системою) з 5 потенційних питань було визначено одне питання для триангуляційного аналізу – «Які основні причини низького рівня охоплення медичним наглядом осіб з уперше встановленим ВІЛ-позитивним статусом?» (див. Табл. 6).

Таблиця

Питання	Критерії відбору				Загальна сума балів
	Важливість	Доступність	Доцільність	Здійсненність	
Чи є однаковими тенденції поширеності ВІЛ на різних територіях області?	5	5	2	5	17
Які основні причини низького рівня охоплення медичним наглядом осіб з уперше встановленим ВІЛ-позитивним статусом?	5	5	5	4	19
Які інтенсивність і вплив програм профілактики ВІЛ-інфекції, що реалізуються НУО та соціальними службами?	5	4	5	4	18
Від чого залежить ефективність активної диспансеризації ЛЖВ в області?	5	3	3	3	14
Як впливає АРТ на загальний рівень поширеності ВІЛ?	5	4	3	3	15

**Крок . Визначити джерела даних і зібрати довідкову інформацію.** Для аналізу було відібрано основні джерела даних за такими критеріями: доступність, наявність кількісних та якісних характеристик, забезпечення якості, відповідність етичним принципам:

- дані офіційної статистики випадків ВІЛ/СНІДу;
- дані наркологічних диспансерів, закладів протитуберкульозної та акушерсько-гінекологічної служб;
- результати біоповедінкових досліджень та оцінки чисельності груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ (СІН, ЖКС, ЧСЧ);
- дані моніторингу профілактичних програм серед СІН, ЖКС, ЧСЧ, які реалізуються НУО (програмний моніторинг).

**Крок . Детально опрацювати питання дослідження.** Після здійснення трьох попередніх кроків проведено робочу зустріч з фахівцями та експертами щодо обговорення обмежень, які можуть виникнути в ході триангуляції на подальших етапах. За результатами зустрічі питання «Які основні причини низького рівня охоплення медичним наглядом осіб з уперше встановленим ВІЛ-позитивним статусом?» було уточнено та доповнено питаннями, а саме:

- Який контингент населення області N належить до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ
- Який рівень охоплення послугами КіТ на ВІЛ-інфекцію та чи є ефективним цей захід у закладах наркологічної, протитуберкульозної та акушерсько-гінекологічної служб
- Яка ефективність механізму переадресації ВІЛ-позитивних осіб від НУО до закладів служби СНІДу
- Що необхідно змінити у роботі закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) та НУО для підвищення рівня охоплення медичним наглядом ВІЛ-позитивних осіб

**Крок . Зібрати дані.** На цьому етапі зібрано дані з визначених джерел за останні 5 років (2009–201 рр.). Дані приведено до єдиного формату, створено зведений (підсумковий) -файл за якісними характеристиками даних.

Для систематичного контролю за ходом збору даних проводилися регулярні зустрічі із зацікавленими сторонами, в тому числі спеціалістами закладів охорони здоров'я, представниками громадських організацій.

**Крок .** Дані згруповано за різними напрямками («Результати досліджень», «КіТ на ВІЛ-інфекцію в ЗОЗ», «Переадресація ВІЛ-позитивних осіб з НУО до закладів служби СНІДу», «Медичний нагляд у закладах служби СНІДу») та використано для побудови таблиць і графіків.

Для прикладу наводимо деякі динамічні ряди даних з різних джерел даних області N (див. Табл. 7–10).

Таблиця

**Результати біоповедінкових досліджень серед СІН, ЖКС, ЧСЧ ЧСЧ, область N, 2009–2013 рр.**

Групи підвищеного ризику	2009	2011	2013
<b>СІН</b>			
Загальна поширеність ВІЛ серед СІН, %	20,3	33,7	35,1
Поширеність ВІЛ серед СІН віком до 25 років, %	4,5	7,4	8,2
Охоплення СІН профілактичними програмами, %	28	32,7	33,4
<b>ЖКС, які не є СІН</b>			
Загальна поширеність ВІЛ серед ЖКС, %	11,1	15,6	13,1
Поширеність ВІЛ серед ЖКС віком до 25 років, %	1,8	1,5	1
Охоплення ЖКС профілактичними програмами, %	20,4	38,8	75,5
<b>ЧСЧ</b>			
Загальна поширеність ВІЛ серед ЧСЧ, %	9	8	12
Поширеність ВІЛ серед ЧСЧ віком до 25 років, %	3,4	4,2	4,8
Охоплення ЧСЧ профілактичними програмами, %	8,8	11,4	1,8

Таблиця

**КіТ на ВІЛ-інфекцію в закладах охорони здоров'я, область N, 2009–2013 рр.**

Заклади охорони здоров'я	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Наркодиспансери</b>					
Кількість обстежень на ВІЛ-інфекцію, всього	350	344	341	328	313
Обстежені на ВІЛ-інфекцію, які отримали післятестове консультування, %	58	63	64	60	54
ВІЛ-позитивні особи, яких було виявлено, перенаправлено і взято на облік у закладах служби СНІДу упродовж звітнього року, %	51	45	43	44	40
<b>Протитуберкульозні заклади (ПТЗ)</b>					
Кількість обстежень на ВІЛ-інфекцію, всього	128	127	128	133	134
Обстежені на ВІЛ-інфекцію, які отримали післятестове консультування, %	75	73	78	81	82
ВІЛ-позитивні особи, яких було виявлено, перенаправлено і взято на облік у закладах служби СНІДу упродовж звітнього року, %	77	76	75	74	76
У тому числі СІН, %	48	51	54	53	51
<b>Заклади акушерсько-гінекологічної служби (АГС)</b>					
Кількість обстежень на ВІЛ-інфекцію, всього	15 692	15 764	15 877	16 920	17 230
Обстежені на ВІЛ-інфекцію, які отримали післятестове консультування, %	94	95	98	99	98
ВІЛ-позитивні вагітні, яких було виявлено, перенаправлено і взято на облік у закладах служби СНІДу упродовж звітнього року, %	87	86	89	88	87
У тому числі вагітних СІН, %	76	77	74	78	75

Таблиця

**Переадресація ВІЛ-позитивних осіб з НУО до закладів служби СНІДу, область N, 2009–2013 рр.**

Групи підвищеного ризику	2009	2011	2013
<b>СІН</b>			
Кількість осіб з уперше виявленими ВІЛ-позитивними результатами тестування ШТ, всього	152	144	132
З них осіб, які звернулися у ЗОЗ та яким підтверджено наявність антитіл до ВІЛ, %	54	67	83
З них осіб, яких узято під медичний нагляд у закладах служби СНІДу, %	4	5	3
<b>ЖКС</b>			
Кількість осіб з уперше виявленими ВІЛ-позитивними результатами тестування ШТ, всього	44	39	37
З них осіб, які звернулися у ЗОЗ та яким підтверджено наявність антитіл до ВІЛ, %	86	88	90
З них осіб, яких узято під медичний нагляд у закладах служби СНІДу, %	25	32	49
<b>ЧСЧ</b>			
Кількість осіб з уперше виявленими ВІЛ-позитивними результатами тестування ШТ, всього	10	5	12
З них осіб, які звернулися у ЗОЗ та яким підтверджено наявність антитіл до ВІЛ, %	0	0	0
З них осіб, яких узято під медичний нагляд у закладах служби СНІДу, %	0	0	0

Таблиця

**Медичний нагляд у закладах служби СНІДу, область N, 2009–2013 рр.**

Показники	2009	2010	2011	2012	2013
Кількість нових випадків ВІЛ-інфекції, осіб	282	280	289	307	334
Охоплення ВІЛ-інфікованих СІН медичним наглядом, %	46	50	51	52	47
Своєчасність взяття ВІЛ-інфікованих СІН під медичний нагляд у ЗОЗ (частка осіб у III-IV клінічних стадіях, %)	45	56	67	70	71
Активна диспансерна група, %	-	-	50	54	52
Кількість нових випадків, осіб	114	120	123	137	174

Продовження Табл. 5

Групи підвищеного ризику	2009	2010	2011	2012	2013
Охоплення АРТ (від осіб які потребують АРТ), % / у т.ч. СІН (від осіб, які отримують АРТ), %	87/ 7%	88/ 8%	93/ 7%	96/ 9%	95/ 11%
Кількість померлих від СНІДу, осіб / у т.ч. частка смертей від ТБ/ВІЛ, %	38/ 65%	50/ 67%	49/ 64%	48/ 69%	56/ 68%
Частка осіб, які отримували АРТ на момент смерті, %	-	-	35	32	33
Частка померлих СІН, %	54	57	63	71	75

**Крок . Визначити тенденції в різних типах даних та побудувати гіпотези.** Наступним кроком триангуляційного аналізу є порівняння різних наборів даних для відповіді на питання, які уточнюють основне дослідницьке питання.

- Який контингент населення області *N* належить до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ?

*Гіпотеза.* В області *N* епідемічний процес з ВІЛ-інфекції підтримується СІН із залученням молоді, що може стати негативною прогностичною ознакою інтенсивного розвитку епідемії. Низький рівень охоплення СІН медичним наглядом може бути наслідком (1) їхньої ризикованої поведінки та (2) неефективного механізму переадресації ВІЛ-позитивних осіб від ЗОЗ різного профілю і НУО до закладів служби СНІДу (див. Рис. , 4, 5).

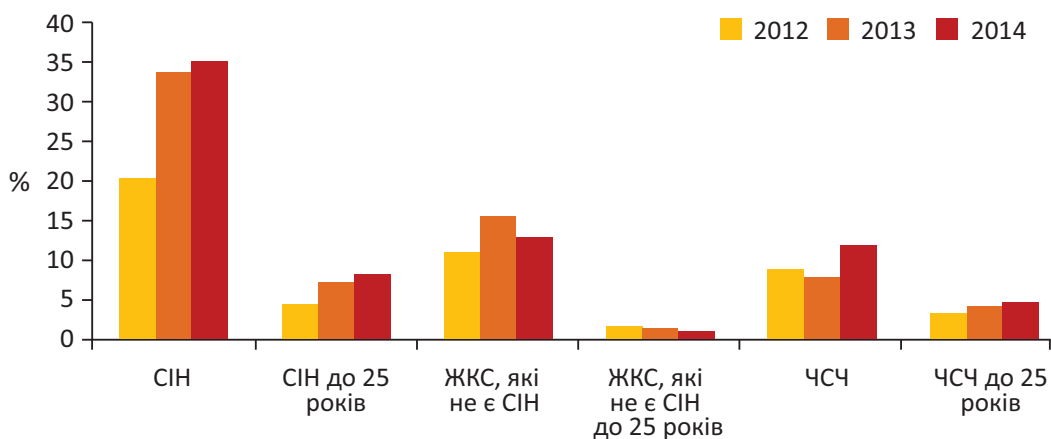


Рис. 3. Рівень поширеності ВІЛ серед СІН, ЖКС, ЧСЧ, область *N*, 2009–2013 рр.

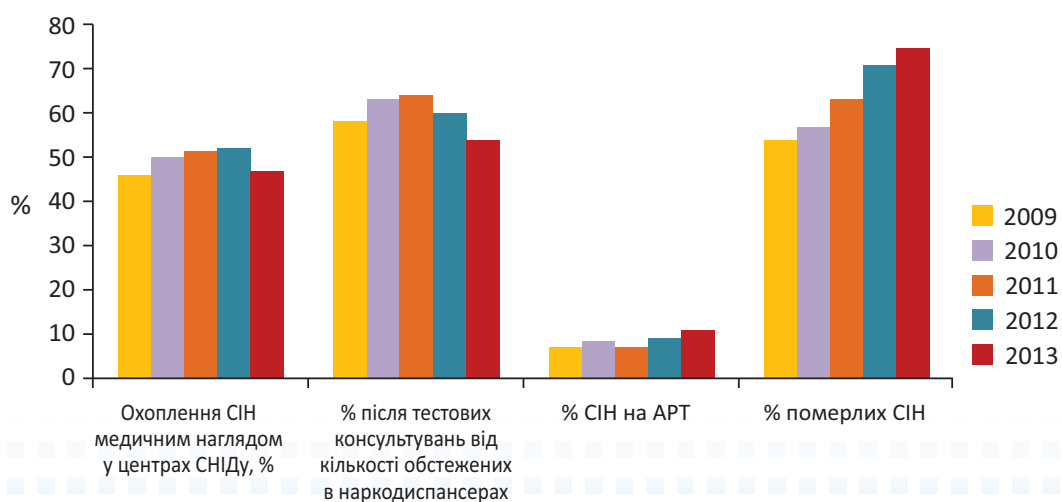


Рис. 4. Медичні дані щодо СІН, область *N*, 2009–2013 рр.

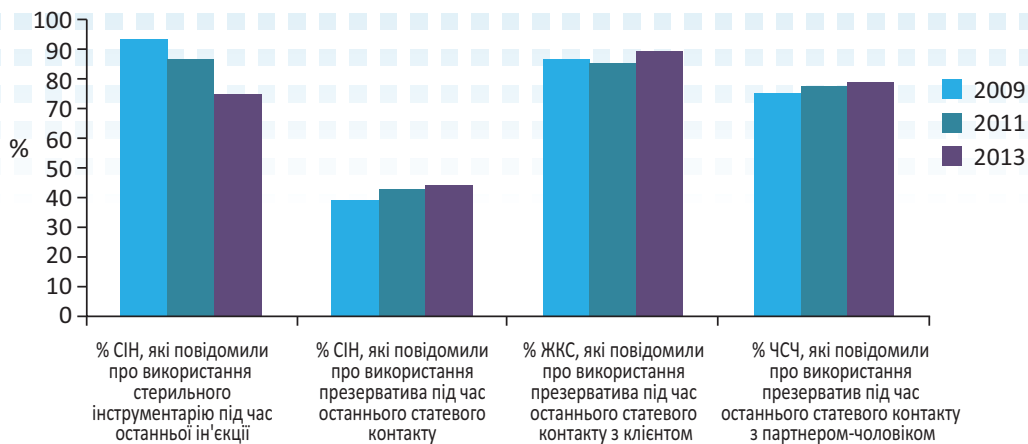


Рис. 5. Поведінкові дані щодо СІН, ЖКС, ЧСЧ, область N, 2009–2013 рр.

- Який рівень охоплення послугами КіТ на ВІЛ-інфекцію та чи є ефективним цей захід у закладах наркологічної, протитуберкульозної та акушерсько-гінекологічної служб?

Гіпотеза. В області N недостатній рівень охоплення та якості КіТ на ВІЛ-інфекцію в ЗОЗ призводить до зменшення кількості осіб, які звертаються по післятестове консультування. На рівень охоплення медичним наглядом негативно впливає несвоєчасне звернення осіб з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ до закладів служби СНІДу (див. Рис. 6, 7).

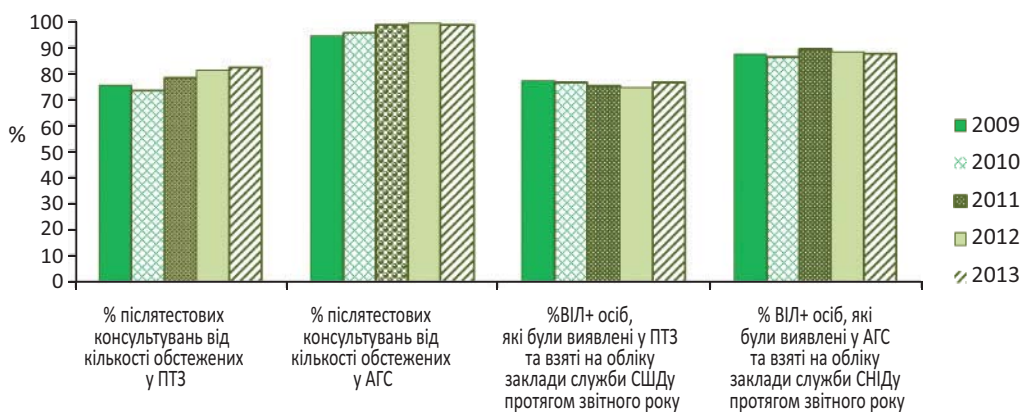


Рис. 6. Дані щодо переадресації ВІЛ-позитивних осіб, виявлених у протитуберкульозних закладах (ПТЗ) і закладах акушерсько-гінекологічної служби (АГС), область N, 2009–2013 рр.

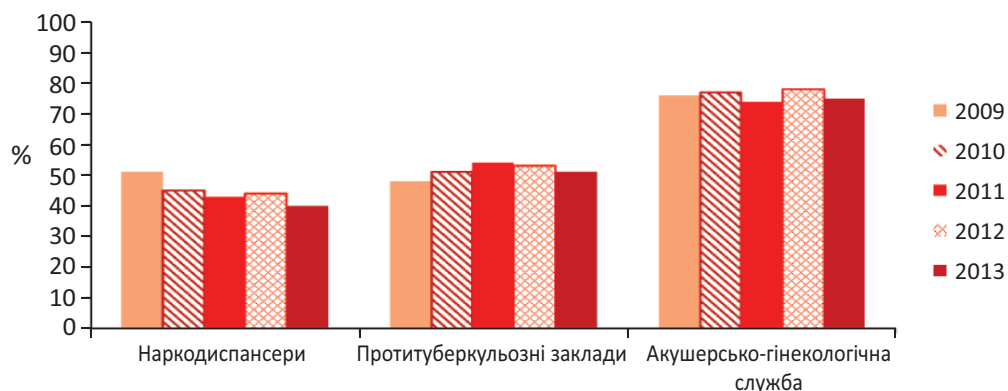


Рис. 7. Відсоток ВІЛ-позитивних СІН, яких було виявлено в наркодиспансерах, протитуберкульозних закладах та закладах акушерсько-гінекологічної служби та перенаправлено і взято на облік у закладах служби СНІДу упродовж звітного року, область N, 2009–2013 рр.

- Яка ефективність механізму переадресації ВІЛ-позитивних осіб від НУО до закладів служби СНІДу?

*Гіпотеза.* В області N недостатнє охоплення профілактичними програмами представників груп підвищеного ризику призводить до збільшення кількості ВІЛ-позитивних осіб. Можна припустити, що також неефективним є механізм переадресації ВІЛ-позитивних осіб з груп ризику, яких було виявлено в НУО за допомогою швидких тестів, до закладів служби СНІДу. З іншого боку, обмежена кількість ВІЛ-сервісних програм та проектів спричиняє зменшення доступу для ЛЖВ до медичних та немедичних послуг (див. Рис. 8, 9, 10).

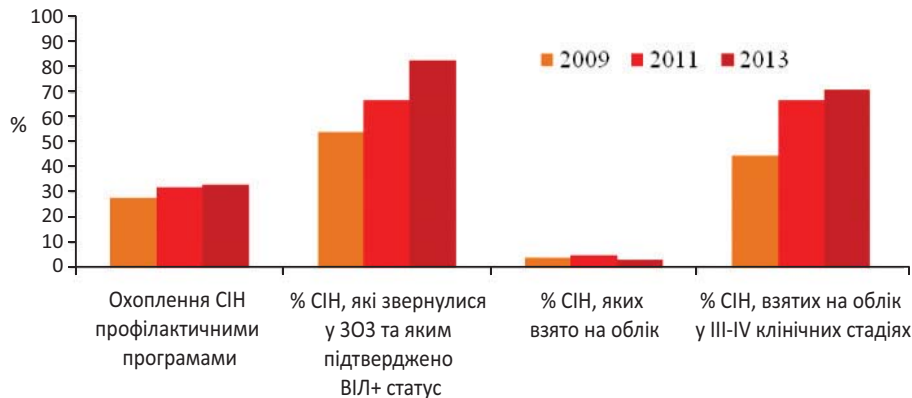


Рис. 8. Дані щодо охоплення СІН профілактичними програмами та щодо переадресації ВІЛ-позитивних СІН, яких було виявлено в НУО за допомогою швидких тестів, до закладів служби СНІДу, область N, 2009–2013 рр.

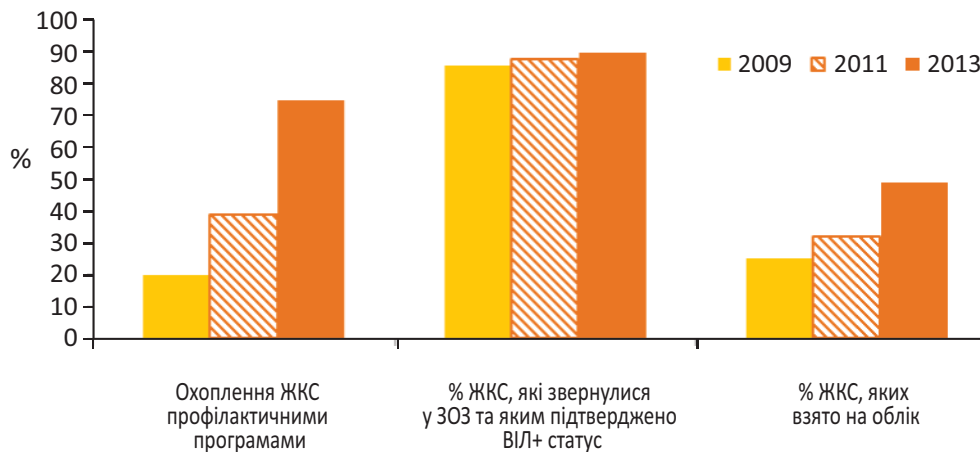


Рис. 9. Дані щодо охоплення ЖКС профілактичними програмами та щодо переадресації ВІЛ-позитивних ЖКС, яких було виявлено в НУО за допомогою швидких тестів, до закладів служби СНІДу, область N, 2009–2013 рр.



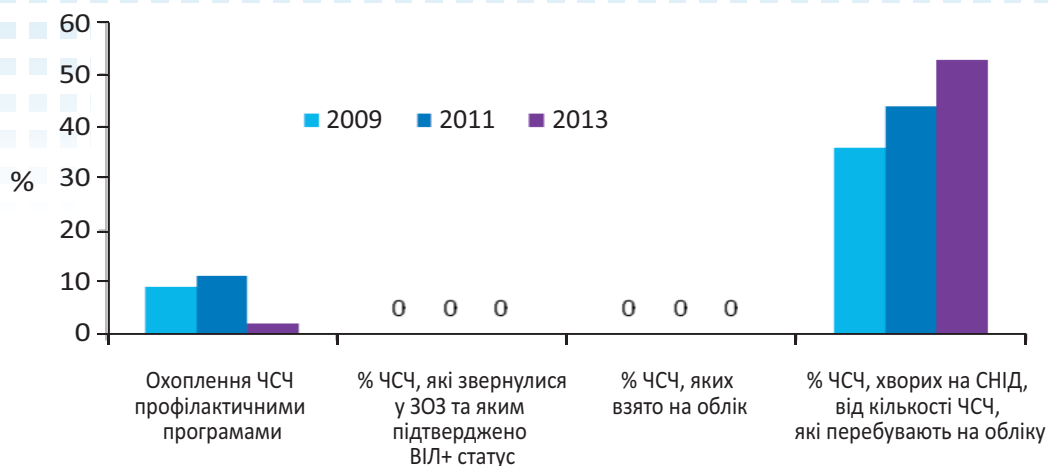


Рис. 10. Дані щодо охоплення ЧСЧ профілактичними програмами та щодо переадресації ВІЛ-позитивних ЧСЧ, яких було виявлено в НУО за допомогою швидких тестів, до закладів служби СНІДу, область N, 2009–2013 рр.

**Крок . Здійснити детальну перевірку висунутих гіпотез.** Проаналізовано результати попереднього кроку, здійснено повторну інтерпретацію отриманих даних, яка підтвердила висунуті гіпотези.

**Крок . Визначити додаткові дані та повернутися до кроку за потреби .** Для завершення тріангуляційного аналізу знадобилися додаткові дані про кількість НУО, які реалізують профілактичні програми серед СІН, ЖКС, ЧСЧ, у тому числі в сільській місцевості (див. Табл. 11).

Таблиця

**Кількість НУО, які реалізують профілактичні програми серед СІН, ЖКС, ЧСЧ, у тому числі в сільській місцевості, область N, 2009–2013 рр.**

НУО	2009	2010	2011	2012	2013
<b>СІН</b>					
Кількість НУО, які впроваджують профілактичні програми серед СІН	1	1	1	2	2
З них у сільській місцевості	0	0	0	0	0
<b>ЖКС</b>					
Кількість НУО, які впроваджують профілактичні програми серед ЖКС	2	2	3	5	5
З них у сільській місцевості	0	0	1	1	2
<b>ЧСЧ</b>					
Кількість НУО, які впроваджують профілактичні програми серед ЧСЧ	0	0	0	1	1
З них у сільській місцевості	0	0	0	0	0

**Крок . Узагальнити результати і зробити висновки.** Тріангуляційний аналіз дав можливість отримати такі результати:

- Епідемічний процес з ВІЛ-інфекції активно підтримується СІН та зростає серед ЧСЧ, епідемія дедалі більше охоплює СІН та ЧСЧ молодого віку.
- Недостатній рівень охоплення та якості КіТ на ВІЛ-інфекцію в наркодиспансерах і закладах протитуберкульозної служби призводить до збільшення випадків пізнього виявлення осіб (у III-I клінічних стадіях ВІЛ-інфекції). Це може свідчити про збільшення випадків взяття на облік у ЗОО служби СНІДу осіб, які інфікувалися кілька років тому.

- Найбільший відсоток осіб, які звертаються по післятестову консультацію, зафіксовано в закладах акушерсько-гінекологічної служби, тобто КіТ частіше проводиться серед вагітних. СІН залишаються поза увагою спеціалізованих служб та є активним джерелом поширення ВІЛ в області.
- Збільшення випадків захворювання на СНІД і смертності від СНІДу в області є результатом несвоечасного взяття ВІЛ-позитивних осіб під медичних нагляд, що призводить до пізнього початку АРТ та неефективного лікування, особливо серед СІН та ЧСЧ.
- Неефективність профілактичних програм серед СІН підтверджується високим рівнем поширення ВІЛ серед представників цієї групи, ризикованою поведінкою СІН, неефективним механізмом переадресації ВІЛ-позитивних СІН від НУО до закладів і центрів профілактики та боротьби зі СНІДом.
- Найбільш успішно програми профілактики реалізуються серед ЖКС, очікується позитивна тенденція щодо зниження рівня поширеності ВІЛ серед них, що зумовлено збільшенням їх охоплення профілактичними програмами ЖКС, зміною поведінки на більш безпечну, зростанням кількості ВІЛ-позитивних ЖКС, яких виявлено в НУО та своєчасно взято на облік у закладах служби СНІДу.
- НУО впроваджують профілактичні програми переважно в містах, і це не дає можливості в необхідному обсязі здійснити профілактичні заходи серед осіб з груп ризику – мешканців сільської місцевості, що особливо актуально з огляду на переважно сільське населення області. Незнання мешканцями села свого ВІЛ-позитивного статусу та несвоечасне звернення до центру СНІДу призводить до збільшення кількості нових випадків ВІЛ-інфекції серед них, переважно виявлених у пізніх клінічних стадіях ВІЛ-інфекції.

На підставі наведених вище результатів сформульовано висновки, які відповідають на дослідницьке питання *«Які основні причини низького рівня охоплення медичним наглядом осіб з уперше встановленим ВІЛ-позитивним статусом?»*:

1. Недостатній рівень охоплення та якості КіТ на ВІЛ-інфекцію в наркодиспансерах і закладах протитуберкульозної служби.
2. Неефективність механізму переадресації ВІЛ-позитивних осіб, виявлених у наркодиспансерах та закладах протитуберкульозної служби і НУО, до закладів і центрів профілактики та боротьби зі СНІДом.
  - Основною групою ризику щодо інфікування ВІЛ є СІН, зокрема через їх несвоечасне звернення до закладів служби СНІДу після отримання позитивного результату тестування на ВІЛ-інфекцію, що негативно впливає на рівень охоплення медичним наглядом.
4. Відсутність доступу до КіТ на ВІЛ-інфекцію для осіб, які мешкають у сільській місцевості.

**Крок . Оприлюднити результати та обговорити рекомендації.** Результати триангуляційного дослідження подано у форматі презентацій, графіків та картограм та оприлюднено серед зацікавлених сторін та осіб, які приймають рішення (голова ОДА, голова ради з ТБ/ВІЛ, начальник обласного управління охорони здоров'я, головний лікар обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом, представники міжнародних та донорських структур, фондів, керівники ВІЛ-сервісних організацій та програм, керівники ЗОЗ різного профілю, ЦСССДМ тощо). Надано такі рекомендації:

1. Збільшити рівень охоплення КіТ на ВІЛ-інфекцію в ЗОЗ різного профілю, особливо серед груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ.
2. Підвищити рівень знань з питань КіТ на ВІЛ-інфекцію фахівців ЗОЗ, залучених до надання таких послуг, шляхом проведення відповідних тренінгів.
  - Підвищити ефективність переадресації ВІЛ-позитивних осіб, виявлених у ЗОЗ та НУО, до закладів служби СНІДу шляхом забезпечення соціального супроводу кожної особи до моменту її взяття на облік.
4. Посилити профілактику ВІЛ-інфекції серед СІН та ЧСЧ, забезпечити осіб з цих груп ризику своєчасним лікуванням.

5. Спрямувати діяльність НУО, соціальних служб на розгортання профілактичних заходів у сфері ВІЛ/СНІДУ серед сільського населення.

**Крок . Визначити наступні кроки.** Для з'ясування питань, що підтверджують та розширюють висновки проведеного триангуляційного аналізу, рекомендовано провести додатково:

- аналіз причин відмов від послуг з тестування, профілактики, лікування та інших медичних та соціальних послуг;
- дослідження впливу поінформованості з питань ВІЛ-інфекції/СНІДУ серед загального населення та груп ризику на розвиток епідемії ВІЛ-інфекції;
- дослідження щодо впливу інтегрованих послуг для ЛЖВ на рівень їх охоплення медичним наглядом.

### Досвід триангуляції даних у сфері проти дії ВІЛ-інфекції/СНІДУ в Україні

**Національний проект з триангуляції даних у сфері проти дії ВІЛ-інфекції/СНІДУ.** Аналітичний підхід з триангуляції даних було застосовано в рамках Проекту зі збору та узагальнення даних щодо ВІЛ-інфекції/СНІДУ в Україні<sup>1</sup>, який впроваджувався за підтримки групою національних та міжнародних експертів у 2010–2012 роках.

Мета Проекту – отримання відповідей на ключові питання шляхом зіставлення та інтерпретації даних з різних джерел (проаналізовано дані станом на кінець 2011 року). В рамках Проекту було обрано 2 взаємопов'язані питання:

- *Які основні шляхи та особливості передачі ВІЛ-інфекції існують нині в Україні?*
- *Наскільки адекватно відповідають профілактичні програми, політики, стратегії та ресурси особливостям поточної епідемії щодо ВІЛ-інфекції/СНІДУ?*

Результати аналізу було використано для точнішого визначення динаміки епідемічної ситуації щодо ВІЛ-інфекції/СНІДУ та відповідного коригування профілактичних програм.

**Регіональні проекти з триангуляції даних у сфері проти дії ВІЛ-інфекції/СНІДУ.** У 2014 році МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках проекту міжнародної технічної допомоги «Залучення місцевих організацій до розвитку моніторингу та оцінки відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДУ (МЕТІДА) підтримав проведення триангуляції на регіональному рівні у 4 регіонах України – Дніпропетровській<sup>2</sup>, Херсонській, Чернігівській<sup>4</sup> областях та місті Києві<sup>5</sup>.

Мета проведення триангуляції – вдосконалення збору та використання даних для прийняття управлінських рішень у сфері проти дії ВІЛ-інфекції/СНІДУ на регіональному рівні.

Діяльність впроваджувалася національними експертами за консультативної підтримки фахівців Центру співробітництва ВООЗ з дозорного епіднадзора за ВІЛ (м. Загреб, Хорватія) та Каліфорнійського університету (м. Сан-Франциско, США), із залученням спеціалістів центрів МіО у цих регіонах. Незважаючи на певні відмінності, деякі результати були характерні для всіх регіонів. Зокрема, в декількох регіонах було підтверджено, що причиною високої смерності серед ВІЛ-інфікованих є пізнє виявлення ВІЛ-інфекції та недостатній доступ до АРТ. У всіх регіонах, де здійснено дослідження, СН залишаються рушійною силою епідемії. Результати триангуляційного аналізу представлено управлінцям у сфері проти дії ВІЛ-інфекції національного та регіонального рівнів, а також використано для розробки програм проти дії ВІЛ-інфекції/СНІДУ в регіонах, де проводилася триангуляція.

Упродовж 2015-2016 років у рамках Проекту МЕТІДА планується здійснення триангуляції даних у сфері проти дії ВІЛ-інфекції/СНІДУ в інших регіонах України.

<sup>1</sup> Проект зі збору та узагальнення даних щодо ВІЛ-інфекції в Україні. Підсумковий звіт. – Абу Абдул-Кадір, К. Думчев, Ю. Круглов та ін. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2013. – 71 с.

<sup>2</sup> Регіональний проект з триангуляції даних у сфері проти дії ВІЛ-інфекції/СНІДУ в Дніпропетровській області. Підсумковий звіт. – Бозісевич І., Дорошенко О., Козіна І. та ін. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2013. – 64 с.

<sup>3</sup> Регіональний проект з триангуляції даних у сфері проти дії ВІЛ-інфекції/СНІДУ в Херсонській області. Підсумковий звіт. – Недужко О., Ніколка М., Разерфорд Дж. та ін. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2013. – 60 с.

<sup>4</sup> Підготовка звіту завершується.

<sup>5</sup> Регіональний проект з триангуляції даних у сфері проти дії ВІЛ-інфекції/СНІДУ в місті Києві. Підсумковий звіт. – Азман Х., Антоненко Ж., Бугаєнко О. та ін. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2013. – 72 с.

## ДОДАТОК 2

## МЕТОД КАСКАДНОГО АНАЛІЗУ ДАНИХ

Відповідно до міжнародних зобов'язань країни та з урахуванням рекомендацій ВООЗ та ЮНЕЙДС, питання надання якісної медичної допомоги якомога більшій кількості ЛЖВ є ключовим у протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Незважаючи на значну кількість інструментів оцінки доступності послуг, пов'язаних з ВІЛ, обов'язковими вихідними параметрами інтегрованого епідеміологічного нагляду та аналізу забезпечення безперервності надання медичної допомоги є континуум допомоги, що включає дані про послуги з лікування:

- тестування на ВІЛ ( I );
- зв'язок зі службою лікування та надання допомоги при ВІЛ-інфекції ( I );
- включення до програми надання допомоги та оцінка відповідності критеріям призначення лікування ( );
- спостереження до призначення АРТ ( - );
- утримання під наглядом ( );
- початок АРТ ( );
- довічна АРТ ( );
- прихильність ( );
- пригнічення вірусного навантаження ( ).

Так званий каскад Гарднера, рекомендований для широкого застосування на рівні різних країн, вперше описав Едвард Гарднер ( . , ) у журналі I в 2011 році ( . 52, . 6:79 -800). Цей метод аналізу відображає послідовність заходів з профілактики, лікування та догляду, перехід пацієнта з однієї служби до іншої та поступове скорочення охоплення обраної групи населення на етапах надання послуг. Особливість методу полягає в тому, що виявлене на кожному з етапів зменшення аналізованої групи населення дає змогу встановити обсяги цього зменшення і тим самим привернути увагу до його причин, зокрема переваг і недоліків послуг, які надаються. Результати аналізу подаються у вигляді діаграми зі стовпчиками різної висоти (гістограми), де значення стовпчиків співвіднесені не лише зі шкалою, а й послідовно між собою: дані другого стовпчика є часткою даних першого, вираженою у відсотках, і т.д. (див. Рис. 1).

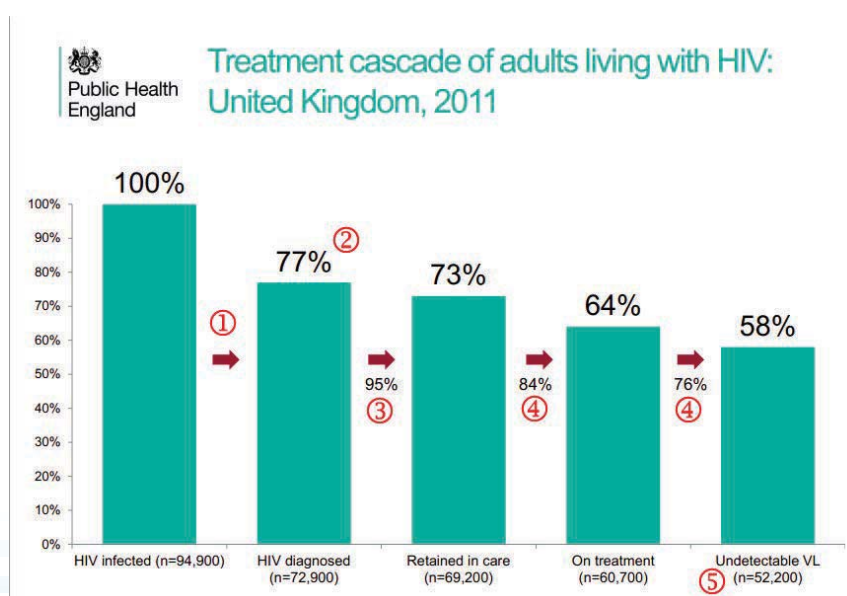


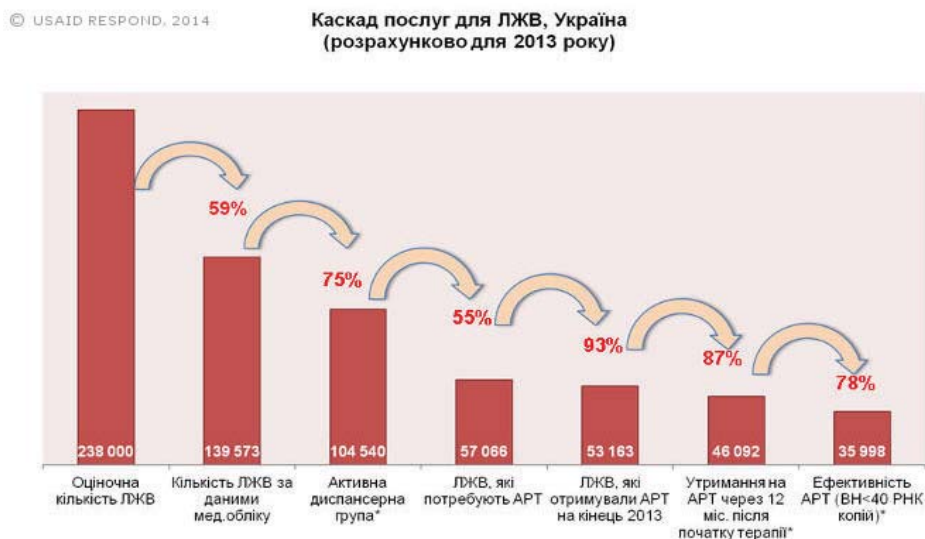
Рис. 1. Каскад послуг для ЛЖВ, Велика Британія, 2011 р.

Каскадний аналіз здійснюється на основі оціночних, розрахункових, статистичних даних. Залежно від підходів до розрахунків даних, розрізняють крос-секційний та поздовжній каскади. Крос-секційний каскад відображає виконання різних складових програми у визначений момент часу. Періодичне порівняння таких каскадів дає змогу виявити широкомасштабні тенденції впливу різних втручань та послуг (наприклад, відсоток ЛЖВ, які знають про свій статус та охоплені програмою допомоги або мають невизначений рівень вірусного навантаження).

Поздовжній каскад, на відміну від крос-секційного, відслідковує часову динаміку групи (когорти) людей. Таким чином, відмінності від одного кроку до іншого відображають ефективність зв'язків між службами і скорочення в групі між різними етапами, а саме частку осіб, які втрачаються протягом медичного спостереження.

При аналізі каскаду необхідно звертати увагу на дві ключові речі: 1) відсоток пацієнтів, які втрачаються на кожному етапі каскаду в порівнянні з попереднім етапом, з подальшим аналізом причин їх вибуття; 2) відсоток пацієнтів з невизначеним рівнем вірусного навантаження від загальної кількості ЛЖВ – вхідних даних каскаду.

У 201 році метод каскадного аналізу вперше застосовано для аналізу надання послуг ЛЖВ в цілому по Україні і в розрізі регіонів (див. Рис. 2, ).



*Рис. 2. Каскад послуг для ЛЖВ, Україна, 2013 р.*



*Рис. 3. Каскад послуг для ЛЖВ, Львівська область, 2013 р.*

При проведенні аналізу українських даних сформульовано такі висновки:

1. Відсоток пацієнтів, втрачених протягом медичного спостереження, має відмінності на регіональному рівні, тому потребує детального аналізу в кожному регіоні.

2. За більшістю показників українські дані повторюють загальноєвропейські та міжнародні тенденції.

. Незважаючи на подальше розширення програм АРТ, в Україні все ще спостерігається значна втрата пацієнтів на всіх рівнях надання допомоги.

Результати застосування методу виявили певні обмеження в наявних даних. Причинами цих обмежень є, зокрема, часта зміна методології побудови оціночної чисельності ЛЖВ, недосконалість підходу до визначення та розрахунку показників активної диспансерної групи та охоплення АРТ, відсутність необхідних даних для визначення ефективності АРТ тощо.

При побудові каскаду доводиться використовувати для аналізу оціночні або розрахункові дані. Так, на Рис. 2 наведено оціночну кількість ЛЖВ, отриману з використанням програми Спектрум; розрахункові дані (ефективність АРТ, ВН менше 40 копій) наведено на Рис. 2 і .

Важливою умовою якості каскадного аналізу є визначення і дотримання його методології в рамках конкретного дослідження. Так, у прикладі на Рис. 4 дані стовпчиків («Діагностовано» / «Перенаправлено» / «Перебувають під наглядом» / «Призначено АРТ» / «Пригнічене вірусне навантаження») спираються на офіційну статистику та розрахунки, проте джерела даних тут не розмежовано (див. для порівняння примітки в Рис. 2, ) а у висновку, наведеному над каскадом, отримані дані, скоріше за все, порівнюються з оціночними («ЗАГАЛОМ: з 1,1 мільйона американців, які живуть з ВІЛ, тільки 25 відсотків мають пригнічене вірусне навантаження»).

**OVERALL: Of the 1.1 million Americans living with HIV, only 25 percent are virally suppressed.**

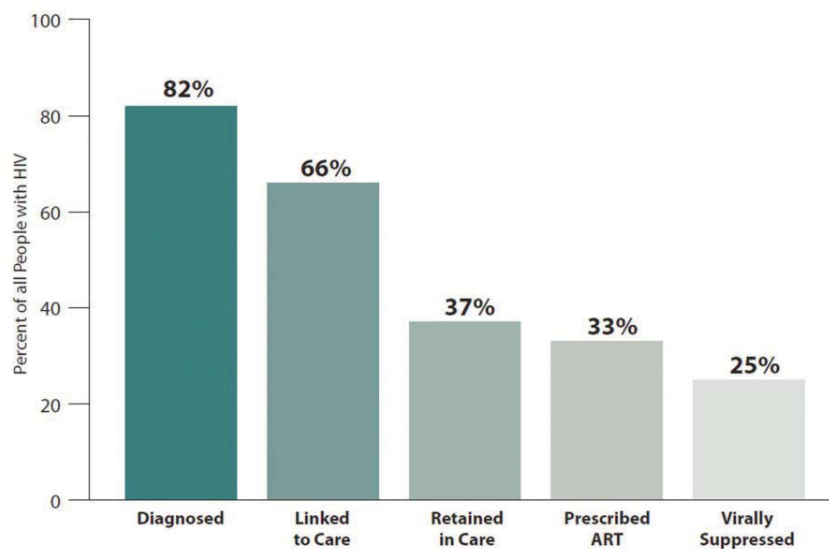


Рис. 4. Каскад послуг для ЛЖВ, США, 2013 р.

Подання результатів аналізу у вигляді каскаду є потужним адвокаційним інструментом, тому забезпечення отримання необхідних та достовірних даних для цього (та інших видів) аналізу шляхом внесення відповідних змін до статистичних форм та уніфікація підходів є ключовим завданням з удосконалення системи епідеміологічного нагляду та клініко-лабораторного моніторингу в Україні.

## КАРТУВАННЯ ЯК СПОСІБ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ ДАНИХ

Програми профілактики ВІЛ-інфекції, що впроваджуються в Україні, мають вплив на динаміку поширення ВІЛ серед груп підвищеного ризику і тим самим доводять свою ефективність. Проте послугами нерівномірно охоплено як різні групи ризику, так і різні регіони. Тому аналіз наявних даних є передумовою прийняття рішень, які максимально відповідають потребам і можливостям.

Одним з методів аналізу та візуалізації даних є картування. Воно полягає у нанесенні (за допомогою вибраних умовних позначень) на карту інформації про види послуг у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДУ для груп підвищеного ризику, доступних на певній території.

Картування дає змогу візуалізувати та оцінити доступність послуг у різних регіонах, щільність розташування пунктів їх надання, моделювати децентралізацію послуг. За результатами картування визначаються прогалини в наявності послуг та формуються обґрунтовані рекомендації щодо розширення/переформатування цих послуг і покращення доступу до них для груп підвищеного ризику та людей, які живуть з ВІЛ.

Прикладом такого способу візуалізації даних може бути проведене Проектом S N картування послуг у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ у 8 областях України – Дніпропетровській, Запорізькій, Львівській, Миколаївській, Одеській, Полтавській, Чернігівській та Черкаській<sup>1</sup>. У ході картування зроблено просторовий аналіз наявності та доступності послуг, що у співвіднесенні з особливостями епідемічної ситуації в кожній області дозволило визначити наявні прогалини в наданні послуг на регіональному та місцевому рівнях.

Для побудови карт використано продукти географічної інформаційної системи IS, яка надає користувачеві дві головні можливості при роботі з даними – візуалізацію даних та здійснення нових форм їх аналізу.

У ході проведеного картування розроблено набори статичних та інтерактивних базових карт, зокрема:

- карти надання послуг за типами закладів/надавачів послуг (Рис. 1), які дозволяють зрозуміти, які надавачі послуг працюють у регіоні, а також отримати уявлення про співвідношення різних типів надавачів послуг у районах області та районних центрах;

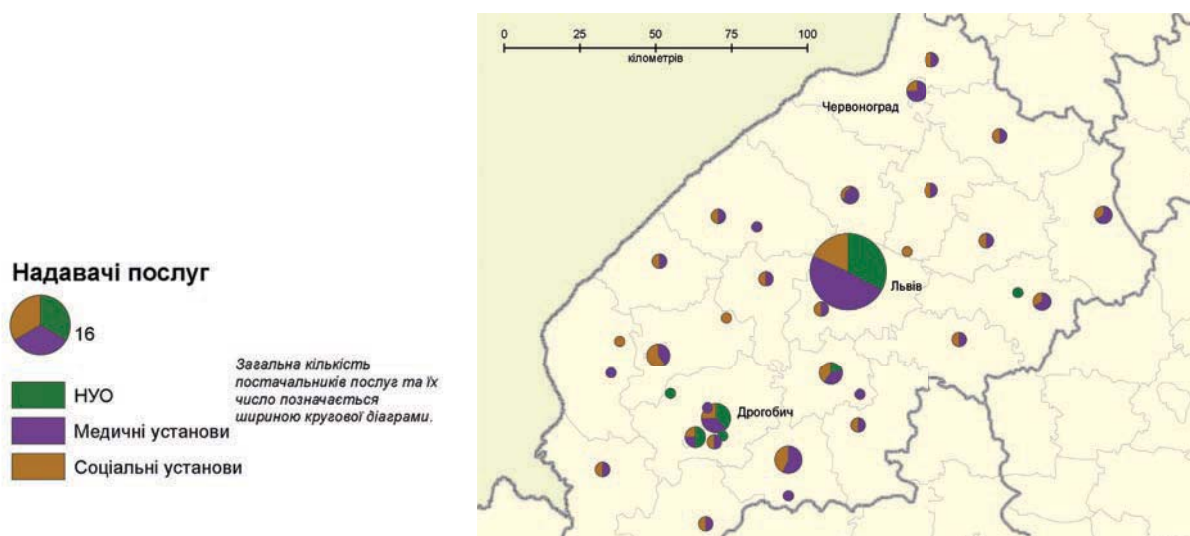


Рис. 1. Характеристика місць надання послуг за типом надавача, Львівська область

<sup>1</sup> Картування послуг для груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ у восьми областях України. Дніпропетровська, Запорізька, Львівська, Миколаївська, Одеська, Полтавська, Черкаська та Чернігівська області / Інна Шваб, Наталія Калягіна, Олена Дорошенко, Каліб Паркер, Кетрін Лью. – К.: RESPOND, 2014. – 56 с.

- карти послуг з тестування на ІПСШ та ВІЛ, на яких вказано місця доступного скринінгового тестування із застосуванням швидких тестів (Рис. 2);

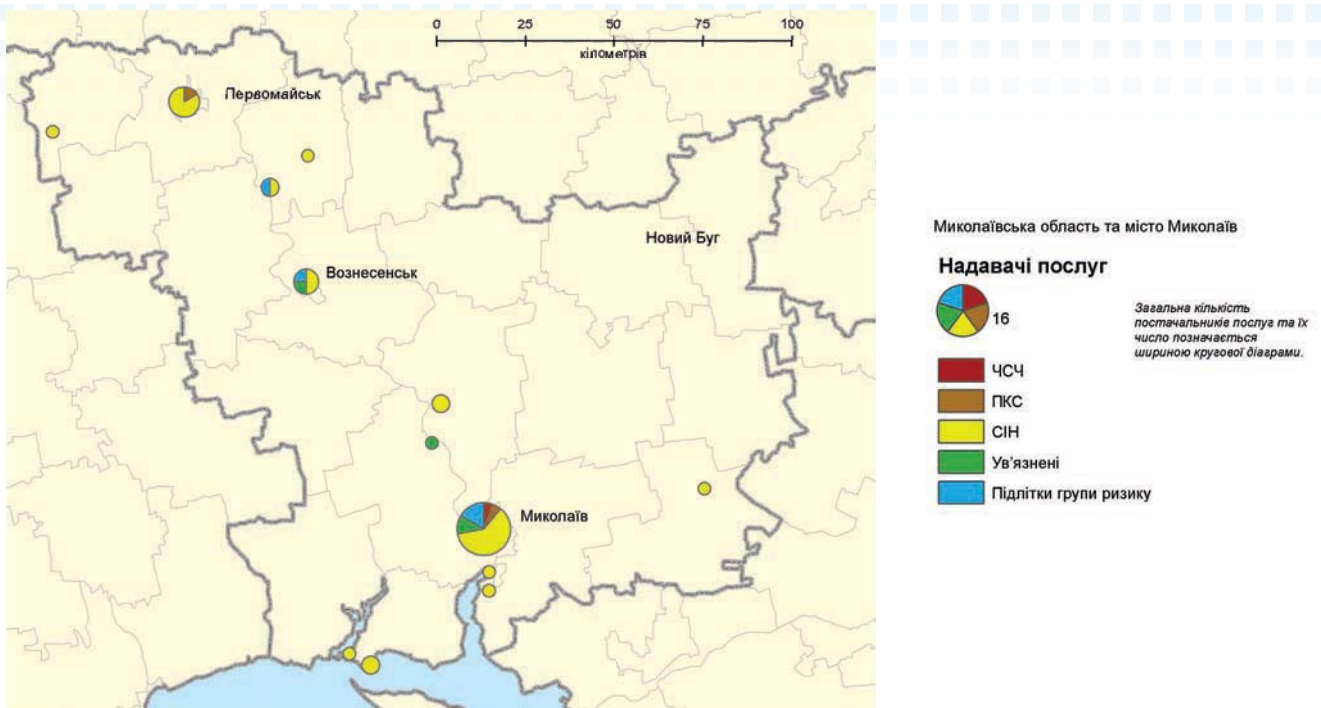


Рис. 2. Місця надання послуг з тестування на ВІЛ швидкими тестами для груп ризику, Миколаївська область

- карти послуг для кожної з груп підвищеного ризику (видача презервативів, інформаційно-освітніх матеріалів, обмін шприців, надання консультацій, медичних послуг на базі НУО, послуг з перенаправлення, ЗПТ для СІН) (Рис. 3);

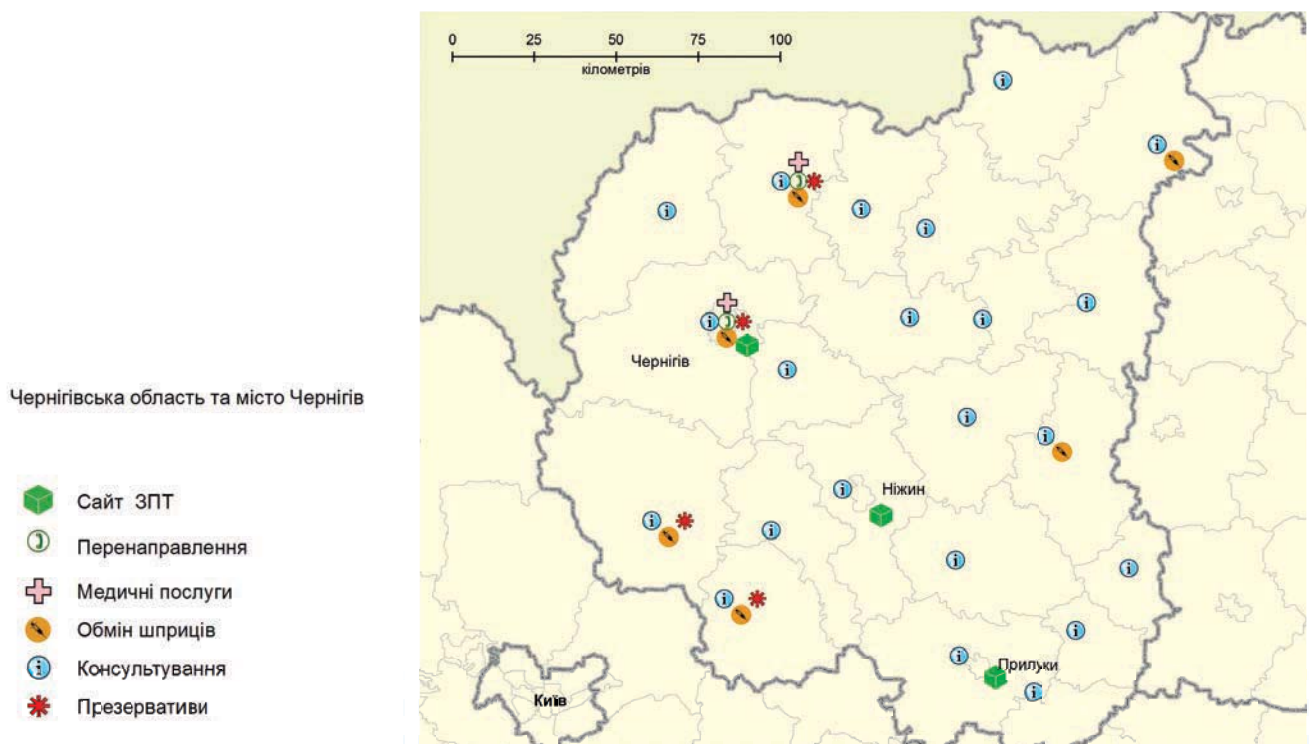


Рис. 3. Місця надання послуг для СІН, Чернігівська область



- карти зон 0- і 60-хвилинної досяжності місць надання послуг – сайтів ЗПТ, АРТ, тестування на ВІЛ (кабінети «Довіра») (Рис.4).

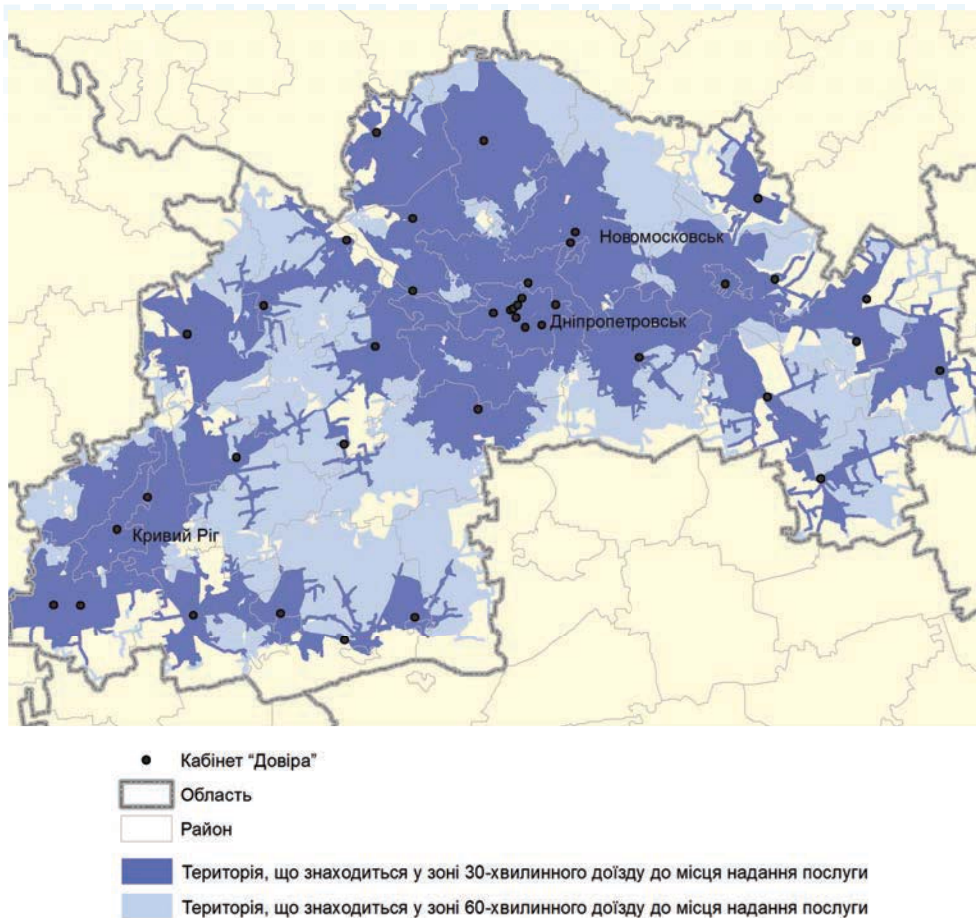


Рис. 4. Розміщення кабінетів «Довіра» в межах зон 30- і 60-хвилинної досяжності, Дніпропетровська область

Картування даних – це можливість більш чіткого осмислення інформації, яке було б складніше забезпечити за допомогою інших методів.

Наприклад, під час регіональних тренінгів з використання стратегічної інформації, проведених Проектом S N для 8 вказаних областей, було презентовано різні способи візуалізації даних, включаючи картування. Одним із напрацьованих рішень за результатами тренінгів стала пропозиція провести адвокацію відкриття нових сайтів АРТ у районах, недостатньо охоплених цією послугою. Рішення спиралося на аналіз розташування сайтів АРТ на карті та розрахунок часу, необхідного для подолання відстані до них.

Інтерактивні карти та звіт за результатами проведеного картування доступні за посиланням :// . . / / - .

Більш детальну інформацію про використання програми IS надано в:

- навчальному посібнику з використання програми IS 10, серпень 201 року;
- посібнику «Створення інтерактивних карт за допомогою IS. », січень 2015 року.

Картування, за умови поширення цього методу візуалізації даних і забезпечення доступу до нього, може стати для користувачів послуг дієвим інформаційним засобом, а для керівників та виконавців програм протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ – передумовою прийняття ефективних та обґрунтованих рішень.

## ДОДАТОК 4

## ПРИКЛАДИ РОБОТИ ПРОЕКТУ USAID «ПОСИЛЕННЯ КОНТРОЛЮ ЗА ТБ В УКРАЇНІ» ЗІ СТРАТЕГІЧНОЮ ІНФОРМАЦІЄЮ У СФЕРІ КО-ІНФЕКЦІЇ ТБ/ВІЛ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ.

### I. Стратегічна інформація

У 201 році Проект S I «Посилення контролю за ТБ в Україні» спільно з фахівцями Глобального інституту ТБ у Нью-Джерсі (США) здійснив дослідження «Аналіз недоліків системи надання послуг з ко-інфекції ТБ/ВІЛ» (сайт: [http://www.usaid.gov/our-work/our-projects/health/anti-tb-and-hiv-aids/evaluation-of-tb-and-hiv-services-in-ukraine](#)). Отримані результати було оприлюднено на національному та регіональному рівнях, на їх основі розроблено два документи, рекомендовані до впровадження в регіонах: 1) План дій з розбудови потенціалу системи надання послуг з ко-інфекції ТБ/ВІЛ та покращення їх якості; 2) Індикатори моніторингу і оцінки стану та заходів протидії поєднаній інфекції туберкульозу та ВІЛ-інфекції. Мета – підвищення ефективності спільних дій у сфері ко-інфекції ТБ/ВІЛ, включених до Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки та до Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки і спрямованих на зменшення тягаря цієї недуги, шляхом:

- розширення масштабу програм з протидії ТБ та ВІЛ/СНІДу;
- підвищення якості послуг, що надаються хворим на поєднану патологію;
- подолання недоліків системи перенаправлення та надання інтегрованих послуг з ТБ/ВІЛ.

Також задля здійснення моніторингу якості та доступу до послуг з ТБ серед ЛЖВ Проект пілізує інструмент «Таблиця МіО ТБ/ВІЛ», яку регіони використовують для збору необхідних даних з таких джерел: скринінгове анкетування на ТБ серед ЛЖВ, рентгенологічне обстеження та мікроскопічне дослідження на кислотостійкі бактерії (КСБ) ЛЖВ з підозрою на ТБ, профілактичне лікування ТБ Ізоніазидом серед ЛЖВ та Котримоксазолом серед хворих із ТБ/ВІЛ, АРТ серед хворих на ТБ/ВІЛ та її раннє призначення.

### II. Використання стратегічної інформації

Після збору, оцінки та аналізу дані обговорено на робочих зустрічах в регіонах за участю керівників лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) та медичних фахівців, які ведуть пацієнтів з ТБ/ВІЛ. Ці дані використовуються під час менторингових візитів до ЛПЗ та навчання медичних фахівців. Розпочато перегляд регіональних наказів/документів з внесення змін до них на підставі виявлених прогалин та оновленої стратегічної інформації:

- У Дніпропетровській області та АР Крим розроблено накази про взаємодію між фтизіатрами та інфекціоністами. У Херсонській та Запорізькій областях до аналогічних наказів внесено необхідні зміни.
- В усіх 10 регіонах, які підтримуються Проектом, розроблено нормативні документи щодо впровадження скринінгу на ТБ серед ЛЖВ та моніторингу надання послуг з ТБ/ВІЛ.
- У місті Києві затверджено наказ «Про запровадження моніторингу поширення ко-інфекції ТБ/ВІЛ серед ЛЖВ», який містить зразок облікової форми – вкладку до амбулаторної карти «Моніторинг ТБ/ВІЛ».
- У Харківській області затверджено наказ про вдосконалення лікування хворих на ВІЛ-інфекцію та СНІД в області; наказом встановлено, що АРТ і лабораторне обстеження хворих на ТБ/ВІЛ здійснюються на базі протитуберкульозного диспансеру.

- В Одеській області:

- розроблено документи: з питань покращення скринінгу на ТБ серед ЛЖВ, тестування на ВІЛ хворих на ТБ та перенаправлення пацієнтів з ТБ/ВІЛ;
- розроблено Положення про роботу кабінету «Довіра» на базі обласного протитуберкульозного диспансеру, порядок встановлення діагнозу ТБ/ВІЛ, ведення обліку таких пацієнтів та організації надання їм АРТ;
- затверджено План заходів для усунення недоліків у організації надання протитуберкульозної допомоги в Одеському міському центрі профілактики та боротьби зі СНІДом.

### III. Результати використання стратегічної інформації

Як результат заходів, проведених в Одеській області, охоплення АРТ хворих на ТБ/ВІЛ на інтенсивному етапі лікування ТБ у 201 році зросло майже вдвічі (на 41 ) у порівнянні з 2012 роком. Завдяки підвищенню охоплення та більш ранньому призначенню АРТ хворим з ТБ/ВІЛ смертність пацієнтів з ТБ/ВІЛ у 201 році знизилася на 8 у порівнянні із 2012 роком (див. Рис. 1).

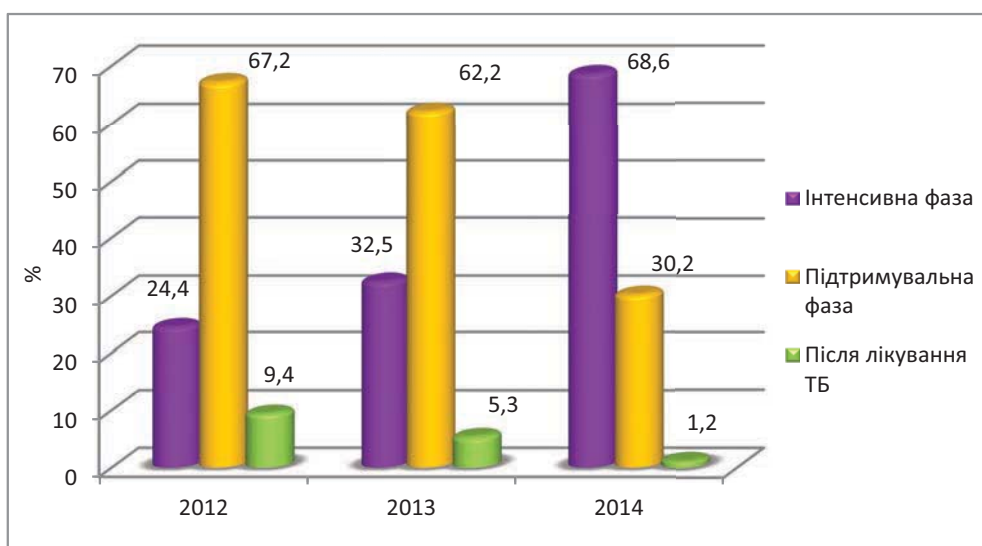


Рис. 1. Розподіл строків призначення АРТ хворим на ТБ/ВІЛ відносно фаз основного курсу ПТП, Одеська область, 2012-2014 рр., %

У Дніпропетровській області охоплення АРТ хворих на ТБ/ВІЛ у 201 році зросло на 5 порівняно з 2012 роком. Смертність пацієнтів з ТБ/ВІЛ у 201 році знизилася на 6 проти 2012 року.

У 2012 році скринінгове анкетування на ТБ серед ЛЖВ у пілотних регіонах не проводилося взагалі, а вже у 2014 році 95 ЛЖВ, чії дані внесено до Таблиці МіО ТБ/ВІЛ, пройшли таке анкетування. Відбір пацієнтів, які потребують специфічного обстеження на ТБ, заснований на скринінговому анкетуванні, підтверджує свою ефективність тим, що виявлення туберкульозу методом мікроскопії мазка мокротиння становить 6 від обстежених, – це значно перевищує загальний рівень виявлення туберкульозу методом мікроскопії (1- ) в закладах первинної медико-санітарної допомоги. Завдяки ранньому виявленню ЛЖВ, які мали тривалий кашель та бактеріовиділення, зменшується поширеність бацилярних хворих і тривалість їх контакту з іншими ЛЖВ. Крім того, охоплення скринінгом з використанням рентгенівського обстеження зросло з 61 в червні 201 року, коли Проект отримав перші результати моніторингу, до 79 в 2014 році.

У 2014 році рівень охоплення АРТ хворих на ТБ/ВІЛ у пілотних регіонах становив 71 , з них 74 – це раннє призначення (не більше 2 місяців від початку лікування ПТП). А в Херсонській та Харківській областях охоплення АРТ хворих на ТБ/ВІЛ перевищило 80 . В середньому в пілотних регіонах охоплення АРТ хворих на ТБ/ВІЛ зросло на 5-10 .

Протягом 2014 року профілактику Ізоніазидом у пілотних регіонах було призначено 28 від нових випадків ВІЛ-інфекції. У Дніпропетровській та Одеській областях цей показник становить 8 та 47 відповідно.

Профілактику Котримоксазолом за 2014 рік у пілотних регіонах отримали 6 нових пацієнтів з ТБ/ВІЛ (у тому числі в Одеській області – 84 , в Харківській області – 7 ), що значно перевищує показник за 9 місяців 2014 року – 7 .

Результатом адвокації активного впровадження фтизіатрами послуг з консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію хворих на ТБ стало зростання охоплення цими послугами з 74 у 2012 році до 95 у 2013 році (Рис. 2).

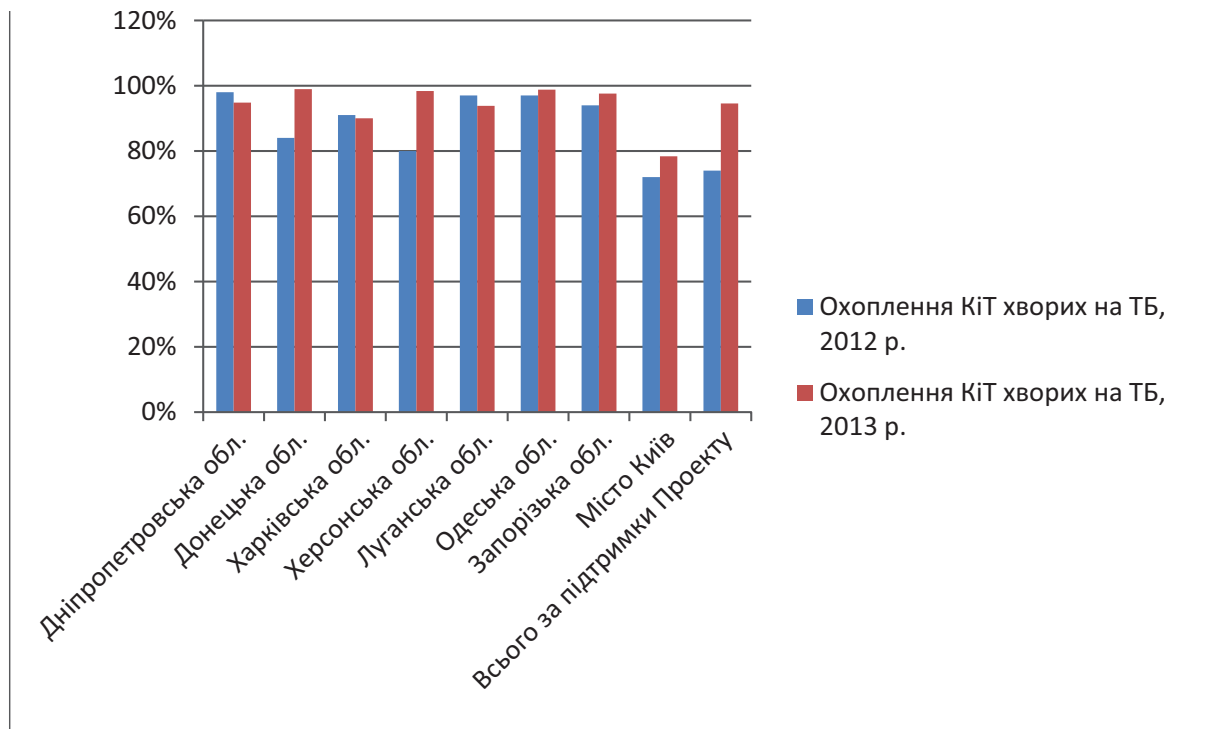


Рис. 2. Охоплення хворих на ТБ послугами з консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (КіТ), 2012-2013 рр.

Подальші кроки Проекту спрямовані на подолання прогалин у наданні допомоги з ТБ/ВІЛ, а саме: впровадження профілактичного лікування Ізоніазидом серед ЛЖВ і раннє призначення АРТ хворим на ТБ/ВІЛ. Систематичний збір та аналіз даних моніторингу є передумовою обґрунтованого планування та діяльності в регіонах.

## ВИКОРИСТАННЯ ОЦІНОЧНИХ ДАНИХ

Зважаючи на латентний характер епідемії ВІЛ-інфекції, для її характеристики та планування відповіді виникає потреба використовувати оціночні дані. Групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ – споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН), особи, що надають сексуальні послуги за винагороду (ПКС), та чоловіки, які практикують секс із чоловіками (ЧСЧ), люди, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), та інші – приховані в суспільстві, тому офіційна статистика не може надати реальних цифр щодо їх чисельності.

Оціночні дані про чисельність вказаних груп є стратегічним ресурсом для подальшого формування відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції, планування обсягів втручань та необхідних коштів.

Зазвичай оціночні дані подаються у вигляді інтервальних показників із вказівкою ймовірних мінімального та максимального значень. А для практичного використання рекомендується число, наближене до середнього значення інтервалу.

### Приклад

*Оціночна кількість СІН в області становить від 15 тисяч до 22 тисяч осіб (цифри округлюються для простоти сприйняття та використання). З практичною метою, для спрощення сприйняття інформації нефахівцями, для адвокації та планування доцільно використовувати середнє значення цього інтервалу  $(15000+22000) / 2 = 18500$  осіб.*

Результати оцінки чисельності груп ризику використовуються в таких сферах відповіді на епідемію:

1. Оцінка та прогнозування ситуації щодо ВІЛ/СНІДу:
  - прогнозування розвитку епідемії ВІЛ-інфекції;
  - оцінка майбутнього масштабу та наслідків ВІЛ-інфекцію/СНІДу у випадку, якщо не буде вжито ефективних профілактичних заходів.
2. Планування, реалізація та оцінка профілактичних програм, розвитку ВІЛ-сервісних організацій:
  - оцінка рівня охоплення цільових груп профілактичними втручаннями;
  - розрахунок видатків для забезпечення запланованого рівня охоплення цільових груп, придбання необхідної кількості профілактичних засобів та виготовлення необхідної кількості інформаційно-освітніх матеріалів;
  - розрахунок витрат на придбання тест-систем для діагностики ВІЛ-інфекції, видатків, пов'язаних з лікуванням та доглядом хворих на ВІЛ/СНІД, соціальним супроводом ЛЖВ та членів їхніх сімей;
  - планування розвитку мережі НУО та інших ВІЛ-сервісних структур.
3. Обґрунтування та лобювання змін регіональної політики щодо ВІЛ-інфекцію/СНІДу.
4. Здійснення розрахунків вибірових сукупностей для проведення поведінкових, епідеміологічних та інших досліджень серед представників груп ризику та загального населення.

Нині на регіональному рівні доступні дані про оціночну чисельність СІН (включаючи дезагрегацію на місцевому рівні), жінок комерційного сексу (ЖКС) та ЧСЧ<sup>1</sup>. У більшості регіонів залишаються невивченими дані щодо кількості ЛЖВ, партнерів СІН, клієнтів ЖКС, «дітей вулиці», мігрантів.

<sup>1</sup> Докладну методологію розрахунку оціночної кількості подано в аналітичному звіті «Оцінка чисельності груп високого ризику інфікування ВІЛ в Україні станом на 2011 рік».

Дані щодо оціночної кількості СІН, ЖКС та ЧСЧ на рівні регіонів затверджували регіональні ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу. Проте в програмних цілях виникає необхідність оперувати чисельністю певної групи ризику на рівні окремого району.

### Приклади використання оціночних даних

#### *Розрахунок показників охоплення груп підвищеного ризику (СІН, ЖКС, ЧСЧ)*

Одним з підходів розрахунку охоплення цільових груп послугами є розрахунок охоплення на основі даних програмного моніторингу. Для розрахунку цього показника необхідно мати дані чисельника та знаменника. Джерелом даних чисельника є програмні дані надавачів послуг про надання певної послуги за звітний період. Джерелом даних знаменника є дані про оціночну чисельність групи.

#### Приклад: **Відсоток СІН, охоплених профілактичними програмами**

*Метод обчислення:* Показник розраховується за формулою:  
чисельник / знаменник x 100 .

- *Чисельник:* кількість СІН, які отримали мінімальний пакет профілактичних послуг принаймні двічі упродовж календарного року.
- *Знаменник:* кількість СІН у регіоні.

*Джерело даних:* програмні дані надавачів послуг.

Розрахунок показників охоплення на основі оціночної чисельності груп ризику є більш достовірним порівняно з розрахунком охоплення на основі офіційних статистичних даних і виявляє реальну ситуацію щодо кількості СІН.

Загальнодержавна цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки (затверджена Законом України від 20.10.2014 №1708- ІІ) містить цільові показники охоплення СІН на національному рівні. Для їх досягнення центр МіО запропонував орієнтовні регіональні показники охоплення СІН, які спираються на оціночну кількість СІН в регіоні, наявні потужності регіону з надання профілактичних послуг та цільовий орієнтир ефективної профілактики з охоплення СІН на рівні 60 (див. Табл. 1).

У деяких регіонах України існують політичні перешкоди для використання даних про оціночну кількість груп ризику для аналізу ситуації та планування відповіді на епідемію. Зокрема, існує практика заниження таких даних, що унеможливорює адекватне використання всіх переваг цього підходу та призводить до отримання недостовірних результатів, коли охоплення програмою, відповідно до звітування, досягає 100 і більше.

Основною рекомендацією є проведення роз'яснювальної та просвітницької роботи із зацікавленими сторонами щодо необхідності планування профілактичних програм на основі доказових даних.

**Рекомендовані регіональні показники охоплення СНІ у проектах  
з профілактики (2015-2017 рр.)**

Область	Оціночна кількість СНІ	2015 рік		2016 рік		2017 рік	
		Охоплення СНІ	Відсоток від оціночної кількості	Охоплення СНІ	Відсоток від оціночної кількості	Охоплення СНІ	Відсоток від оціночної кількості
Вінницька область	4 500	2 376	53%	2 531	56%	2 695	60%
Волинська область	5 500	1 251	23%	1 251	23%	1 251	23%
Дніпропетровська область	35 050	26 000	74%	26 000	74%	26 000	74%
Донецька область	42 000	29 261	70%	29 261	70%	29 261	70%
Житомирська область	5 000	2 769	55%	3 000	60%	3 000	60%
Закарпатська область	1 900	497	26%	497	26%	497	26%
Запорізька область	11 700	3 931	34%	4 548	39%	5 206	44%
Івано-Франківська область	5 300	903	17%	903	17%	903	17%
м. Київ	28 000	23 414	84%	23 414	84%	23 414	84%
Київська область	12 000	6 090	51%	6 707	56%	7 365	61%
Кіровоградська область	12 500	4 474	36%	4 782	38%	5 111	41%
Луганська область	15 000	8 426	56%	8 889	59%	9 382	63%
Львівська область	11 000	5 511	50%	6 437	59%	7 423	67%
Миколаївська область	10 300	6 220	60%	6 220	60%	6 220	60%
Одеська область	31 400	21 900	70%	21 900	70%	21 900	70%
Полтавська область	8 100	3 378	42%	3 609	45%	3 856	48%
Рівненська область	4 000	2 742	69%	2 742	69%	2 742	69%
Сумська область	5 800	3 560	61%	3 560	61%	3 560	61%
Тернопільська область	1 400	836	60%	836	60%	836	60%
Харківська область	15 300	9 314	61%	9 314	61%	9 314	61%
Херсонська область	7 200	3 583	50%	3 660	51%	3 743	52%
Хмельницька область	5 000	3 637	73%	3 637	73%	3 637	73%
Черкаська область	13 300	8 359	63%	8 359	63%	8 359	63%
Чернігівська область	5 850	2 436	42%	2 744	47%	3 073	53%
Чернівецька область	4 700	2 288	49%	2 288	49%	2 288	49%
<b>Разом</b>	<b>289 000</b>	<b>174 060</b>	<b>60%</b>	<b>177 798</b>	<b>62%</b>	<b>181 548</b>	<b>63%</b>

## ВИКОРИСТАННЯ ДАНИХ ЗА РЕГІОНАЛЬНИМИ ПОКАЗНИКАМИ МІО

Одним із ключових елементів регіональної системи МіО відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції є регіональні плани МіО, що містять перелік регіональних показників МіО. За їх допомогою відстежують досягнення мети та виконання завдань регіональних цільових соціальних програм протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Регіональні показники виявляють загальну картину стану відповіді регіону на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Перелік регіональних показників містить:

**обов'язкові показники**, визначені у Плані моніторингу та оцінки ефективності Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки;

**спеціальні показники**, які відображають особливості регіону та дають змогу проаналізувати результати, наслідки та вплив реалізації регіональних програм.

Дані, отримані за результатами збору регіональних показників, аналізуються та перетворюються на інформацію. Нижче наводяться підходи (на прикладі показника «*Поширеність ВІЛ-інфекції серед працівників комерційного сексу, які не є СІН*»), за допомогою яких здійснюється аналіз за показниками.

**Аналіз досяжності показників.** Отримані дані зіставляють із запланованими цілями та завданнями. Наприклад, цільове значення показника «*Поширеність ВІЛ-інфекції серед працівників комерційного сексу, які не є СІН*» – 6,6 . Значення цього показника, отриманого за результатами дослідження в 2011 році, – 7,6 . Зіставлення даних свідчить про те, що цільового показника не досягнуто, і є підставою для розробки заходів, спрямованих на його досягнення в наступному періоді.

**Аналіз у динаміці.** Значення показників поточного року (або останнього доступного) порівнюють зі значеннями базових показників та показників попередніх років. Наприклад, значення показника «*Поширеність ВІЛ-інфекції серед працівників комерційного сексу, які не є СІН*» за 2009 рік становило 1,2 , за 2011 рік – 7,6 . Порівняння показників свідчить про позитивну динаміку, проте її інтерпретувати треба з обережністю, оскільки 2 роки – це занадто малий термін для таких значних змін. Для точнішої інтерпретації варто аналізувати показники за довший період, наприклад, охопити аналізом дані за 2007 рік. Якщо тенденція до зниження показника зберігається упродовж усього періоду, можна стверджувати про позитивну динаміку у зменшенні поширеності ВІЛ серед ПКС, які не є СІН. У протилежному випадку фахівцям з МіО слід вивчити й інші чинники, які могли вплинути на показник, наприклад, композицію вибірки дослідження тощо.

**Дезагрегація даних.** Для аналізу даних використовується не лише основний показник, а й його окремі ознаки: стать, вік, стаж небезпечної поведінки, належність до соціальних груп, тип поселення тощо. Наприклад, показник «*Поширеність ВІЛ-інфекції серед працівників комерційного сексу, які не є СІН*» можна розглядати в дезагрегаціях за віком, за регіоном тощо.

До слова, поширеність ВІЛ у цій групі осіб віком до 25 років у 2011 році становила 2,9 , у групі віком понад 25 років – 10,7 . Зважаючи на рекомендації міжнародних організацій про те, що поширеність ВІЛ у групі до 25 років може розглядатися як показник нових випадків ВІЛ-інфекції (тобто показник захворюваності на ВІЛ), то невисокий (порівняно зі старшою групою) рівень поширеності ВІЛ у молодшій групі свідчить про вплив на епідемію. Проте для однозначних висновків варто аналізувати цей показник у динаміці.

Як було зазначено вище, дезагрегувати дані також можна за іншими показниками. Наприклад, дезагрегація за регіоном передбачає аналіз показника в межах області, як це наведено в Таблиці 1.

Аналіз дезагрегації даних за регіонами допомагає порівняти ці дані стосовно різних регіонів, а також доречно співвіднести їх із середнім показником по Україні. Наприклад, поширеність ВІЛ



у групі ПКС, які не є СІН, у Полтаві становить 18,4 , що майже в 4 рази перевищує цей показник у містах зі складнішою епідемічною ситуацією – Миколаєві (4,5 ) та Дніпропетровську (4,2 ) – і в 2,5 раза – середній національний показник (7,6 ). Отримані дані вказують на підвищений ризик статевого шляху передачі ВІЛ-інфекції серед ПКС у Полтаві і потребують програм, спрямованих на профілактику ВІЛ серед клієнтів ПКС.

Таблиця

**Поширеність ВІЛ серед ПКС, які не є СІН, в обласних центрах та м. Сімферополі (АР Крим), 2011 рік, %**

Місто	Поширеність ВІЛ, %	Місто	Поширеність ВІЛ, %
Донецьк	36,7	Запоріжжя	3,8
Київ	22,2	Сімферополь	3,4
Полтава	18,4	Житомир	2,6
Хмельницький	15,6	Тернопіль	2,1
Одеса	11,8	Луцьк	2,0
Кіровоград	10,9	Вінниця	1,6
Івано-Франківськ	7,6	Чернігів	1,1
Херсон	6,8	Суми	0,9
Черкаси	6,1	Чернівці	0,5
Львів	6,0	Луганськ	0,0
Рівне	5,0	Ужгород	0,0
Миколаїв	4,5	Харків	0,0
Дніпропетровськ	4,2		

**Аналіз поточної ситуації.** Описується показник за звітний період. Наприклад, у 2011 році поширеність ВІЛ серед ПКС, які не є СІН, становила 7,6 .

**Тріангуляція.** Аналізується не окремий показник, а ключове питання, яке стосується певної проблеми. Детально тріангуляцію як підхід до аналізу даних розглянуто в Додатку 1.

**Комплексний аналіз** виконання регіональних показників. Застосовуються всі описані вище способи аналізу даних: порівняння з цільовим показником, аналіз даних у динаміці та в різних дезагрегаціях тощо.

Стратегічна інформація, отримана за результатами аналізу даних за регіональними показниками, використовується для:

- розробки планів, нормативних актів, програм тощо;
- залучення додаткових коштів;
- підвищення ефективності програми та поліпшення результатів;
- підвищення якості послуг;
- забезпечення відповідальності перед зацікавленими сторонами (див. Рис. 1).

Слід звернути увагу, що передача звітності за регіональними показниками не є компонентом використання даних. Багато програм передбачають звіти, інформація з яких ніколи не використовується у процесі планування або прийняття рішень.

## Приклад використання даних за регіональними показниками МіО для планування заходів

**Показник:** відсоток загальноосвітніх навчальних закладів, які мають підготовлених учителів і впродовж останнього навчального року забезпечили навчання учнів за програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ-інфекції.

Цільове значення на поточний рік: 76 .

Значення показника за звітний рік: 56 .

Керівництво управління освіти і науки певної області приймає рішення проаналізувати причини недовиконання цільового значення показника шляхом аналізу потреб у навчанні вчителів.

Робоча група дійшла висновку, що кількість учителів, які проводять навчання учнів за програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ-інфекції, є недостатньою, та розраховує кількість учителів, яких потрібно підготувати впродовж наступних двох років.

Керівництво управління освіти і науки на основі отриманої інформації приймає рішення про підготовку та затвердження робочого плану з підвищення кваліфікації вчителів.



Рис. 1. Алгоритм використання даних за регіональними показниками

## ПРИКЛАДИ ПІДГОТОВКИ ІНФОРМАЦІЙНИХ МАТЕРІАЛІВ З ВИКОРИСТАННЯМ СТРАТЕГІЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ

**Приклад . ІНФОРМАЦІЙНИЙ БУКЛЕТ «Підлітки груп ризику: ОНОВЛЕНІ ОЦІНКИ»<sup>1</sup>** підготовлено за результатами біоповедінкових досліджень, проведених серед груп ризику, де виокремлено підліткову групу віком 10–19 років, та досліджень серед дітей та підлітків, які живуть або працюють на вулиці. Тут використано як приклад частину буклету, повну версію можна переглянути за посиланням.

### КЛЮЧОВІ ВИКЛИКИ

Менше половини підлітків, які відносяться до груп ризику щодо інфікування ВІЛ (ПГР), охоплено профілактичними послугами; лише чверть підлітків пройшли тестування на ВІЛ за останні 12 місяців. Ризиковані практики та уразливість до ВІЛ-інфікування притаманні значній кількості підлітків через низку соціальних умов та поведінкових практик в їхньому середовищі. Тому пропонувані нижче кроки слід визнати як пріоритетні та нагальні.

### Зведені показники оцінки чисельності, охоплення профілактичними програмами та поширення ризикованих практик серед окремих груп та всієї сукупності ПГР

	Оцінка чисельності (2010)	Охоплення профілактичними послугами		За останні 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ та отримали його результат		Внаслідок своєї поведінки наражаються на ризик інфікування ВІЛ	
		2008/2009	2011	2008/2009	2011	2008/2009	2011
Підлітки-СІН	50000	14%	30%	16%	21%	35%	33%
Підлітки-ЖКС	15000	44%	44%	48%	50%	61,5%	40%
Підлітки-ЧСЧ	20000	40%	49%	41%	30%	26%	26%
«Діти вулиці»	80000*	51%	61%	12%	23%	63%	51%
Серед усіх ПГР**	165000	38%	49%	20%	26%	50%	42%

Оцінку розраховано як мінімальну на основі опитування цієї групи в 2011 р.

Показники щодо всієї сукупності ПГР розраховано як середньозважені, з урахуванням оціночної чисельності окремих груп.

### ПРІОРИТЕТНІ ТА НАГАЛЬНІ КРОКИ

- Необхідність **безперервної** профілактичної роботи з підлітками груп ризику, зокрема серед підлітків, які живуть або працюють на вулиці, зважаючи на несталість і високу мобільність цієї групи.
- Подолання **стигматизації, дискримінації та криміналізації** уразливих підлітків та підлітків груп ризику, формування дружнього підходу під час надання послуг.
- Профілактика ВІЛ-інфікування серед ПГР повинна бути **інтегрованою**, тобто забезпечувати їх доступ до ВІЛ-сервісних послуг, які є складовою діяльності всіх організацій та установ, котрі надають відповідні послуги високої якості.

<sup>1</sup> Буклет «Підлітки груп ризику: оновлені оцінки». – Режим доступу: [http://www.unicef.org/ukraine/ukr/L\\_624x297\\_mm\\_Internet.pdf](http://www.unicef.org/ukraine/ukr/L_624x297_mm_Internet.pdf).

- Профілактичні послуги мають бути фокусованими. Це означає, що послуги **відповідають потребам цільових груп**, враховують їх вікові, гендерні та психологічні особливості.
- **Розвиток мережі** доступних та дружніх до підлітків медико-соціальних послуг. Забезпечення надання **комплексних послуг та ефективної системи переадресації**.
- **Розвиток мережі вуличних працівників та волонтерів**. Впровадження ефективних механізмів їх заохочення, мотивації, перенавчання та обміну досвідом роботи з ПГР.
- **Розробка та впровадження стратегічних планів дій з профілактики ВІЛ серед дітей і молоді груп ризику та уразливих до ВІЛ на регіональному, а в разі потреби й на місцевому рівні**.
- Розробка механізмів та сприятливого законодавства з метою зміцнення та регулювання **співпраці між державними та недержавними секторами**.
- Ефективна профілактика ВІЛ-інфекції серед ПГР можлива лише за умов її інтеграції до комплексної системи роботи із вказаними категоріями дітей та молоді.

#### Приклад . НАУКОВА СТАТТЯ

*Рингач Наталія Олександрівна,*

**доктор наук з державного управління, МОЗ України, м. Київ**

#### **Демографічна ситуація в Україні у контексті епідемії ВІЛ/СНІДу**

Стаття розкриває демографічну ситуацію в Україні з огляду на поширення епідемії ВІЛ/СНІДу. Вагомість цього потужного дестабілізуючого чинника висвітлено за допомогою оцінок середнього віку смерті від СНІДу та впливу смертності від СНІДу на зміну показника тривалості життя. Висвітлено особливості рівнів та динаміки передчасної смертності населення від інфекційних та паразитарних хвороб в Україні і країнах Європейського Союзу, в тому числі статеву диференціацію.

Здійснено розрахунки величини потенційного подовження тривалості життя за умови повного уникнення втрат людського життя через СНІД.

**Ключові слова:** демографічна ситуація, очікувана тривалість життя, середній вік смерті, ВІЛ/СНІД.

#### **Демографическая ситуация в Украине в контексте эпидемии ВИЧ/СПИДа**

#### **ДЕМОГРАФІЧНА СИТУАЦІЯ В УКРАЇНІ У КОНТЕКСТІ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ/СНІДУ**

**Постановка проблеми.** В Україні спостерігається найвищий серед європейських країн рівень розповсюдженості ВІЛ-інфекції [1, 2]. Прогресування епідемії ВІЛ/СНІДу створює загрозу національній безпеці України, спричиняючи низку негативних соціально-економічних ефектів. Епідемія загрожує довготривалими руйнівними наслідками для економіки країни, передусім втратами трудового потенціалу: кількісними (через зменшення як загальної кількості населення, так і числа осіб, спроможних до праці) і якісними (через гальмування процесу відтворення та набуття знань, зменшення віддачі витрат на освіту тощо). Крім цього, прогресивно зростають витрати на профілактику, лікування і догляд за хворими та соціальні виплати. Сьогодні епідемія ВІЛ-інфекції/СНІДу є однією з гострих проблем українського суспільства, вагомим негативним чинником впливу на демографічну ситуацію, в тому числі на скорочення тривалості життя.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** У 2009 році в країні зареєстровано майже 20 тис. нових випадків ВІЛ-інфекції (4,2 на 100 тис. населення). Починаючи з 1999 року, число зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції щорічно зростає, проте у 2006–2009 роках відмічається зниження темпу приросту цього показника (16,8, 10,5, 7,6, 5,7 відповідно), що може служити свідчен-

ням певної стабілізації епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції в країні [ ]. Це перекликається і з тим, що у 2009 р. вперше спостерігалось незначне зменшення кількості випадків смерті від СНІДу (з 5,8 до 5,6 на 100 тисяч населення, або на 2,6 ), що фахівці розцінюють як вплив впровадження антиретровірусної терапії [4].

Як прогнозують спеціалісти, в найближчому майбутньому розширення масштабів антиретровірусної терапії призведе до підвищення виживаності через зменшення захворюваності і смертності від СНІДу і, відповідно, до збільшення кількості людей, які живуть з ВІЛ. Показник поширеності ВІЛ-інфекції серед дорослих віком від 15 років і старших буде зростати водночас із прогнозованим зменшенням кількості нових випадків ВІЛ-інфекції та стабілізацією числа померлих від СНІДу.

У передмові до національної аналітичної доповіді «Цілі розвитку тисячоліття Україна: 2010» координатор системи ООН в Україні О. Адам підкреслив, що саме проблеми поширення епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні залишаються одними з найбільш критичних питань на шляху досягнення ЦРТ [5].

Аналіз стану досягнення країнами<sup>1</sup> Цілей розвитку тисячоліття (ЦРТ) свідчить: попри те, що до 2015 року стосовно більшості цілей Україною буде засвідчено досягнення/ймовірне досягнення, наявний змішаний прогрес або можливе досягнення до 2015 року в разі негайного вжиття відповідних заходів, досягнення цілі «Обмеження поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу і започаткування тенденції до скорочення їх масштабів» визнано проблематичним, а скоріше – малоімовірним [5, 6]. Епідемія ВІЛ/СНІДу нині залишається також одним із чинників формування бідності та додаткових джерел соціально-економічної нерівності, що сприяє поглибленню розшарування населення [7].

**Мета дослідження:** розглянути демографічну ситуацію в країні в контексті епідемії ВІЛ/СНІДу, показати, яким чином смертність внаслідок СНІДу впливає на зміни показника тривалості життя в Україні, та обрахувати величину потенційного подовження тривалості життя за умови повного уникнення втрат людського життя через СНІД.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Дані офіційної статистики свідчать про невинне скорочення чисельності населення України, що спостерігається з 199 року. Станом на 1 січня 2010 року в країні проживало менше ніж 46 млн. осіб (Рис. 1), або на 194,2 тис. осіб менше порівняно з попереднім роком.

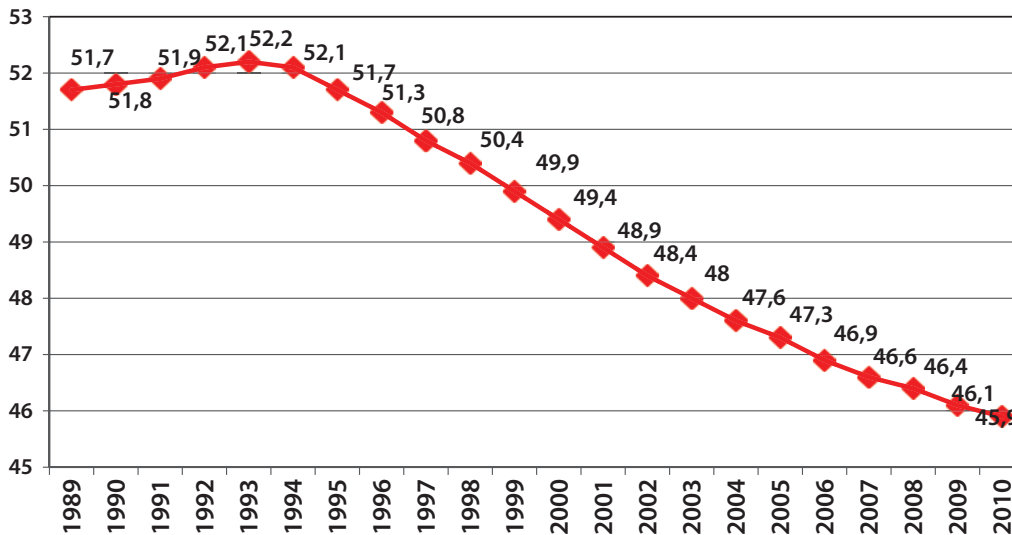


Рис. 1. Чисельність населення в Україні у 1989–2010 рр., млн. осіб

З 2001 року в Україні спостерігається поступове збільшення числа народжень (Рис. 2), однак певне підвищення народжуваності, по-перше, не досягло навіть рівня початку 90-х років, по-друге, не в змозі компенсувати кількість втрачених людських життів унаслідок смертності.

<sup>1</sup> Стан досягнення цілей в Україні визначався з урахуванням оновлення завдань ЦРТ.

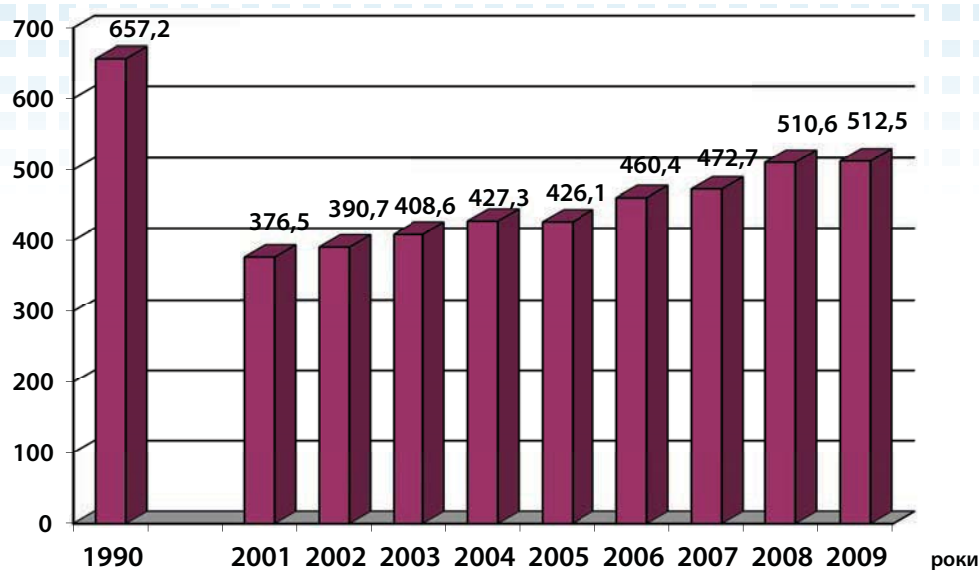


Рис. 2. Чисельність новонароджених в Україні у 1990 та у 2001–2009 рр., тис. осіб

Само по собі зниження народжуваності не є чимось однозначно негативним: це явище характерне для більшості високорозвинених країн, однак там воно супроводжується одночасним зменшенням смертності та зростанням очікуваної тривалості життя.

З початку 90-х років у країні помирає щорічно більше, ніж народжується (Рис. 3), і, незважаючи на певне покращення ситуації з народжуваністю, поки що навіть не відбувається простого заміщення народженими покоління батьків.

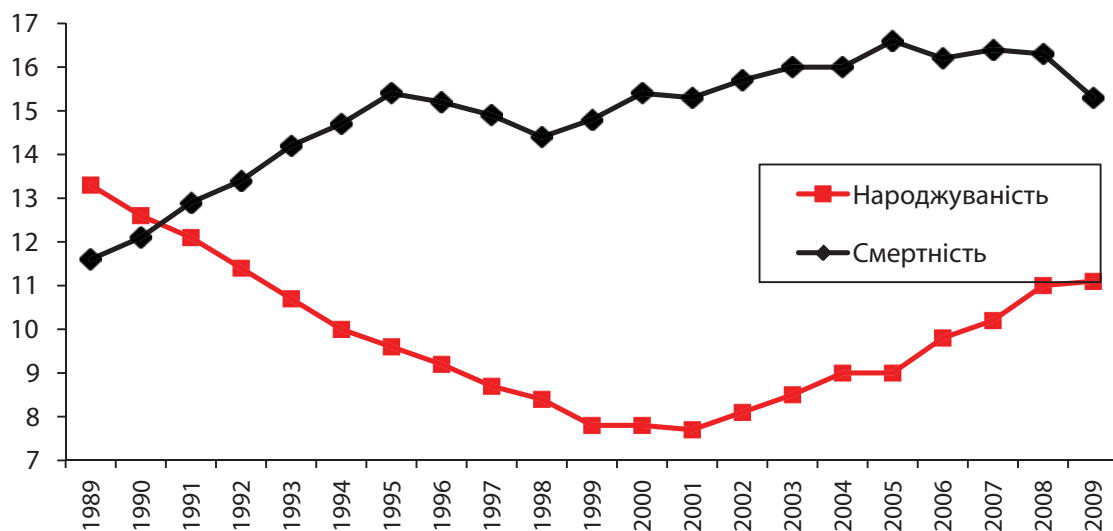


Рис. 3. Коефіцієнти природного руху населення, на 1000 осіб

У 2009 році в Україні показник очікуваної тривалості життя становив 64,7 року для чоловіків і 74,84 року – для жінок, статева різниця, як і в попередні роки, перевищує 10 років (Рис. 4). Як бачимо, навіть незважаючи на певне підвищення тривалості життя за останні роки, її показники є нижчими, ніж у 1970 році.

У Доповіді Програми розвитку Організації Об'єднаних Націй «Реальне багатство народів: шляхи розвитку людини» драматичним регресом названо явище падіння в останні два десятиріччя показників очікуваної тривалості життя нижче рівня 1970-х років у низці країн світу, серед яких, на жаль, опи-

нилась і Україна. Серед дев'ятки таких країн – шість африканських (Замбія, Зімбабве, Демократична Республіка Конго, Лесото, Свазіленд, ПАР) і три колишні радянські республіки – Білорусь, Україна та Росія. Причинами цього зниження фахівці ООН називають епідемію ВІЛ і повернення до більш високої смертності (передусім чоловічої) в перехідних економіках [8].

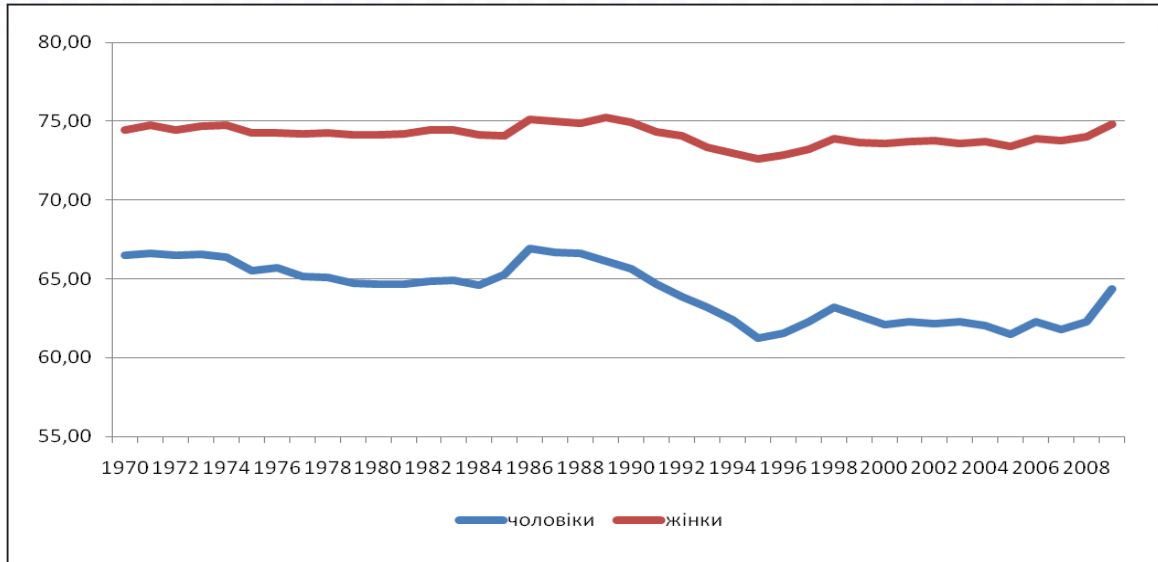


Рис. 4. Очікувана тривалість життя при народженні в Україні у 1970–2009 рр., років

Як виглядає Україна на тлі європейських країн. Тоді як у країнах Євросоюзу відбувалося поступальне підвищення тривалості життя, в нашій країні спостерігалась неоднозначна динаміка – з підйомами і падіннями. Проте відмінність від показників ЄС істотно зростала і досягла на сьогодні для обох статей більше 11, а для чоловіків – 14 років (Рис. 5).

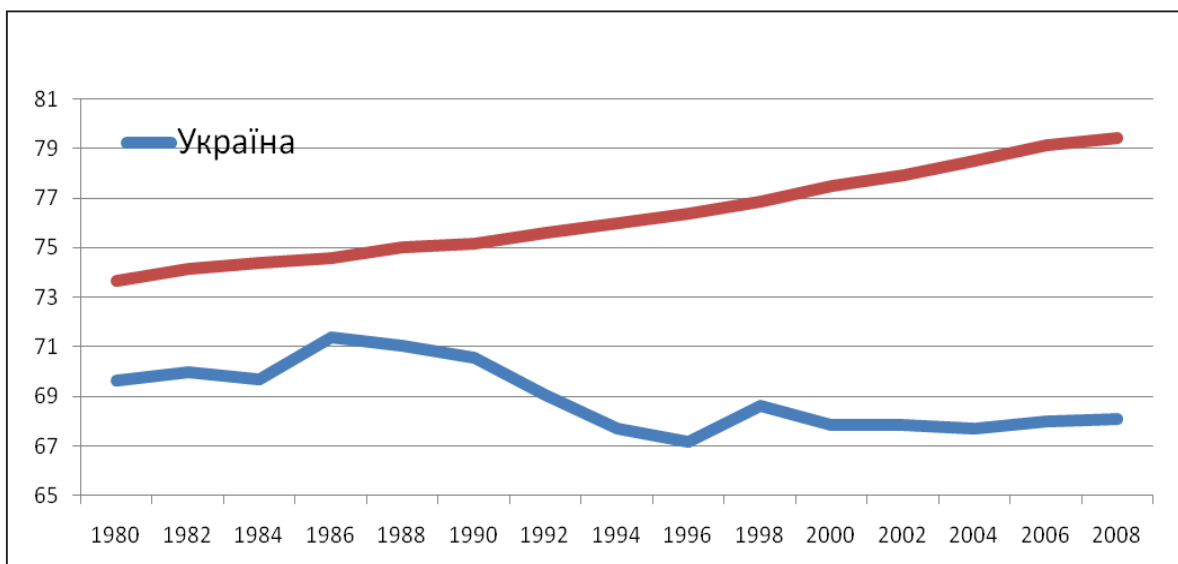


Рис. 5. Очікувана тривалість життя при народженні в Україні та країнах Європейського Союзу, 1980–2008 рр., років

Основною причиною такої різниці є високий рівень передчасної смертності в Україні, в тому числі через інфекційні і паразитарні хвороби, який з 1991 року мав загрозливу тенденцію до зростання і з 2005 року має стабільно високі показники (Рис. 6).

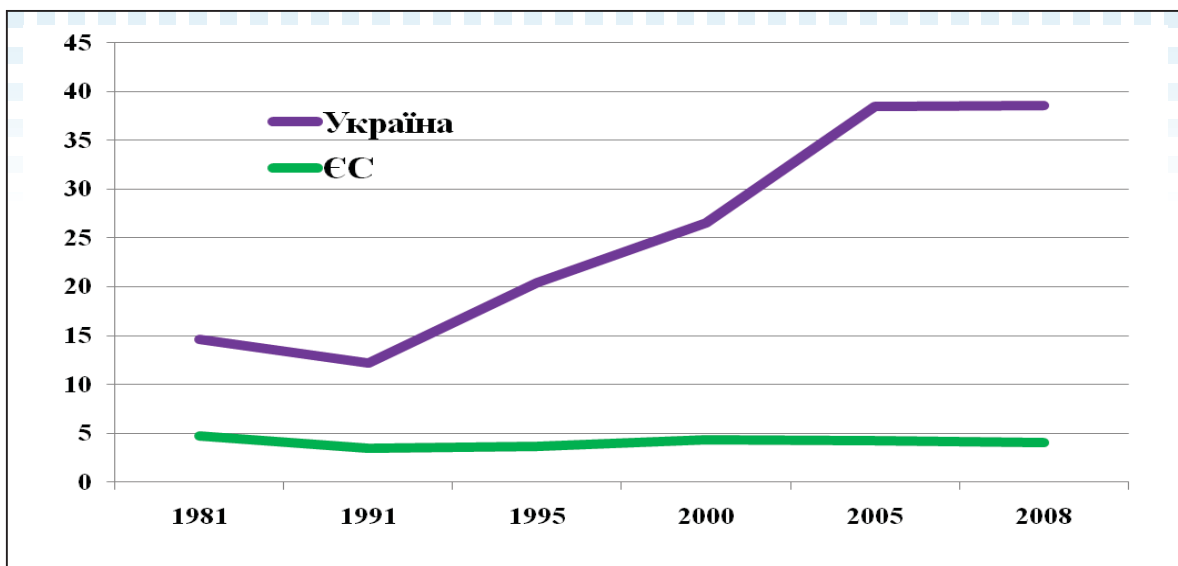


Рис. 6. Динаміка смертності населення віком 0–64 роки від інфекційних та паразитарних хвороб в Україні і країнах Європейського Союзу, обидві статі, на 100 тис. населення

При аналізі даних за статтю з'ясувалося, що диспропорція між показниками України та ЄС з роками зростає як для чоловіків, так і жінок (Рис. 7).

Переважання показників смертності в Україні над аналогічними показниками країн ЄС виявилось значно більшим серед «сильної» статі: якщо для жінок перевищення європейського рівня становило 7,4 раза, то для чоловіків воно сягало 11 разів

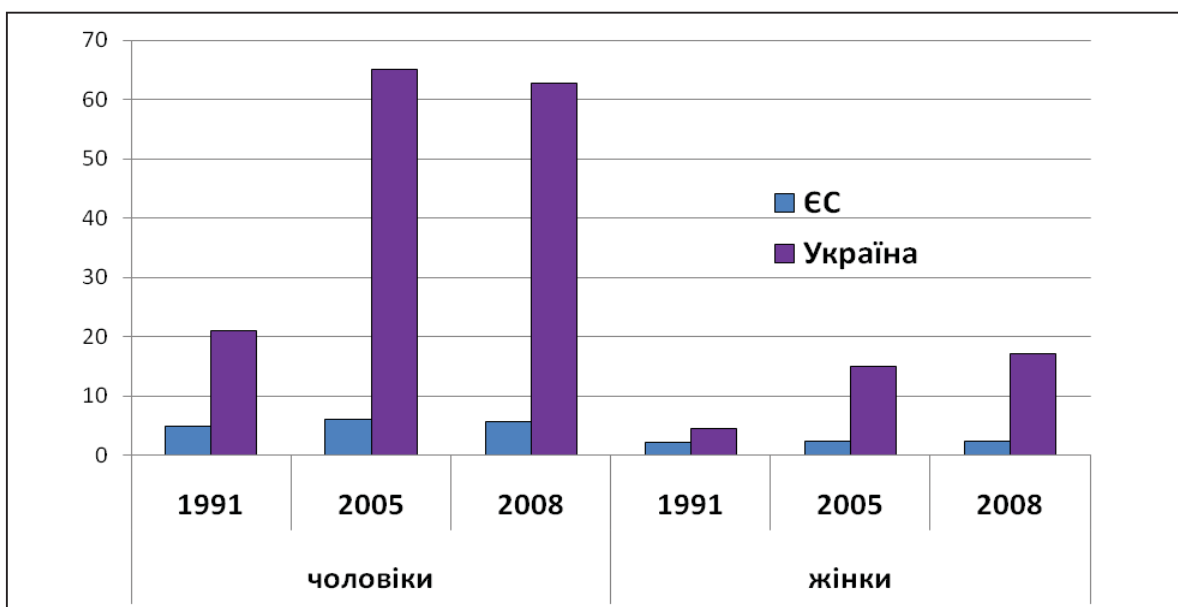


Рис. 7. Передчасна смертність чоловіків і жінок від інфекційних та паразитарних хвороб в Україні і країнах Європейського Союзу, 2008 р.

Однак має величезне значення, в якому віці настає смерть. Підкреслимо, що інфекційні хвороби забирають життя в молодшому віці порівняно з іншими причинами. Нами розраховано величину середнього віку смерті від основних класів причин смерті: найнижчим він виявився від інфекційних хвороб і становив для чоловіків 4 роки, для жінок – 40, року (Табл. 1). Тобто саме внаслідок цих



патологій люди вмирають переважно в квітучому працездатному віці і не доживають досить істотний відрізок зрілого життя.

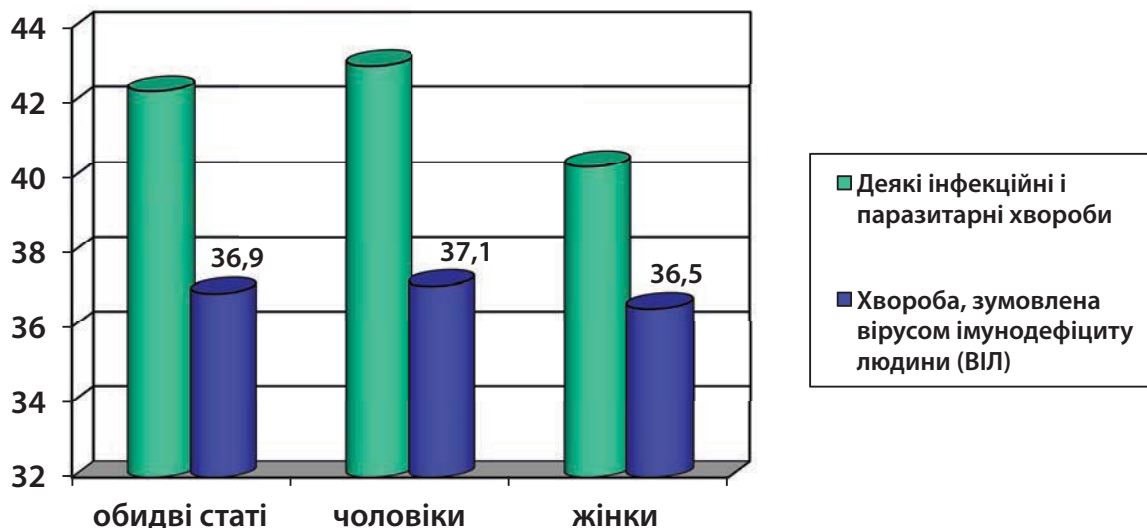
Таблиця

**Середній вік смерті від основних класів причин смерті в Україні, років**

Причини смерті	Чоловіки	Жінки
Інфекційні та паразитарні хвороби	43,0	40,3
Зовнішні причини	46,0	51,8
Хвороби органів травлення	53,7	58,6
Хвороби органів дихання	64,0	68,4
Новоутворення	64,1	64,6
Хвороби системи кровообігу	71,4	79,0

Джерело: розрахунки фахівців Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України

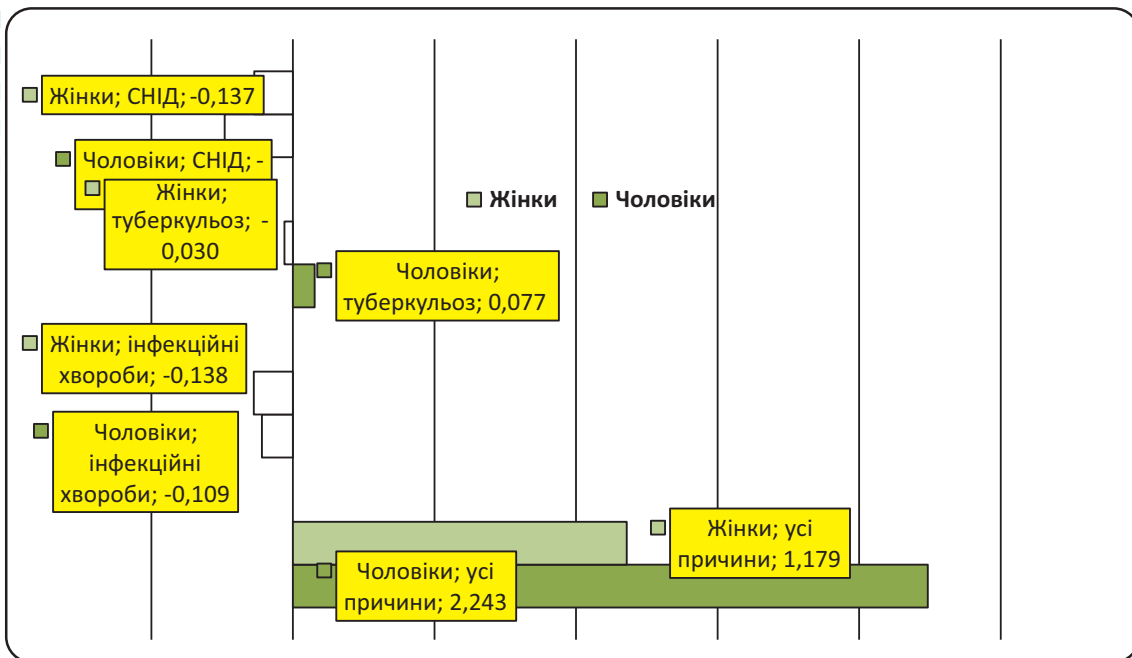
У 2009 році вік настання смерті, зумовленої СНІДом, був у середньому на п'ять років нижчим, ніж від усіх інфекційних та паразитарних хвороб (Рис. 8), і становив для чоловіків 7,1 року, для жінок – 6,6 року. Як позитивну зміну можна оцінювати підвищення середнього віку смерті від СНІДУ на один рік у чоловіків та на 0,7 року для жінок, тоді як від усього класу інфекційних та паразитарних хвороб – лише на 0, року.



Джерело: розрахунки фахівців Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України

*Рис. 8. Середній вік смерті від інфекційних і паразитарних хвороб (у т. ч. від СНІДУ) в Україні, з розподілом за статтю, 2009 р., років*

Ми поставили за мету обчислити, яким чином і які причини вплинули на зміни показника тривалості життя. Виявилось, що якщо зміни режиму смертності від усіх причин у 2002-2009 роках зумовлювали приріст показника більш ніж на 2 роки для чоловіків і більш ніж на рік для жінок, то зростання смертності від СНІДУ за цей же період часу скорочувало величину тривалості життя для обох статей, більшою мірою – для чоловіків (Рис. 9).

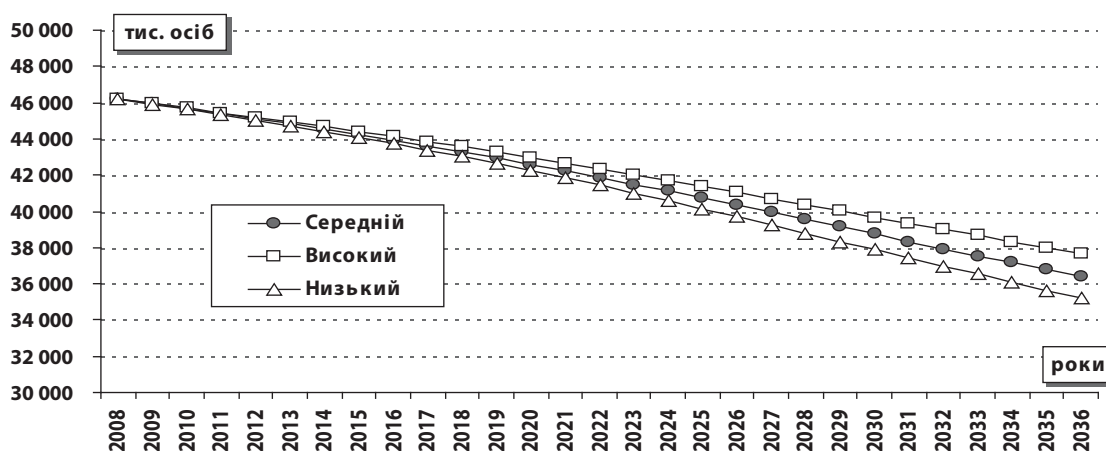


Джерело: розрахунки фахівців Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України

Рис. 9. Внесок окремих причин у зміну тривалості життя населення України, 2002–2009 рр.

Було також розраховано величину потенційного подовження тривалості життя за умови уникнення втрат людського життя через СНІД. Приріст тривалості життя внаслідок ймовірного повного усунення смертей внаслідок СНІДу лише впродовж 2009 року становив би 0,48 року для чоловіків жінок та 0,184 року – для жінок.

Чисельність населення в Україні за всіма варіантами прогнозу на середньострокову перспективу, безперечно, зменшуватиметься (Рис. 10). Стосовно змін тривалості життя (нагадаємо, що у розвинутих країнах світу спостерігається тенденція до повільного підвищення і так більш ніж на десятиріччя вищого за український показника), то до 2050 року прогнозується, що за умови реалізації більш оптимістичних припущень щодо змін режиму смертності показник для жінок досягатиме 84,4 року, для чоловіків – 78,72 року; якщо ж справдиться «низький» варіант прогнозу, відповідні величини становитимуть лише 66,70 та 75,70 року.



Джерело: розрахунки фахівців Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України

Рис. 10. Чисельність населення України за варіантами прогнозу на середньострокову перспективу

**Висновки.** Таким чином, однією з причин відставання України від показників очікуваної тривалості життя розвинутих країн є вищий рівень передчасної смертності, в тому числі через інфекційні

і паразитарні хвороби; зокрема, для чоловіків спостерігалось 11-разове перевищення європейського рівня. Більшість втрат людського життя сконцентровано у молодому віці, середній вік смерті від цього класу причин в Україні є найнижчим серед основних класів причин смерті. Так, у 2009 році він ледь перевищував 40-річний рубіж, а від СНІДу навіть його не досягав і становив для чоловіків 7,1 року, для жінок – 6,6 року.

Якщо зміни режиму смертності від усіх причин у 2002-2009 роках зумовлювали приріст показника очікуваної тривалості життя більш ніж на 2 роки для чоловіків і більш ніж на рік – для жінок, то зростання смертності від СНІДу за цей же період часу її скорочувало, більшою мірою – для чоловіків.

За умови повного усунення смертей внаслідок СНІДу лише впродовж 2009 року потенційний приріст тривалості життя становив би 0,48 року для чоловіків та 0,184 року – для жінок.

Від ефективності заходів протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу залежить, якою мірою буде мінімізовано дію потужного дестабілізуючого чинника в демографічній ситуації нашої країни, а отже, забезпечено можливості для пересічного українця прожити більш тривале, продуктивне і якісне життя.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Україна. Звітний період: січень 2008 р. – грудень 2009 р. – К.: МОЗ України, 2010. – 122 с.
2. Hayward P. : I / // . – 2010. – . 76, I . 9749. – . 1287-1288.
3. Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Україна. Звітний період: січень 2008 р. – грудень 2009 р. – К.: МОЗ України, 2010. – 122 с.
4. ВІЛ-інфекція в Україні: Інформаційний бюлетень. – К.: МОЗ, 2010. – № . – 54 с.
5. Цілі розвитку тисячоліття Україна: 2010. Національна аналітична доповідь. – К.: ПРООН, 2010. – 108 с.
6. В : . – N , 2010. – 1 .
7. Левчук Н. М. Демоекономічні впливи епідемії ВІЛ/СНІДу на людський розвиток в Україні /Н. М. Левчук // Формування ринкової економіки: Зб. наук. праць. Спец. вип. Управління людськими ресурсами: проблеми теорії і практики: у 2 т. – Т.1. Сучасні технології управління людськими ресурсами. – К.: КНЕУ, 2007. – С. 292–298.
8. Доклад о развитии человека 2010. Реальное богатство народов: пути к развитию человека / Пер. с англ.; ПРООН. – М.: Изд-во «Весь Мир», 2010. – 244 с.

## Єднаймося заради дітей



### Приклад . ПРЕС-РЕЛІЗ

#### ЮНІСЕФ закликає до підвищення ефективності роботи з підлітками груп ризику в Україні

**Київ, листопада р.** Напередодні Всесвітнього дня боротьби зі СНІДом Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ) представляє результати дослідження «Підлітки, які живуть або працюють на вулиці: актуальні акценти для ефективної профілактики ВІЛ» та пропонує рекомендації щодо посилення відповіді у роботі з підлітками груп ризику.

Підлітки груп ризику через численні фактори уразливості мають високий ризик інфікування ВІЛ. Найбільш уразливою групою залишаються підлітки, які живуть або працюють на вулиці: 96 відсотків мають досвід вживання алкогольних напоїв; 22 відсотки споживали ін'єкційні наркотики; 65 відсотків дівчат залучено до комерційного сексу або «сексу в обмін»; 7 відсотків хлопців мали статеві контакти з чоловіками; лише 1 відсотків завжди використовували презерватив з випадковими статевими партнерами, чверть (26,5 відсотка) – з комерційними партнерами.

Кожен четвертий підліток вулиці, який має статевого партнера, повідомив, що його партнер споживає наркотики за допомогою шприца (особливо серед дівчат). За останні 10 днів 55 відсотків (у 2008 р. – 4 відсотки) споживали наркотик з попередньо наповненого шприца. Кожна третя (у 2008 р. – кожна п'ята) дівчина, яка мала досвід статевого контакту, повідомила про факт вагітності.

Результати дослідження свідчать про соціальні фактори уразливості, які також виступають бар'єрами доступності до медико-соціальних послуг. Дві третини підлітків протягом останніх трьох місяців не мали постійного місця проживання. Майже кожен четвертий підліток не має або матері, або батька. Кожен дев'ятий не знає, чи жива мама, кожний третій не знає, чи живий батько.

Дві третини підлітків перебувають поза межами державного медичного забезпечення: медичну карту має половина опитаних, на обліку в поліклініці за місцем проживання перебуває лише 7 відсотків «підлітків вулиці».

Серед 16–19-річних підлітків, які, відповідно до законодавства, повинні мати повний перелік документів, 46 відсотків не мають паспорта, 54 відсотки – свідоцтва про освіту.

Отримані результати базуються на даних повторного опитування дітей та молоді, які живуть або працюють на вулиці (2011 р.), у містах Дніпропетровську, Донецьку, Києві та Миколаєві, де було проведено базове дослідження (2007-2008 рр.) та розпочато профілактичні проекти, які довели свою ефективність:

- майже на 10 відсотків збільшилася частка тих, хто правильно визначає, що ВІЛ-інфікування можна уникнути, якщо мати секс лише з одним постійним вірним неінфікованим партнером;
- зменшилася кількість тих, хто займається самолікуванням інфекцій, які передаються статевим шляхом (42 відсотки у 2011 році проти 47 відсотків у 2008 році);
- порівняно з 2008 роком, на 10 відсотків збільшилася частка осіб, які знають, де можна пройти консультування та тестування на ВІЛ;
- майже удвічі зросла частка підлітків, які протягом останнього року робили тест на ВІЛ та отримали його результат. Особливо інтенсивно зросло тестування на ВІЛ серед дівчат. Якщо у 2008 році кожна шоста дівчина робила тест на ВІЛ впродовж останнього року та отримувала його результат, у 2011 році – вже кожна третя.

Разом з тим, значна частина підлітків груп ризику залишається поза системою надання послуг і має низький рівень знань щодо ВІЛ/СНІДу, роботи ВІЛ-сервісних організацій та місць, де можна отримати допомогу чи пройти тестування.

«Досвід впровадження проектів та результати досліджень доводять необхідність і актуальність роботи з вуличними дітьми, підтверджують ефективність і життєздатність запропонованих інтервенцій. Це буде можливо за умови плідного співробітництва неурядових організацій та місцевих органів влади, інтегрованого підходу до надання послуг, розвитку системи соціального супроводу та переадресації, підготовки кадрів», – сказала Юкіе Мокуо, Представник ЮНІСЕФ в Україні.

Важливим кроком для ефективного планування на національному та місцевому рівнях став розрахунок чисельності підлітків груп ризику в Україні. За «Оцінкою чисельності дітей та молоді вікової групи 10–19 років, що відносяться до груп ризику», кількість ПГР в Україні становить 85 тис. осіб, або 1,6 на 100 тис. підлітків, причому кількість таких серед хлопців – 2 відсотки, серед дівчат – 1,2 відсотка.

Дослідження було проведено Українським інститутом соціальних досліджень імені Олександра Яременка за підтримки ЮНІСЕФ в Україні. В Україні проведенню дослідження у 2011 році сприяли Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту та Державна соціальна служба для сім'ї, дітей та молоді.

Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ) є світовим лідером з захисту прав та інтересів дітей. Фонд працює у понад 150 країнах заради захисту й підтримки дітей, починаючи з раннього віку та до юності. Програми Фонду фінансуються з добровільних внесків фізичних осіб, компаній, закладів та урядів. Представництво Фонду в Україні відкрито у 1997 році. Більше інформації:

**Для отримання додаткової інформації та примірників звітів про дослідження звертайтеся до:**

Юлія Юрова, Керівник інформаційного відділу ЮНІСЕФ Україна, 8-044-254-2450,

Ольга Балакірева, голова правління Українського інституту соціальних досліджень імені Олександра Яременка, 8-044-280-8-05,

## **ПЕРЕЛІК ПУБЛІКАЦІЙ**

- Аналіз факторів, що спричиняють початок вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом: аналіт. звіт / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К.: ВПК «ОБНОВА», 2010. – 52 с.
- Дівчата-підлітки, залучені до комерційного сексу в Україні: оцінка процесу та результатів впровадження цільової моделі інтервенцій: аналіт. звіт / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К., 2010. – 100 с.
- Профілактика ВІЛ-інфекції серед підлітків груп ризику: досвід впровадження цільових моделей в Україні / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К., 2010. – 90 с.
- Оцінка чисельності дітей та молоді вікової групи 10–19 років, що відносяться до груп ризику / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К., 2010. – 48 с. – Режим доступу: [://](#) [/ a/ /](#)
- Підлітки груп ризику в Україні: виклики та час дій. Адвокаційний документ / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К., Версо 04, 2011. – 56 с.
- Підлітки, які живуть та працюють на вулиці: актуальні акценти для ефективної профілактики ВІЛ (за результатами повторного соціально-поведінкового дослідження) / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К. 2011.

## Приклад

### ВИКОРИСТАННЯ ДАНИХ СОЦІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ З ПРОБЛЕМИ ВІЛ/СНІДУ ДЛЯ ПОТРЕБ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ НА ПРИКЛАДІ РЕЗУЛЬТАТІВ МЕДИКО-ДЕМОГРАФІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ РОКУ МДОУ-

Медико-демографічне обстеження України (МДОУ–2007) є репрезентативним національним обстеженням, яке охопило з липня по листопад 2007 року понад 10,5 тис. осіб віком 15-49 років з усіх регіонів країни<sup>2</sup>.

Зокрема, досліджувалися такі позиції:

- знання про ВІЛ (шляхи передачі, профілактика, вичерпність таких знань);
- ставлення до ВІЛ;
- поведінка відносно ВІЛ;
- консультації та тестування на ВІЛ, у т.ч. вагітних;
- потенційні ризики зараження.

Більш докладним було опитування респондентів віком 15–24 роки у рамках вивчення позиції «ВІЛ та молодь». Це зумовлено тим, що молодь є найбільш сексуально активною, а отже, має вищий ризик заразитися на небезпеку інфікування, а сформований у молоді роки стереотип статевої поведінки, як правило, проявляється і в подальшому житті. Недарма в Переліку національних показників моніторингу й оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль стану епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДУ, фігурує показник **«Відсоток молодих людей віком 15-24 роки, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається»**. Слід зазначити, що у 2009 році відсоток молодих людей віком 15–24 роки, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається, становив 40%. Одним із двох компонентів Глобальної стратегії профілактики ІПСШ і боротьби з ними на 2006–2015 рр. є інформаційно-роз'яснювальний, що підтверджує важливість визначення базового інформаційного рівня молоді для розробки змісту інформаційних кампаній, спрямованих на цю групу<sup>4</sup>.

Дослідження виявило досить високу обізнаність з проблеми ВІЛ/СНІДУ: 99% жінок і чоловіків віком 15-49 років чули про ВІЛ/СНІД, 81-92% респондентів обізнані стосовно трьох основних шляхів запобігання зараженню ВІЛ (Рис.1).

Закономірно, що обізнаність з питань запобігання передачі ВІЛ від матері до дитини вища у жіночого населення. Це також свого роду свідчення ефективної роботи медичних і соціальних працівників з вагітними. Про те, що ВІЛ передається при грудному вигодовуванні, знають 60% жінок та 9% чоловіків; про зниження ризику передачі ВІЛ при застосуванні спеціальної терапії під час вагітності – 70% жінок і 1% чоловіків. Однак комбінація цих обох тверджень спостерігалась лише у 26% жінок і 15% чоловіків.

<sup>1</sup> Джерело: наукова стаття Рингач Н. О. Використання даних соціологічних досліджень з проблеми ВІЛ/СНІДУ для потреб державного управління (УДК 351.77:316).

<sup>2</sup> Медико-демографічне обстеження населення України 2007 року. – Calverton, Maryland, США : Український центр соціальних реформ УЦСР, Державний комітет статистики України, Міністерство охорони здоров'я України та Macro International Inc., 2008. – 336 с.

<sup>3</sup> Національний звіт України з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Звітний період: січень 2008 р. – грудень 2009 р. – К.: Міністерство охорони здоров'я України, 2010. – 116 с.

<sup>4</sup> Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними, 2006-2015 гг. – Женева, ВОЗ. – 2007. – 70 с.

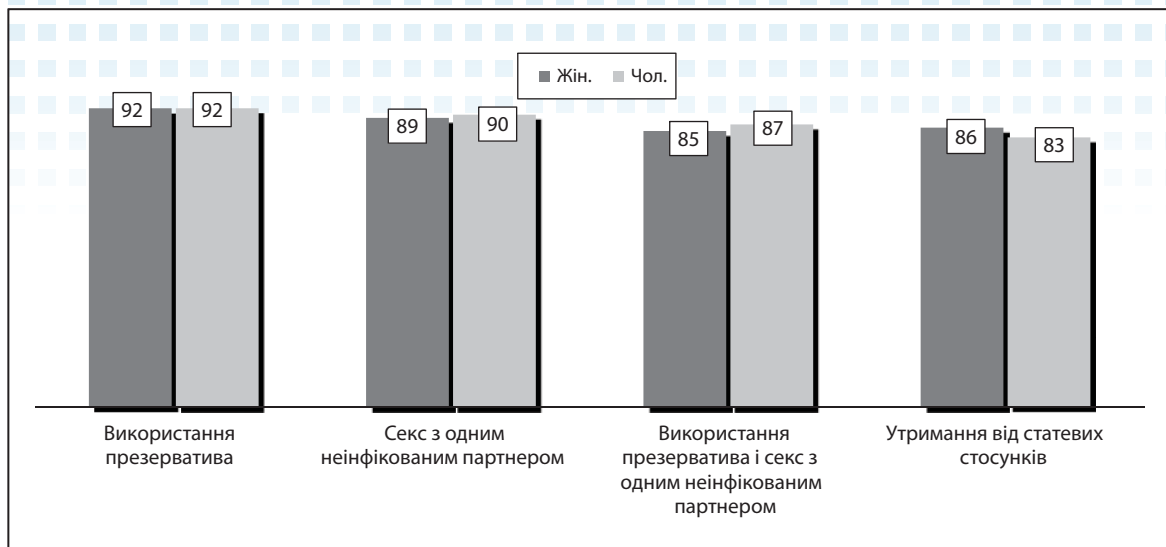


Рис. 1. Обізнаність населення віком 15-49 років щодо основних шляхів запобігання інфікуванню ВІЛ, %

Вичерпні знання про ВІЛ/СНІД були наявні лише у половини респондентів (жінки – 45,6 , чоловіки – 44,9 ). Вичерпні знання про ВІЛ/СНІД означають, що респондент знає, що зменшити ризик інфікування ВІЛ можна за умови дотримання вірності одному неінфікованому партнеру, який не має інших статевих контактів, а також при використанні презерватива під час кожного статевого акту; що людина, яка виглядає здоровою, може бути носієм ВІЛ; та заперечує два найбільш поширені неправильні уявлення про шляхи передачі ВІЛ.

Досить різним виявилось ставлення опитаних до ВІЛ-інфікованих залежно від ступеня їх близькості. Так, готовність піклуватись про ураженого ВІЛ члена своєї родини виявили 1/4 опитаних, тоді як купуватимуть продукти харчування у хворого на СНІД продавця лише 22 жінок і 11 чоловіків. Згодні з продовженням викладання ВІЛ-позитивною вчителькою 41 жінок і 2 чоловіків. До піклування про члена родини з ВІЛ більш схильні старші респонденти, опитані, які перебували/ють у шлюбі, та жінки з вищою освітою. Не приховуватимуть захворювання члена родини лише 5 жінок і 7 чоловіків, решта воліла б тримати це в таємниці.

Досліджувався рівень знань про способи зниження ризику передачі ВІЛ/СНІДу. Усвідомлюють, що ризик зараження ВІЛ знижує:

- використання презерватива при кожному статевому акті, – 92 жінок та чоловіків;
- підтримання стосунків з єдиним незараженим вірним партнером, – 89 жінок і 90 чоловіків;
- використання презервативів та стосунки з одним партнером (разом), – 85 жінок та 87 чоловіків;
- добровільне дошлюбне утримання від статевих стосунків, – 86 жінок і 8 чоловіків.

Рівень обізнаності про способи запобігання вищий у містах, ніж у сільській місцевості; у Східному регіоні; серед осіб з вищою освітою та з найвищим рівнем добробуту.

Хоча використання презервативів є однією з головних загально визнаних стратегій боротьби з поширенням ВІЛ, ставлення до навчання молоді в цьому напрямі є дещо суперечливим, оскільки в частині суспільства панує думка, що така просвіта сприяє ранньому статевому досвіду. Однак 9 опитаних жінок та 8 чоловіків згодні з твердженням, що дітей у віці 12-14 років потрібно вчити використанню презерватива для запобігання ВІЛ/СНІДу.

Опитування показало, що для досить значної частини опитаних характерна ризикована статевая поведінка: ризикований статевий акт (тобто не з подружжям чи співмешканцем/кою) за останні 12 місяців мали 22 жінок та 4 чоловіків репродуктивного віку. Найбільше наражалися на небезпеку молоді респонденти – 46 жінок і 85 чоловіків віком 15–24 роки, які були сексуально активними за останні 12 місяців перед обстеженням, мали статеві стосунки високого ступеня ризику. Слід зазна-

чити, що не використовували презерватив під час останнього ризикованого статевого акту близько половини опитаних.

При дослідженні поведінки молодих людей віком 15–24 роки, які ніколи не були одружені, з'ясувалося, що значна частина з них повідомила про відсутність статевих стосунків, а 2/3 тих, котрі мали статеві стосунки протягом останніх 12 місяців, користувалися індивідуальним засобом захисту (Рис. 2).

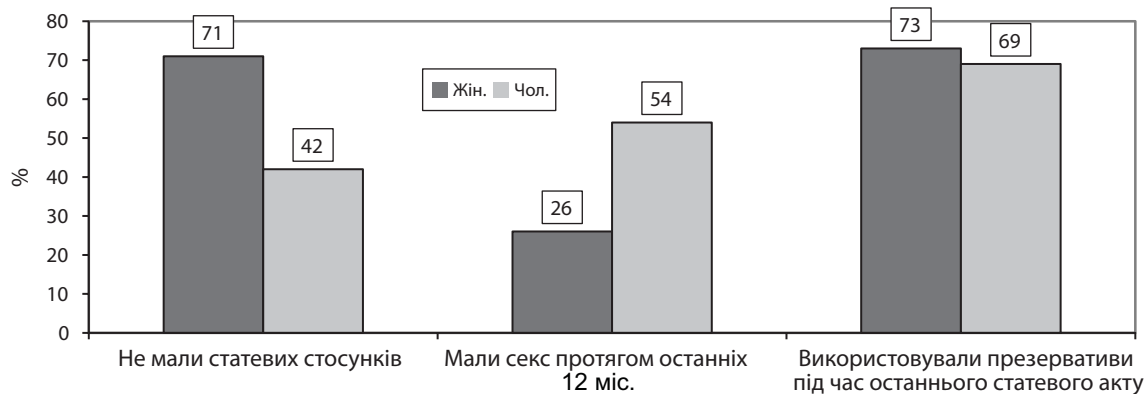


Рис. 2. Статева поведінка респондентів \* віком 15-24 роки, %

\*опитувались молоді люди, які ніколи не були одружені

Наймоłodші респонденти (15–19 років) виявилися більш обережними, ніж на 5 років старші опитані: серед цієї групи практика використання презерватива при першому статевому акті була більш поширеною, хоча й недостатньою (Рис. 3).

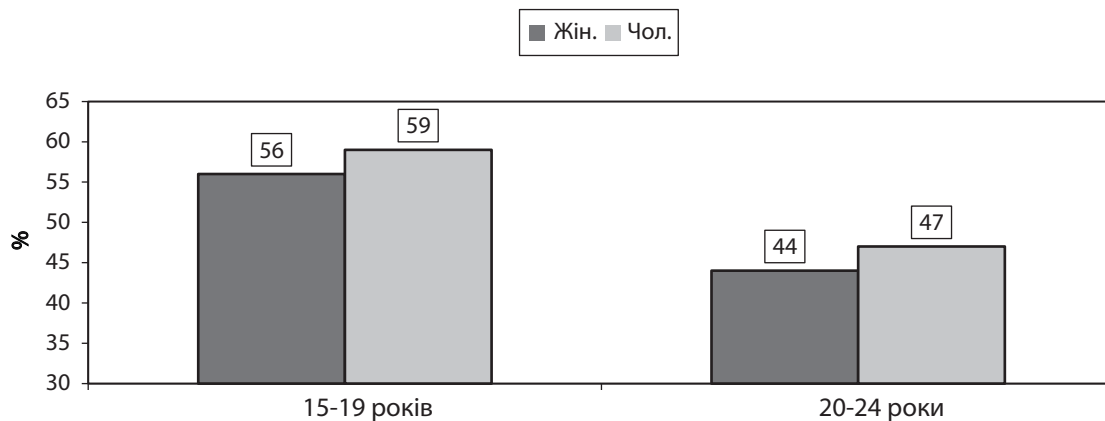


Рис. 3. Використання презерватива при першому статевому акті респондентами віком 15-24 роки, %

При вивченні частоти отримання консультацій та проходження тестів на наявність ВІЛ встановлено, що 8 жінок і 82 чоловіків знали, де можна пройти тест на ВІЛ. 55 жінок і 79 чоловіків жодного разу в житті не проходили тест на ВІЛ або ж не отримали результат. Рідше проходили тестування респонденти, що не мали статевих стосунків, сільські мешканці, наймоłodша група (15–19 років) та особи з нижчими рівнями добробуту та освіти. Найчастіше проходили тестування мешканці Східного регіону, найрідше – Західного. Частка жінок, які пройшли тестування і отримали результат, була найвищою серед жінок віком 0–9 років (84%), міських жінок (84%) та жінок з освітою, вищою за середню (85%).



Інформація про частоту інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), не лише свідчить про поширеність незахищених статевих стосунків, а й є додатковим показником фактору ризику передачі ВІЛ.

Повідомили про те, що за останні 12 місяців: страждали від хвороб, які передаються статевим шляхом, – 0,7 жінок і 1,7 чоловіків; мали симптоми, пов'язані з ІПСШ, – 4–5 жінок і 1–2,5 чоловіків; не намагались консультиватись чи лікуватись, не звертались до лікаря з приводу виявленої інфекції, – 16 жінок та 44 чоловіків з ІПСШ або симптомами ІПСШ.

Частка осіб, інфікованих ІПСШ або таких, що мають симптоми ІПСШ, для жінок варіювала від менш ніж 1 у Центральному регіоні до 8 у Південному, для чоловіків – від 2 у Центральному та Східному регіонах до 4 на Заході.

Надзвичайно небезпечним є факт того, що 2 жінок і 8 чоловіків віком 15–24 роки перебували у стані сп'яніння під час статевих стосунків за останні 12 міс.; якщо ж врахувати і стан партнера, частка таких зростала до серед жінок і 9 – серед чоловіків. Адже сп'яніння значно знижує здатність контролювати власну поведінку та усвідомлення потенційного ризику для здоров'я. Хоча близько 2/ молодих людей використовували презерватив під час останнього ризикованого статевого акту, 0 респондентів, що нехтують ним, – численна аудиторія для відповідної профілактичної роботи.

Зараження через медичні маніпуляції залишається найменш поширеним шляхом, проте надзвичайно гостро сприймається і отримує значний суспільний резонанс (Еліста, Лівія тощо), тому було важливо з'ясувати таку ймовірність у опитаних в рамках МДОУ-2007. За останні 12 місяців 21 жінок і 19 чоловіків отримали принаймні одну медичну ін'єкцію, з них 97 жінок і 91 чоловіків повідомили, що впевнились у використанні під час останньої ін'єкції нової запечатаної упаковки.

**Висновки.** Таким чином, дослідження МДОУ-2007 показало досить високу обізнаність населення України щодо ВІЛ/СНІДу (майже половина населення віком 15–49 років та 2/ молоді віком 15–24 роки мають вичерпні знання) та виявило певні прогалини в цих знаннях та заботони у ставленні до ВІЛ-інфікованих. Основною проблемою є неузгодженість знань та особистих дій, що призводить до поширеності ризикованої з огляду на ймовірність зараження ВІЛ поведінки.

Результативність державної політики зі збереження і зміцнення здоров'я значною мірою залежить від ефективності впливу на поведінку населення, прийняття ним засад здорового способу життя, формування усвідомленої соціальної позиції відповідального ставлення до власного здоров'я. Вивчення поведінкових орієнтацій стосовно чинників, які впливають на ймовірність ураження ВІЛ і на ставлення до ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД осіб, дозволяє оцінити реальну ситуацію в країні стосовно знань і дій населення в напрямку захисту від інфікування ВІЛ (в т.ч. особливості залежно від статі, вікової групи, регіону проживання, типу поселення, рівнів освіти і добробуту, сімейного статусу тощо) та допомагає визначити пріоритетну спрямованість заходів з протидії поширенню ВІЛ, надає об'єктивну інформацію для прийняття управлінських рішень на національному та регіональному рівнях.

## ПРИКЛАД ВИКОРИСТАННЯ СТРАТЕГІЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ З МЕТОЮ АДВОКАЦІЇ

### ЖИТТЯ ПІД ЗАГРОЗОЮ

#### ФІНАНСУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ УКРАЇНИ З ПРОТИДІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ НА 2014–2018 РОКИ

*Стисла довідка*

#### Що поставлено на карту

*Забезпечення повноцінного фінансування Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ на 2014-2018 роки в Україні дозволить майже 18 000 осіб уникнути інфікування ВІЛ та зберегти життя понад 39 000 людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ).*

#### ВІЛ в Україні

Поширення ВІЛ серед дорослого населення на рівні 0,9<sup>1</sup> дає привід вважати Україну другою країною в Європі, найбільш ураженою ВІЛ. З початку епідемії (1987 рік), за офіційними даними, 1 059 осіб померло від хвороб, зумовлених СНІДом. Для того щоб стримати поширення ВІЛ в Україні, вкрай важливо забезпечити повноцінне фінансування нової програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ.

В Україні зареєстровано майже чверть мільйона (2 7 798) ВІЛ-інфікованих осіб (у т.ч. дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями). Приблизно у 27 (6 871 особа) діагностовано СНІД. Насамперед епідемія вражає осіб працездатного віку і залишається сконцентрованою у групах ризику інфікування ВІЛ. Серед них – чоловіки, які практикують секс з чоловіками (ЧСЧ), споживачі наркотиків ін'єкційним шляхом (СІН), працівниці комерційного сексу (ЖКС) та їхні статеві партнери. Незважаючи на те, що споживання наркотиків ін'єкційним шляхом залишається вагомим чинником епідемії ВІЛ в Україні, нині збільшується питома вага статевого шляху передачі вірусу<sup>2</sup>.

#### Успіх

Країні вдалося досягти помітного успіху в боротьбі з епідемією ВІЛ-інфекції/СНІДУ завдяки консолідації зусиль Уряду України та міжнародних донорських організацій. Показник темпів приросту нових випадків ВІЛ-інфекції відчутно знизився – з 16,8 у 2006 році до 1,6 у 2012 році. За 10 років вдалося зменшити частоту передачі ВІЛ від матері до дитини (з 27,8 до 4,9). Крім того, суттєво знижено кількість випадків захворювання на ВІЛ-інфекцію у віковій групі від 15 до 24 років.

#### Зупинятися не можна

Незважаючи на позитивні тенденції, епідемія ВІЛ в Україні продовжує зростати, забираючи життя і засоби до існування окремих осіб та цілих родин. Це вимагає від вітчизняної системи охорони здоров'я дедалі масштабніших ресурсів, оскільки обмежений доступ до послуг з лікування ВІЛ, особливо серед представників груп підвищеного ризику (ГПР), лише посилює епідемію, підвищуючи як рівень захворюваності, так і смертності.

#### Загальнодержавна цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ на роки

Нова Програма ставить перед собою три амбітні цілі:

- наблизити до нуля кількість нових випадків інфікування ВІЛ серед загального населення;
- наблизити до нуля кількість випадків передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини;
- зменшити на 50 кількість нових випадків інфікування ВІЛ серед ГПР.

Для їх досягнення Програма пропонує сім ключових показників охоплення:

- 1) забезпечення доступу до профілактичних програм для усіх ГПР;
- 2) охоплення 100 школярів та студентської молоді програмами профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДУ в навчальних закладах усіх форм власності;
- 3) охоплення 100 ВІЛ-інфікованих осіб медико-соціальними послугами з догляду та підтримки;
- 4) забезпечення доступу до безперервної антиретровірусної терапії для 100 ВІЛ-інфікованих хворих, які цього потребують;

- 5) зменшення смертності від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ на 50 %;
- 6) охоплення безперервними програмами ЗПТ щонайменше 5 СІН (опіоїдних), які цього потребують, із залученням їх до програм реабілітації;
- 7) формування толерантного ставлення до ЛЖВ та представників ГПР, зниження рівня стигми і дискримінації цих осіб на 50 %.

**Цілі Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ на 2014–2018 роки**

- ✓ Наблизити до нуля кількість нових випадків інфікування ВІЛ серед загального населення
- ✓ Наблизити до нуля кількість випадків передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини
- ✓ Зменшити на 50 % кількість нових випадків інфікування ВІЛ серед ГПР

Ефективна реалізація Програми та досягнення її амбітних цілей вимагає щонайменше 6 80 148 420 грн. (близько 779,6 мільйона доларів США) з різних джерел.

Забезпечення повноцінного фінансування Програми дозволить:

- уникнути інфікування – 17 757 особам;
- зберегти життя – 9 22 людям, які живуть з ВІЛ.

Неспроможність забезпечити повноцінне фінансування нової Програми матиме серйозні негативні наслідки (див. Рис. 1, 2, Таблицю 1).

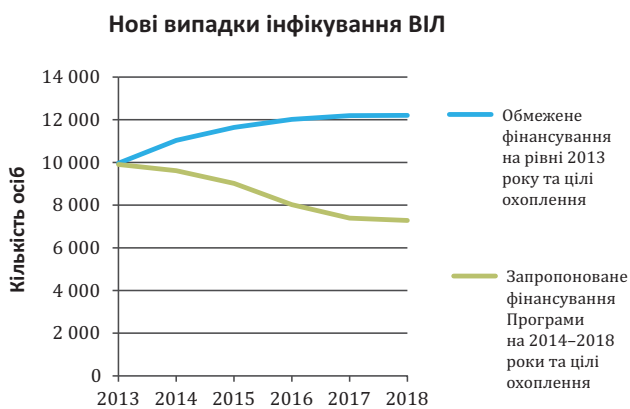


Рис. 1. Вплив обсягів фінансування на досягнення цілей охоплення щодо нових випадків інфікування ВІЛ, розрахункові дані, 2013-2018 рр.

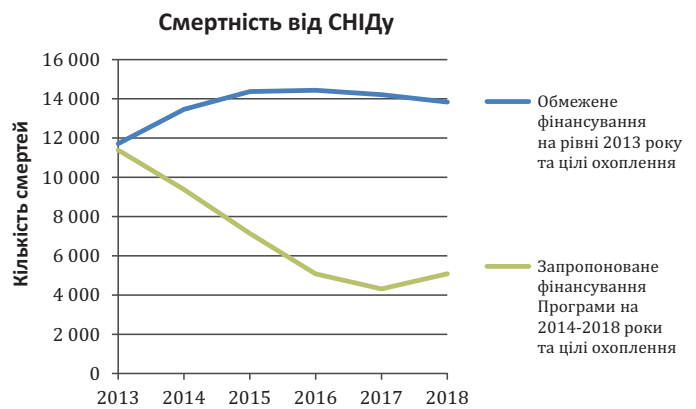


Рис. 2. Вплив обсягів фінансування на досягнення цілей охоплення щодо смертності від СНІДУ, розрахункові дані, 2013-2018 рр.

**Таблиця**

**Порівняння результатів Програми при поточному та запропонованому рівнях фінансування (за підсумками моделювання з використанням комп'ютерної моделі Гоулз<sup>3</sup>)**

	Обмежене фінансування на рівні 2013 року та цілі охоплення	Запропоноване фінансування Програми на 2014-2018 роки та цілі охоплення
<b>Вартість Програми у цінах (грн.) станом на вересень 2013 року</b>		
Загальний бюджет Програми на 2014-2018 рр. (тис. грн.)	3 681 815 157	6 380 148 422
<b>Результати за 2014-2018 роки</b>		
Нові випадки ВІЛ-інфікування (одиниці)	59 081	41 324
Відвернені випадки ВІЛ-інфікування (одиниці)		17 757
Невідвернені випадки смертності	70 311	30 989
Збережені життя (особи)		39 322
Щорічна захворюваність (кількість нових випадків інфікування) у 2018 році порівняно з 2013 роком	+ 22,5%	26,5%

Продовження Таблиці 1

	Обмежене фінансування на рівні 2013 року та цілі охоплення	Запропоноване фінансування Нацпрограми на 2014-2018 роки та цілі охоплення
<b>Охоплення профілактикою і лікуванням у 2018 році</b>		
Населення ДКТ	11,8%	7,9%
Споживачі ін'єкційних наркотиків	46%	53,4%
Замісна терапія для СН	2,9%	8,8%
Працівники комерційного сексу	35%	46,6%
«Діти вулиці»	23%	41,5%
ЧСЧ	10,9%	28,3%
Антиретровірусна терапія	41,4%	82,75%

## Звернення

Питання протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу є одним з пріоритетних напрямів державної політики України у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку. Україна взяла на себе міжнародні зобов'язання у сфері ВІЛ/СНІДу, зокрема щодо виконання Декларації Цілей розвитку тисячоліття ООН та Політичної декларації ООН 2011 року з активізації зусиль для викоринення ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Високопосадовцям та органам державної влади – зокрема Президенту України, Кабінету Міністрів України, Верховній Раді України, Міністерству фінансів України та Міністерству охорони здоров'я України – необхідно оперативнo вплинути на затвердження бюджету Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки та забезпечити фінансування в розмірі не менше 6, 8 мільярда грн. на п'ять років. Ця сума становить мінімальний рівень фінансування, необхідний для повноцінного виконання Програми та досягнення її цілей протягом наступних п'яти років.

Належне фінансування Програми допоможе врятувати життя і стримати розвиток епідемії ВІЛ-інфекції в Україні.

## Довідкова література

### 1. ЮНЕЙДС, 2012.

### 2. Дані Держслужби України соцзахворювань станом на 1 вересня 201 року.

. Гоулз – це комп'ютерна модель, яка пов'язує цілі і фінансування програми та допомагає визначити: а) яке фінансування необхідне для забезпечення досягнення цілей програми; б) яких цілей можна досягнути з наявними ресурсами; в) як різні сценарії фінансування впливають на досягнення цілей програми. Модель було розроблено компанією Ф'ючерс Груп (США) і у 201 році застосовано S I Проектом політики в охороні здоров'я ( – ) в Україні та Інститутом економіки та прогнозування НАН України в рамках допомоги Держслужбі України соцзахворювань забезпечити прийняття і фінансування Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки. Детальніше див. на :// . . / /.

Контактні дані  
Health Policy Project  
One Thomas Circle NW,  
Suite 200  
Washington, DC 20005  
www.healthpolicyproject.com  
policyinfo@futuresgroup.com

Проект політики в охороні здоров'я (Health Policy Project) – це п'ятирічний проект, фінансований Агентством США з міжнародного розвитку (USAID) в рамках Угоди про співпрацю № AID-OAA-A-10-00067. Дата початку проекту – 30 вересня 2010 року. Заходи проекту у сфері протидії ВІЛ/СНІДу узгоджуються з Президентським планом невідкладних заходів, спрямованих на подолання СНІДу (U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR). Виконавцями Проекту є Ф'ючерс Груп, CEDPA (частина Plan International USA), Інститут Ф'ючерс, Африканський регіональний офіс Партнерів у справах народонаселення та розвитку (Partners in Population and Development Africa Regional Office (PPD ARO), Довідкове бюро з народонаселення (Population Reference Bureau (PRB), RTI Інтернешл та Альянс білої стрічки за безпечне материнство (White Ribbon Alliance for Safe Motherhood (WRA). Інформація з цього документу не є офіційною інформацією Уряду США і не обов'язково відображає погляди або позицію Агентства США з міжнародного розвитку.

## ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО РОБОТИ З ЗАСОБАМИ МАСОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ

**ЗАСОБИ МАСОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ (ЗМІ).** Це засоби поширення серед масової аудиторії суспільно значущої інформації про події в різних сферах життєдіяльності суспільства й світу. Засоби публічного поширення такої масової інформації розглядаються з двох позицій: як суб'єкти (організації), основною професійною діяльністю яких є поширення інформації, і як спеціальні канали (способи) відтворення й поширення інформації.

Загалом ЗМІ є інформаційними джерелами і становлять одну з функціональних систем сучасного суспільства. Вони поділяються на кілька видів.

Друковані ЗМІ – преса (газети, журнали, бюлетені тощо і разові видання з визначеним тиражем). До них відносять періодичні й такі, що продовжуються, видання, які виходять під постійною назвою, з періодичністю один і більше номерів (випусків) протягом року на підставі свідоцтва про державну реєстрацію.

Аудіовізуальні ЗМІ (радіомовлення, телебачення, кіно, звукозапис, відеозапис, Інтернет-видання тощо).

ЗМІ можуть бути державними і приватними; як вузькоспеціалізованими, галузевими, так і загальносуспільними інституціями.

Головною рисою діяльності ЗМІ є передача даних (інформації) до умовно визначеної аудиторії. ЗМІ виступають у ролі посередника між певною подією та безпосередньо людиною, яка має природний інтерес дізнатися про щось нове. Тому люди покладаються на ЗМІ, а ЗМІ справляють певний вплив на формування громадської думки, оскільки є механізмом відбору й відтворення інформації про ту чи іншу подію в тому чи іншому контексті.

Суспільство неформально розглядає ЗМІ як «четверту владу». Через це до ЗМІ законодавством та усталеними у суспільстві моральними нормами висувуються вимоги бути об'єктивними й неупередженими, тоді як політики, державні діячі та інші зацікавлені особи регулярно намагаються використовувати ЗМІ у власних цілях. За оцінками експертів, телебачення є найбільш впливовим на свідомість аудиторії ЗМІ.

З розвитком цифрових технологій перед суспільством постали нові питання щодо визначення поняття ЗМІ. Чи слід, наприклад, віднести до ЗМІ мобільні телефони та комп'ютерні ігри? Адже сьогодні мобільні телефони – уже не просто пристрій зв'язку між двома особами, а засіб виходу на велику аудиторію, розташовану в різних місцях, та одночасної передачі їй певних даних. Тим більше що мобільні телефони надають доступ до мережі Інтернет, а SMS-повідомлення та автоматично запрограмовані дзвінки все частіше використовуються в рекламних цілях. Водночас комп'ютерні ігри дедалі більше стають посередником передачі інформації, вони можуть містити повідомлення для користувачів. Учасники ігор в інтерактивному режимі можуть обмінюватися думками, перебуваючи в програмі. Завдяки Інтернету участь у популярних комп'ютерних іграх уже давно не залежить від місця та кількості гравців. Крім того, зараз ведеться робота щодо запровадження реклами в самих комп'ютерних іграх.

ЗМІ виконують потужну соціальну функцію, виступаючи в ролі громадського контролера за владою, її діями та рішеннями. Тому все більшого значення набуває забезпечення двосторонньої комунікації з членами громади, а не просто односторонньої передачі інформації. ЗМІ впевнено перетворюються на засоби масової комунікації (ЗМК), до чого їх також спонукають посилення конкуренції на ринку, боротьба за увагу аудиторії та свіжу інформацію. З іншого боку, люди, відчувши важливість своєї присутності в інформаційному просторі та підвищення ймовірності вирішення суспільних конфліктних ситуацій за допомогою публічної дискусії, намагаються частіше звертатися до ЗМІ з тих чи інших питань, інформуючи про свої погляди чи проблеми повсякденного життя. Значно зростають кількість і роль комунікативних заходів, які організовуються на майданчиках редакцій ЗМІ. З появою електронних засобів передачі даних, зокрема через мережу Інтернет, знизилася тиражі друкованих ЗМІ, більшість із них перейшли на електронний формат; прискорився процес донесення інформації до аудиторії, але знизилася якість інформації та відповідальність за її достовірність, незаангажованість. У світі з'явилася велика кількість інтернет-видань, які виконують ті ж самі функції, що і ЗМІ, але в Україні їхній статус досі не врегульовано нормативно-правовими актами. Діяльність ЗМІ в Україні регулюється законами України «Про інформацію», «Про телебачення та радіомовлення», «Про друковані засоби масової інформації (пресу) в Україні», «Про інформаційні агентства».

*Джерело: Енциклопедія державного управління: у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України; наук.-ред. колегія: Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. – К.: НАДУ, 2011. Т.1: Теорія державного управління / наук.-ред. колегія: В.М. Князєв (співголова), І.В. Розпутенко (співголова) та ін. – 2011. – 748 с.*

Перш ніж почати взаємодію із засобами масової інформації, слід ознайомитися з Методичними рекомендаціями щодо положень про управління (відділи) з питань взаємодії з засобами масової інформації та зв'язків з громадськістю апаратів центральних і місцевих органів виконавчої влади<sup>1</sup>. Цей документ містить інформацію про створення та реалізацію тематичних медіа-планів та проектів, організацію оприлюднення в пресі та на каналах телебачення і радіомовлення інформаційних матеріалів, підготовлених структурними підрозділами центральних та місцевих органів виконавчої влади.

Далі наведено поради щодо проведення медіа-заходів.

- 1) **Прес-конференція брифінг**. Найголовнішим чинником успішного інформаційного просування залишається не кількість контактів з медіа, а їх якість і повнота. Приводи для спілкування з пресою поділяються на дві категорії: результати роботи та реакція на певну подію. Резонансне питання завжди знайде охочих прокоментувати, дати оцінку, продемонструвати свою небайдужість, бажання посприяти, тому тактика відмовчування може лише негативно вплинути на репутацію організації та її керівництва.

### Важливо!

Проведення прес-конференції (див. Рис. 1) – це насамперед презентація суспільно значущої інформації, для висвітлення якої недостатньо прес-релізу, оскільки виникають додаткові запитання, необхідна участь зацікавлених сторін. Це, наприклад, може бути зміна епідемічної ситуації, запровадження нових методик роботи, старт нового проекту, озвучення проблеми, яка потребує вирішення шляхом залучення ЗМІ. Приводами для конференції можуть також бути реакція на поширення недостовірної інформації, резонансні випадки, пов'язані з захворюваністю громадян, тощо.

Прес-конференція/брифінг може бути як плановою, так і позаплановою, залежно від важливості тематики та події.



Рис. 1. Схема проведення медіа-заходу (прес-конференції/брифінгу)

### Важливо!

Дуже часто журналістам-телевізійникам необхідно підкріпити отриману інформацію наочними фактами, наприклад, результатами роботи лабораторії, стаціонару для лікування ВІЛ-інфікованих осіб. Слід подбати про такі локації для додаткової зйомки – це підвищить шанси виходу сюжету саме в запланованому ключі.

<sup>1</sup> Наказ Державного комітету телебачення і радіомовлення України від 26.03.2003 р. № 59, Міністерства юстиції України від 14.04.2003 р. № 314/7 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо положень про управління (відділи) з питань взаємодії з засобами масової інформації та зв'язків з громадськістю апаратів центральних і місцевих органів виконавчої влади. Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/v0059603-03>.

Щоб підготуватися до прес-конференції, а особливо коли мова йде про висвітлення стратегічної інформації, зокрема у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДУ, слід зробити кілька важливих кроків.

### **Крок 1. Визначення тематики та учасників прес-конференції, збір матеріалів**

Наприклад, на прес-конференції презентується *пілотне дослідження щодо визначення ефективності заходів профілактики ВІЛ-інфекції серед представників груп найвищого ризику щодо інфікування ВІЛ*. Тут варто чітко визначити, з чим звертатися до журналістів. Так, дослідження дало змогу з'ясувати, наскільки дієвим виявився комплекс превентивних заходів серед контингентів груп ризику; чи вдалося досягнути поставлених цілей і які причини стали на заваді, якщо індикаторів не досягнуто. Запрошуючи доповідачів, причетних до тематики, потрібно зберігати баланс позицій: одночасно з офіційними особами виступають представники громадськості, пацієнтів. Виходячи з тематики, варто розподіляти та узгоджувати промови між речниками прес-конференції, а також їх послідовність, щоб вони не повторювали один одного, не починали суперечку прямо на очах у журналістів.

#### **Важливо!**

Промовець має володіти даними стосовно тематики прес-конференції, бути готовим до можливих запитань, лаконічним. Для експерта (наприклад, якщо організацію представляє керівник центру МіО чи керівник центру профілактики та боротьби зі СНІДом) необхідно підготувати стислі тези, ключові цифри і дати, обговорити з ним можливі запитання з боку журналістів.

### **Крок 2. Визначення місця і часу проведення заходу**

Місцем для прес-конференції може стати приміщення центру профілактики та боротьби зі СНІДом, місцевих адміністрацій тощо. Однак краще обрати спеціально облаштоване для цього місце – прес-центри та інформаційні агенції. В цьому випадку постає питання оплати послуг прес-центру, тому під час формування медіа-плану варто передбачити залучення коштів для проведення інформаційних заходів. Центр МіО може також використовувати співпрацю з комунальними ЗМІ, взаємодію з прес-службами органів влади, які надаватимуть свої інформаційні ресурси та майданчики для проведення медіа-заходів.

#### **Важливо!**

Слід подбати про таблички з іменами та посадами спікерів, мікрофони, екран чи проектор (якщо планується показ слайдів). Для ефективного проведення заходу передбачають наявність модератора, який веде прес-конференцію чи брифінг, оголошує інформаційний привід (з якою метою запрошено журналістів), представляє учасників.

### **Крок 3. Анонсування**

Анонс – це стисла (–4 речення) інформація про медіа-захід: *що, де і коли проводиться? хто говорить?* Анонс розсилають у ЗМІ за 1-2 дні до події. В анонсі зазначаються контакти відповідальної особи (електронна пошта і телефон для акредитації).

Анонсування передбачає наявність бази контактів ЗМІ. Чим більша ця база, тим більша ймовірність масової участі журналістів. Доцільним є додаткове індивідуальне запрошення працівників фахових ЗМІ, з якими можна запровадити постійну співпрацю.

## Крок 1. Акредитація ЗМІ

Акредитація проводиться для того, щоб оцінити, наскільки зацікавила ЗМІ анонсована подія, які запитання може бути поставлено. Якщо на подію відгукнулося менше мас-медіа, ніж передбачалося, варто зробити повторне анонсування, особисто запросити журналістів, перевірити, чи всі адресати отримали запрошення.

Для прес-конференції готують **прес-реліз** (деякі вимоги до їх підготовки наведено далі), акредитаційний список ЗМІ та список учасників.

*За годину до початку* прес-конференції (брифінгу) відповідальний за проведення заходу роздає прес-релізи, візитівки, обговорює з журналістами питання їхнього професійного інтересу; фіксує (за можливості), коли вийдуть підготовлені ними сюжети, статті.

*Під час* прес-конференції відповідальний занотовує найбільш цікаві та резонансні запитання; якщо журналіст не володіє тематикою або використовує недостовірну, некоректну інформацію, надає йому окремий ексклюзивний (лише для цього видання) коментар чи експертне роз'яснення.

*Після завершення* прес-конференції відповідальний дякує журналістам, налагоджує особисті контакти з представниками ЗМІ, які були найбільш активними під час заходу.

### Деякі вимоги до підготовки прес-релізу

1. Повинен бути коротким (обсягом не більше 250 слів), надрукованим з подвійним міжрядковим інтервалом.
2. Перша сторінка повинна містити «розпізнавальні» знаки Вашої організації, яка є джерелом інформації. Для цього використовуйте бланки Вашої організації, де є логотип та контактна інформація.
3. Прес-реліз повинен мати невеликий заголовок.
4. Перед текстом бажано залишити вільне місце (приблизно 1/3 аркуша); на сторінці з прес-релізом робіть великі поля – в такий спосіб Ви допомагаєте журналістам і редакторам, які роблять позначки на полях.
5. Найважливіша інформація наводиться в першому абзаці (Хто, Що, Коли, Де, Чому). Наступний абзац представляє Вашу організацію чи установу. Назвіть також донорів, спонсорів та зацікавлені сторони, які доклали зусиль до реалізації Вашого проекту. В інших абзацах наведіть цитати про те, як проблема впливає на громаду та що Ви маєте намір робити.
6. Використовуйте короткі речення та короткі абзаци. Викладайте факти точно і стисло.
7. Уникайте непотрібних прикметників: вони часто є показниками упередженого подання інформації.
8. Не розповідайте все, адже якщо Ви так зробите, журналісту вже не буде потреби відвідувати Ваш захід.
9. Не використовуйте ініціалів. Вживайте імена та по батькові.
10. Завжди вказуйте дату випуску прес-релізу. Найбільш поширеною є «Для термінового випуску». Обов'язково вкажіть дату відправлення та доставки.
11. Вкажіть ім'я контактної особи та номер її телефону.
12. Якщо прес-реліз більший за одну сторінку (надрукований через подвійний інтервал), надрукуйте в кінці першої сторінки «Див. наступну сторінку». У кінці релізу надрукуйте «...».
13. Якщо Ви захочете включити до прес-релізу фотографію, тоді додайте до неї заголовок та пояснення.
14. Зробіть копії прес-релізу, щоб мати можливість роздати їх всім, хто прийде на Ваш захід.
15. Якщо це можливо, особисто доставте прес-реліз до місця проведення заходу. Тоді Ви зможете відповісти на запитання і стисло пояснити важливість проблеми.



**Крок** . Після закінчення заходу важливим елементом інформаційної роботи є відстеження опублікованих статей та сюжетів, ступінь використання наданої інформації. Для такого відстеження можна замовити моніторинг (тоді на це необхідно передбачити кошти), який засвідчить рівень успішності просування інформації, найбільш цікаві для ЗМІ та громадськості формати й теми.

Особливим інструментом спілкування зі ЗМІ є інтерв'ю, яке передбачає тривалий фаховий діалог та відповіді на найбільш різнопланові запитання. Інтерв'ю розрізняють залежно від типу медіа, які беруть у ньому участь: друковані ЗМІ, телебачення, радіо.

- 1) **Інтерв'ю для друкованих ЗМІ** – це діалог з представником мас-медіа, який потребує від фахівця центру МіО аналітичної влучності та яскравості. Якщо інтерв'ю відбувається на території центру, варто подбати про зручність і комфорт інтерв'юера, провести невелику екскурсію, ознайомити зі специфікою роботи центру МіО тощо.

Розлоге фахове інтерв'ю вимагає ґрунтовного знання теми, готовності до уточнювальних запитань: *скільки інфікувалося громадян за останні п'ять років? чому споживачі наркотиків почали інфікуватися більше/менше? Яким би дилетантським не було запитання журналіста, не можна відповідати зверхньо чи дратівливо.*

Перед проведенням інтерв'ю слід з'ясувати у журналіста причину його інтересу до теми, попросити надіслати орієнтовні запитання, які будуть обговорюватися в розмові.

**Рекомендуємо дотримуватися таких правил:**

- не відповідати лише «так » або «ні »;
- не вживати термінів (якщо цього не уникнути, розшифровувати термінологію представникові ЗМІ);
- не вступати в полеміку; якщо журналіст починає сперечатися, слід пояснити, в чому помилковість його судження;
- не говорити «не для камери», оскільки журналіст обов'язково використає цікаві дані, озвучені в приватній розмові;
- не вживати зворотів на зразок: «*на виконання наказу, постанови*» тощо, не будувати складно-підрядні речення, в яких можна заплутатися;
- бути доброзичливим, створювати образ відкритого до діалогу фахівця, який нічого не приховує.

**Важливо!**

Інтерв'ю – це матеріал, основу якого складає пряма мова фахівця, тому обов'язковим є затвердження матеріалу промовцем. Помилку або занадто різке чи суперечливе судження в матеріалі можна замінити чи виправити, обговоривши це з журналістом.

Необхідно відстежити, якою вийшла розмова, наскільки повно й точно відображено озвучену інформацію, чи правильно розставлено акценти. Зауваження обговорюються із журналістом в індивідуальному порядку. Якщо ж наявне відверте перекручування фактів, яке вийшло друком, то слід опублікувати спростування: у зв'язку з неправильним тлумаченням слів, зміщенням логічних акцентів, перекручуванням висловлювань тощо.

**2) Інтерв'ю на телебаченні**

Необхідно вивчити формат програми, визначити її мету, оскільки для представника центру МіО існує ризик бути лише декорацією для інших учасників. Наприклад, на деякі соціальні ток-шоу заздалегідь запрошують осіб, які «підігрують» тему, провокують скандальні ситуації, вдаються до гучних, часто нецензурних висловлювань. Тому перед участю в таких програмах із редакторами проговорюють суть, хронометраж, основні теми, запитання і сценарій.

Обов'язково слід дізнатися формат подання програми – запис чи прямий ефір. У прямому ефірі цінними будуть активність, простота, образність висловлювань. Щодо запису існує ймовірність вилучення частини відповідей під час монтування програми чи сюжету. Тому слід озвучувати думки

стисло, уникати довгих нефактажних речень. Перед початком програми корисною буде своєрідна репетиція виступу.

#### **Правила надання інтерв'ю:**

- не давати волю емоціям чи піддаватися на провокації;
- не вживати вислови «без коментарів» чи «не відповідатиму на це запитання» – виникає ілюзія закритості, приховування фактів;
- перепитувати, якщо фраза чи запитання ведучого є незрозумілою;
- переадресовувати запитання ведучому. Наприклад: «*А як ви вважаєте? Коли ви останнього разу проходили тестування?*». (Зазвичай люди не асоціюють себе з ВІЛ, це збиває з пантелику, тому гість студії стає господарем ситуації, отримує час продумати відповідь).

#### **Важливо!**

Камера не любить:

- строкатості, яскравих смужок та «горошку» на одязі;
- зайвих рухів, погойдування, «розслабленої» пози, підпирання підборіддя, схрещування рук.

Зазвичай у підготовці програми беруть участь гример та перукар, який робить вигляд учасника прийнятним для телевізійного ефіру. Неприйнятними для телеінтерв'ю вважаються відверте вбрання, ядучі кольори одягу, крупні принти. Жінкам не варто наносити яскравий макіяж та робити екстравагантні зачіски.

#### **Основні критерії вдалого публічного виступу**

Рівень підготовки учасників визначає успішність та ефективність медіа-заходу. Тому далі наведено поради для учасників прес-конференцій, брифінгів, інтерв'ю тощо.

Змусити аудиторію слухати та усвідомлювати нову інформацію досить важко. Ще важче схилити аудиторію на свій бік. Просуваючи стратегічно важливі дані, фахівці центру МіО повинні бути готові до виступів перед різними аудиторіями: експертними групами, представниками влади (якщо мова йде про участь у роботі місцевих рад з ТБ/ВІЛ), журналістами тощо.

Вирішальну роль тут відіграє ораторська майстерність промовця, вміння «тримати» аудиторію від слів привітання до завершальних акордів виступу, невимушеність та розкутість (але не нахабність), чіткість у формулюванні аргументів. Виступ повинен містити головну думку та докази для її підтвердження. За структурою він поділяється на три частини: вступ (причини, порушена проблема), основа (аргументація), завершення (цілі, пропозиції).

**Для збереження уваги та інтересу аудиторії до виступу промовець повинен дотримуватися таких правил:**

- не вживати формалізовану мову («*на виконання доручення, закону*»);
- не виправдовуватись, а пояснювати ситуацію за допомогою чітких аргументів;
- не повторювати (присвоювати) тези попереднього промовця;
- не перенасичувати промову другорядними цифрами та уточненнями;
- не вживати вузькопрофесійних термінів («*профілактика вертикальної трансмісії*» або назви обладнання й препаратів у незрозумілому контексті), назв та абревіатур (ІФА, СІН);
- не називати цифр навмання («*здається*», «*якщо я не помиляюся*»).

Ефективним прийомом для урізноманітнення виступу є наведення прикладів, застосування метафор, фразеологізмів та влучних цитат, однак зловживати цим не варто. Можна озвучити вдалість висловлювань попередніх спікерів, висловити вдячність за порушення актуальних питань.

Якщо якесь із питань є гострим та конфліктним, акценти можна змістити, навести доцільні паралелі, проте врешті відповісти на запитання, інакше слухачі втратять інтерес до промовця.

Якщо на запитання журналіста фахівець не має достовірної відповіді, доречно пообіцяти надати необхідну інформацію в індивідуальному порядку. Неприпустимою є надмірна емоційність,

провокування публічного конфлікту чи участь у ньому. Тон журналіста може бути різким, запитання ставитися в некоректній формі, однак це не повинно впливати на тон чи стиль відповідей учасника прес-конференції.

Важливо грамотно озвучувати проблеми та недоліки в роботі, над якими планується працювати, оскільки «ідеальність» ситуації лише спонукатиме журналіста до підступних та провокаційних запитань.

### **Важливо!**

- орієнтуватися на ліміт часу: під час конференції – 5-10 хвилин, під час виступу на телебаченні – залежно від формату програми;
- розуміти, що глядачі не є фахівцями в цій галузі, тому мова виступу повинна бути доступною та зрозумілою;
- підкріплювати аргументи фактами та цифрами;
- не читати промову, однак мати коротку «підказку» з основними цифрами й назвами.

**Якщо Ви плануєте тісну співпрацю із засобами масової інформації, варто розробити бланк інформаційного запиту для ЗМІ.**

Інформаційний запит – це складний та оформлений відповідним чином запит на інформацію. Його надсилають громадяни, мас-медіа, партнери, зацікавлені сторони тощо на адресу центру МіО (або на адресу центру профілактики та боротьби зі СНІДом з подальшою переадресацією до центру МіО, якщо тематика стосується його напрямку діяльності).

Запит містить:

- ім'я й прізвище запитувача, поштову або електронну адресу, номер засобу зв'язку;
- загальний опис інформації, вид, назву, реквізити чи зміст документа, щодо якого зроблено запит;
- підпис і дату.

### **Важливо!**

Якщо запит неправильно оформлено, його відправляють запитувачу на доопрацювання, однак лише за умови наявності зворотної адреси. Запити без зворотної адреси та неправильно оформлені не реєструються.

Відповідь на запит на інформацію для ЗМІ надається не пізніше п'яти робочих днів з дня отримання запиту.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. *Addis Ababa. Decision-Making and Strategic Information // Workshop on M&E of PHN Programs, July 24-August 11, 2006.*
2. *Addis Ababa. Decision-Making and Strategic Information. Presentation on Workshop on M&E of PHN Programs, MEASURE Evaluation, July 24-August 11, 2006.*
3. *Guidelines for effective use of data from HIV surveillance systems. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 2004. ISBN 92 4 159137 4 UNAIDS/04.01 (NLM classification: WC 503.41).*
4. *HIV triangulation resource guide: synthesis of results from multiple data sources for evaluation and decision-making. – World Health Organization, 2009.*
5. *Nicole R. Judice. Seven Steps to Use Routine Information to Improve HIV/AIDS Programs: A Guide for HIV/AIDS Program Managers and Providers. USAID, MEASURE evaluation, 2011.*
6. *OVERVIEW OF TRIANGULATION METHODOLOGY: Synthesis of multiple data sources for evaluation and decision-making in HIV epidemics based on initial experiences, CDC, 2009.*
7. *Patton, Michael Quinn. Utilization-Focused Evaluation. Thousand Oaks: Sage Publications, 1997.*
8. *Richard Dicker, Nancy Gathany, Pat Anderson, Betty Segal, Stephen Smith, Philip Thompson. Principles of Epidemiology. Second edition. – CDC. US Department of Health & Human Services, 12/92 – <http://pubhealth.spb.ru/EpidD/epidD5.htm>.*
9. *Stakeholder Engagement Tool, MEASURE Evaluation, 2011.*
10. *Strategic information manual for implementing partners in South Africa, PEPFAR, 2007.*
11. *Tools for Data Demand and Use in the Health Sector: Quick Guide, MEASURE Evaluation, 2011.*
12. *Аналіз зацікавлених сторін та компетентності організацій, які надають або планують надавати послуги підліткам груп ризику [Електронний ресурс] / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О.Яременка. – К., 2008. – 236 с. – Режим доступу: <http://www.uisr.org.ua/>.*
13. *Аналіз факторів, що спричиняють початок вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом: аналіт. звіт / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О.Яременка. – К.: ВПК «ОБНОВА», 2010. – 52 с.*
14. *Богомолова Н. Н. Социальная психология печати, радио и телевидения. – М.: МГУ, 1991.*
15. *Буклет «Аналіз даних моніторингу поведінки СІН, ЖКС, ЧСЧ серед підліткової вікової підгрупи».*
16. *Буроменський М.В. Сучасний стан політики та законодавства з питань надання медико-соціальних послуг для дітей та молоді груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування: аналітичний огляд [Електронний ресурс] / М.В. Буроменський, В.М. Стещенко. – К.: Укр. ін-т соц. дослідж., 2008. – Режим доступу: [http://www.unicef.org/ukraine/ukr/media\\_10621.html](http://www.unicef.org/ukraine/ukr/media_10621.html).*
17. *Вступ до інформаційної культури та інформаційного права: монографія / за ред. М.Я. Швеця, Р.А. Калюжного. – Ужгород: ІВА, 2003. – 240 с.*
18. *Второе поколение эпидемиологического надзора за ВИЧ: следующее десятилетие / ВОЗ и UNAIDS, 2000.*
19. *Галіцин В. К. Системи моніторингу: монографія / В. К. Галіцин. – К.: КНЕУ, 2000. – 231 с.*

20. Дівчата-підлітки, залучені до комерційного сексу в Україні: оцінка процесу та результатів впровадження цільової моделі інтервенцій / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О.Яременка. – Київ, 2010. – 100 с. – Режим доступу: [http://www.unicef.org/ukraine/ukr/Book\\_JKS\\_PROM\\_Web.pdf](http://www.unicef.org/ukraine/ukr/Book_JKS_PROM_Web.pdf).
21. Електронний ресурс: <http://www.usaid.gov/what-we-do/global-health/hiv-and-aids/technical-areas/strategic-information#section1>.
22. Енциклопедія державного управління: у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України; наук.-ред. колегія: Ю.В. Ковбасюк (голова) та ін. – К.: НАДУ, 2011.
23. Етичні засади проведення соціальних досліджень серед дітей в Україні, затвердж. на засіданні Правління Соціологічної асоціації України (протокол № 7 від 10 грудня 2008 р.). – Режим доступу: [http://www.unicef.org/ukraine/ukr/ethnic\\_principles.pdf](http://www.unicef.org/ukraine/ukr/ethnic_principles.pdf).
24. Звіт про результати виконання у 2012–2013 роках Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки.
25. *Кадьорова Э.А.* Информационная культура как фактор профессиональной компетентности специалиста будущего // Культура и образование: сб. науч. стат. – М.: МГУКИ, 2001. – 150 с.
26. Концептуальні основи статистичного моніторингу / Д.Д. Айстраханов, М.В. Пугачова, В.С. Степашко та ін.; за ред. М.В. Пугачової. – К.: ІВЦ Держкомстату України, 2003. – 344 с.
27. *Лук'янець Т.І.* Рекламний менеджмент. Навч. посібник. – 2-ге вид., доп. – К.: КНЕУ, 2003. – 440 с.
28. Методичні рекомендації щодо практичного впровадження Закону України «Про доступ до публічної інформації» / [М.В. Лациба, О.С. Хмара, В.В. Андрусів [та ін.]; Укр. незалеж. центр політ. дослідж., 2-е вид., допов. – К.: [Агентство «Україна»], 2012. – 164 с.
29. Міністерство охорони здоров'я України, 2012 р. Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДУ, Звітний період: січень 2010 р. – грудень 2011 р.
30. Міністерство охорони здоров'я України, Європейське бюро ВООЗ, ЮНЕЙДС Україна, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2012 р. Національна оцінка ситуації з ВІЛ/СНІДУ в Україні станом на початок 2012 р. [20 серпня 2012 р].
31. *Мінченко М.В., Чижів Л.П., Фролков А.В.* Планування та прогнозування соціально-економічного розвитку регіонів / М.В. Мінченко, Л.П. Чижів, А.В. Фролков. – Суми: Унів. кн., 2004. – 442 с.
32. Наявність та доступність послуг з профілактики ВІЛ для підлітків груп високого ризику [Електронний ресурс] / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К., 2008. – 63 с. – Режим доступу: <http://www.uisr.org.ua/>.
33. Організація відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДУ на регіональному рівні. Проект ПРООН «Врядування з питань ВІЛ/СНІДУ», 2012. Режим доступу: [http://www.ua.undp.org/content/dam/ukraine/docs/PR/Posibnik\\_Prefinal\\_2.pdf](http://www.ua.undp.org/content/dam/ukraine/docs/PR/Posibnik_Prefinal_2.pdf).
34. Основи моніторингу та оцінки програм профілактики ВІЛ серед груп населення найвищого ризику інфікування. Квітень 2007 р.
35. Оцінка чисельності дітей та молоді вікової групи 10–19 років, що відносяться до груп ризику / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О.Яременка. – К., 2010. – 48 с. – Режим доступу: [http://www.unicef.org/ukraine/ukr/Ocinka\\_chiselnosti\\_ditey\\_ukr.pdf](http://www.unicef.org/ukraine/ukr/Ocinka_chiselnosti_ditey_ukr.pdf).
36. *Питер Ф. Друкер.* Задачи менеджмента в XXI веке / Питер Ф. Друкер. – М.: Вильямс, 2001. – 272 с.

37. Підлітки груп ризику: виклики та час дій. Адвокаційний документ / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О.Яременка. – К.: Версо 04, 2011. – 56 с. Режим доступу: [http://www.unicef.org/ukraine/ukr/B\\_Adv\\_rep\\_Internet.pdf](http://www.unicef.org/ukraine/ukr/B_Adv_rep_Internet.pdf).
38. Підлітки груп ризику: доказова база для посилення відповіді на епідемію ВІЛ в Україні: аналіт. звіт / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О.Яременка. – К.: К.І.С., 2008. – 192 с.
39. Підлітки, які живуть та працюють на вулиці: актуальні акценти для ефективної профілактики ВІЛ (за результатами повторного соціально-поведінкового дослідження): аналіт. звіт / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О.Яременка. – К.: Версо 04, 2011. – 116 с.
40. *Почепцов Г.* Теория и практика коммуникации (от речей президентов до переговоров с террористами) [Текст] / Г. Почепцов. – Москва: Центр, 1998. – 352 с.
41. Про доступ до публічної інформації: Закон України від 13 січня 2011 р. № 2939-VI. – Режим доступу: [www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua).
42. Про затвердження Державної стратегії регіонального розвитку на період до 2015 року: постанова Кабінету Міністрів України від 21 липня 2006 р. № 1001. – Режим доступу: [www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua).
43. Про основні засади розвитку інформаційного суспільства в Україні на 2007-2015 роки: Закон України від 9 січня 2007 р. № 537-V. – Режим доступу: [www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua).
44. Профілактика ВІЛ-інфекції серед підлітків груп ризику: досвід впровадження цільових моделей в Україні / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О.Яременка. – К.: Версо 04, 2010. – 88 с. – Режим доступу: [http://www.unicef.org/ukraine/ukr/Case\\_Study\\_ukr\\_FINAL\\_block.pdf](http://www.unicef.org/ukraine/ukr/Case_Study_ukr_FINAL_block.pdf).
45. Резюме звіту «Оцінка єдиної національної системи МіО за 4 сферами стратегічної інформації: рутинний епідеміологічний моніторинг, епідеміологічні дослідження, програмний моніторинг, оцінка та дослідження». Автори: Юрія-Івана Чакало, доктор медицини, Хана Азман, магістр громадського здоров'я, Івана Божичевич, доктор медицини, доктор філософії у галузі громадського здоров'я. 2013. – Режим доступу: [http://www.aidsalliance.org.ua/ru/metida/Report\\_Summary\\_National\\_M&E\\_%20System\\_Assessment.pdf](http://www.aidsalliance.org.ua/ru/metida/Report_Summary_National_M&E_%20System_Assessment.pdf).
46. *Савин Г.И.* Информационное обеспечение государственного управления / Г. И. Савин. – М., 2000. – 415 с.
47. *Семенченко А.І.* Стратегічне планування у сфері державного управління забезпеченням національної безпеки: монографія / А.І. Семенченко. – К.: Вид-во НАДУ, 2008. – 428 с.
48. Стратегія інформаційного розвитку Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу (затверджена рішенням Національної ради від 25.07.2013 р.).
49. Техническое руководство ВОЗ, УНП ООН и ЮНЕЙДС для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков. Обновление 2012 года. – 102 с.
50. *Шаров Ю.П.* Стратегічне планування в муніципальному менеджменті: концептуальні аспекти: монографія / Ю.П. Шаров. – К.: Вид-во УАДУ, 2001. – 303 с.
51. Эпиднадзор за ВИЧ/СПИДом в Европе, 2007. – Режим доступу: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int), [www.ecdc.europa.eu](http://www.ecdc.europa.eu).
52. ЮНЕЙДС Україна, 2009. Зведений звіт «Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії СНІД в Україні». – Режим доступу: [http://www.un.org.ua/files/20090522\\_ee\\_en\\_5.pdf](http://www.un.org.ua/files/20090522_ee_en_5.pdf).
53. *Якобчук А.В.* Порівняльний аналіз чинного національного законодавства з протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні/ А.В. Якобчук // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 2, 3. – С. 312-319.

## ABSTRACT

Monitoring the HIV epidemic and response in Ukraine provides valuable strategic information to inform economic analysis, forecast the allocation of resources, formulate strategic goals and develop priorities and targets at the national and regional levels. The availability of this data, along with careful analysis provides the basis for evidence based, thoughtful policy and programming to strategically allocate scarce resources. The tracking and analysis of this data over time enhances the understanding of the HIV epidemic in Ukraine, the drivers, the trends, and the influence of current policy. Useful strategic information can help determine the most effective intervention and drive future programming and policy to be grounded in evidence. To support this work, it is useful to provide a consistent definition of strategic information, outline common processes such as collection, compilation, analysis, consolidation, storage, dissemination, and use and offer approaches to information dissemination and analysis. Toward this goal, this guide addresses the areas of use and dissemination of strategic information.

This practical guide was designed to help professionals, particularly M&E specialists, working to prevent HIV/AIDS at healthcare facilities and NGOs with basic approaches to effectively use strategic information in their day to day work and in influencing decision makers regarding future programming as well as make regional level decisions regarding policy, resource allocation and future programs. This publication may also be used by non-governmental entities – NGOs, private agencies interested in strategic information in the area of HIV prevention, treatment, care and support for PLHIV.

In a practical, easy to understand manner, the guide covers both – preparation and dissemination of strategic information allowing the user to reflect on gaps in knowledge and skills that can be closed through education, training and shared experience.

The approaches outlined in this guide are based on the information supply principles, requirements for the HIV response and guidelines for the national monitoring and evaluation system, detailed in UNAIDS and WHO methodological and analytical documents.

This guide is structured in three major sections. The first section defines and describes «strategic information». It reviews the basic requirements of data quality as it relates to HIV and AIDS data.

The second section focuses on practical ways to use strategic information for planning and decision making around HIV programming. Specifically, it describes general approaches to using strategic information, processing information enquiries and making decisions based on the available information.

The third section is devoted to the dissemination of HIV and AIDS strategic information at the regional level. Special attention is given to the current information activities of the regional M&E.

To supplement the text, the annexes illustrate useful methods of data triangulation, how to develop a «cascade» of data and mapping; converting data to estimated key population numbers; and how to utilize regional M&E indicators as strategic information. The annexes also include examples of the use of strategic information across projects and presentation of strategic information on different topics for different target groups, as well as practical recommendations on working with the media and development of information materials<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> The need for developing practical recommendations for AIDS centers to cooperate with the media was stated in the resolution of the meeting of chief physicians of regional AIDS centers, which was held on June 19-20, 2013.





*Навчальне видання*

**За редакцією О. Балакіревої, канд. соціол. наук**

**Авторський колектив:**

О. Балакірева, канд. соціол. наук; Т. Бондар, канд. соціол. наук;  
Ю. Грамотна; І. Кузін; В. Марциновська, канд. мед. наук;  
Н. Нізова, д. мед. наук; М. Ніколко; С. Пхіденко, д. мед. наук;  
Н. Рингач, д. н. держ. упр.; І. Шваб; О. Яременко

**РОБОТА ЗІ СТРАТЕГІЧНОЮ ІНФОРМАЦІЄЮ  
У СФЕРІ ПРОТИДІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ  
НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ  
ПРАКТИЧНИЙ ПОСІБНИК**

Редактор: *С.І. Глущик*  
Дизайнер: *І.В. Коваленко*

Підписано до друку 21.03.2015. Формат 60×84 1/8  
Друк офсетний. Папір офсетний. Гарнітура Georgia.  
Обл. вид. арк. 15,0. Умов. друк. арк. 13,95.  
Тираж 315 прим. Замовлення № 210315

ТОВ «Поліграф плюс»  
03062, м. Київ, вул. Туполева, 8.  
тел./факс: (044) 502-39-78 (дод. 119)  
e-mail: [office@poligraph-plus.kiev.ua](mailto:office@poligraph-plus.kiev.ua)  
[www.poligraph-plus.kiev.ua](http://www.poligraph-plus.kiev.ua)

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів видавничої справи  
№ 2148 (серія ДК) від 07.04.2005 р.

