



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

ТРЕНІНГОВИЙ МОДУЛЬ



USAID
ВІД АМЕРИКАНСЬКОГО НАРОДУ

RESPOND



building
local
promise.

fhi360
THE SCIENCE OF IMPROVING LIVES

Київ-2015



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



USAID
ВІД АМЕРИКАНСЬКОГО НАРОДУ

RESPOND



building
local
promise.

fhi360
THE SCIENCE OF IMPROVING LIVES

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

ТРЕНІНГОВИЙ МОДУЛЬ

Тренінговий модуль розроблено в межах реалізації Проекту USAID RESPOND, що фінансується за підтримки Надзвичайного плану Президента США з надання допомоги в боротьбі зі СНІДом і виконується організацією Пакт Інк. у партнерстві з ФНІ 360. Проект спрямовано 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.

Склад авторського колективу

Балакірева Ольга	канд. соціол. наук, завідувач відділу моніторингових досліджень соціально-економічних трансформацій ДУ «Інститут економіки та прогнозування НАН України», голова правління ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка»
Бондар Тетяна	канд. соціол. наук, директор ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка»
Грамотна Юлія	радник з інформаційних питань заступника голови Київської міської державної адміністрації
Калягіна Наталя	менеджер зі стратегічної інформації Проекту RESPOND
Кузін Ігор	завідувач центру МіО ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України»
Ніколко Марина	радник зі стратегічної інформації Проекту RESPOND
Середа Юлія	канд. соціол. наук, фахівець з управління проектами ГО «Центр “Соціальний моніторинг”»
Шваб Інна	радник з питань моніторингу та оцінки Проекту RESPOND

Робота зі стратегічною інформацією у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на регіональному рівні : Тренінговий модуль / О. Балакірева, Т. Бондар, Ю. Грамотна та ін. – К.: Проект USAID RESPOND, 2015. – 120 с.

Тренінговий модуль розроблено на підставі матеріалів практичного посібника «Робота зі стратегічною інформацією у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на регіональному рівні». Тренінговий модуль складається з трьох частин: у першій частині наведено основні терміни та поняття, поради щодо планування та підготовки до проведення тренінгу, а також рекомендовану програму тренінгу; у другій частині подано детальну інформацію з поясненнями до кожної презентації та практичного завдання; третя частина містить презентації у слайдовому режимі.

Розроблено на допомогу фахівцям, які проводять навчання з питань моніторингу та оцінки, використання стратегічної інформації у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

ЗМІСТ

Вступ	4
Основні терміни та поняття	6
Програма тренінгу	9
День 1	14
Поняття стратегічної інформації	
Концептуальна модель запиту та використання стратегічної інформації у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу	
Джерела стратегічної інформації	
Континуум послуг у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу	
Особливості збору, аналізу та інтерпретації даних у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу	
Синтез джерел даних. Якість даних	
День 2	33
Прогнозування епідемії та використання оціночних даних	
Підходи до візуалізації даних	
Побудова каскаду послуг для ЛЖВ на регіональному рівні	
День 3	56
Розповсюдження стратегічної інформації у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу на регіональному рівні	
Робота зі ЗМІ	
Матеріали презентацій	60
Список літератури	113
Анкети учасника	115

ВСТУП

Управління може бути ефективним лише тоді, коли спиратиметься на ґрунтовну, всебічну та доказову інформаційну базу. Робота органів влади з інформацією, її накопичення та використання для прийняття рішень стає важливим ресурсом узгодження політики, зокрема у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

У грудні 2011 року було затверджено Положення про Єдину систему моніторингу та оцінки ефективності заходів, спрямованих на запобігання поширенню епідемії ВІЛ-інфекції. Мета створення системи МіО – вдосконалити процес стратегічного планування, розроблення й виконання загальнодержавних та регіональних програм протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, благодійних програм, проектів міжнародної технічної допомоги шляхом здійснення заходів щодо збирання, аналізу, зберігання та використання відповідної інформації.

Одним з основних завдань системи МіО є аналіз інформації про поширення епідемії ВІЛ-інфекції, прогнозування динаміки захворюваності та її медико-соціальних наслідків, підготовка пропозицій щодо вжиття оперативних заходів.

Своєчасний доступ до якісної інформації та її використання – це необхідні умови для прийняття якісних управлінських рішень. Робота зі створення, забезпечення якості та розповсюдження інформації є невід’ємною складовою діяльності ключових програм і проектів, що реалізуються нині в Україні у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Зараз накопичено значний обсяг важливої інформації у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, проте орієнтуватися в таких масивах даних стає дедалі складніше. Пошук та використання інформації ускладнюється через велике різноманіття різних джерел (окремі сайти державних, неурядових і донорських організацій; друковані видання; оперативна статистична інформація тощо), недостатньо зручну та зрозумілу форму подання інформації та сумніви щодо її якості.

Отже, існує необхідність узагальнити підходи до роботи з інформацією у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, сформувані розуміння стратегічної інформації та вимог до неї, розвинути навички її збору, опрацювання, розповсюдження та використання.

Цей тренінговий модуль розроблено з метою поглибити знання фахівців, які працюють у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, про культуру прийняття рішень з опорою на наявну інформацію, посилити їхню компетенцію щодо роботи зі стратегічною інформацією у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на місцевому рівні.

Тренінговий модуль розроблено на підставі матеріалів практичного посібника «Робота зі стратегічною інформацією у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на регіональному рівні» з використанням матеріалів Measure Evaluation (підхід використання даних для прийняття рішень), ВООЗ (Консолідоване керівництво зі стратегічної інформації у сфері охорони здоров’я, 2015) та ЮНЕЙДС (Цілі прискорення в напрямку «90–90–90»).

Цей тренінговий модуль є базовим матеріалом для регіональних тренерів, які проводять навчання фахівців у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу з метою підвищення їхньої кваліфікації.

Тренінговий модуль складається з трьох частин. Перша частина містить основні терміни та поняття, поради щодо планування та підготовки до проведення тренінгу, орієнтовну програму тренінгу.

У другій частині наведено детальну інформацію до кожної презентації та практичного завдання.

Третя частина містить матеріали презентацій, які Ви будете використовувати під час тренінгу.

У додатках наведено перелік літератури, яка стане у пригоді під час підготовки до тренінгу, та анкети для оцінювання знань учасників (до та після тренінгу).

Під час проведення тренінгу основний матеріал цього модуля подається у формі презентацій, тому вони є його невід'ємною частиною. Презентації та тренінговий модуль можна завантажити на Національному порталі стратегічної інформації з ресурсу «Електронна бібліотека публікацій», див.: www.hiv.ucdc.gov.ua.

У ході тренінгу використовуйте приклади, наведені в цьому модулі, але врахуйте, що приклади є актуальними на момент його підготовки. Тому, готуючись до тренінгу, проаналізуйте, які ще документи розроблено на місцевому або національному рівнях на цей момент, які приклади і дані можна використати відповідно до завдань тренінгу, і внесіть відповідні зміни до матеріалів.

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 (наукової конференції, виставки), так і самостійно (прес-конференція, брифінг, прес-тур тощо).

Блог, або інтернет-блог – інтернет-ресурс, який передбачає ведення регулярних записів, що містять текст, зображення або мультимедіа.

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

Верифікація даних – у загальному сенсі – перевірка, 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 дослідження¹.

Групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ – споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН); особи, які надають сексуальні послуги за винагороду (ПКС); чоловіки, які мають статеві стосунки з чоловіками (ЧСЧ); хворі з інфекціями, що передаються статевим шляхом (ІПСШ); ув'язнені².

Захист інформації – система правових, організаційних, технічних та інших заходів або діяльність, що спрямовуються на запобігання витоку, викраденню, втраті, спотворенню або підробці інформації, а також несанкціонованому доступу чи ненавмисним діям щодо неї, які 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 протидії, оцінки їхньої ефективності та розробки епідеміологічного прогнозу.

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

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

² Див. наказ МОЗ України від 08.02.2013 р. № 104 «Про затвердження Переліку та Критеріїв визначення груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ», зареєстрований Мініюстом України 26.02.2013 року за № 323/22855.

Інформаційна культура – 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 інформаційно-технологічних засобів інформаційної діяльності.

Інформація – будь-які відомості та/або дані, які можуть бути збережені на матеріальних носіях або відображені в електронному вигляді³.

Інформація з обмеженим доступом – конфіденційна, таємна та службова інформація⁴.

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 законом⁵.

Інформація службова – міститься в документах, які становлять внутрішньо-відомчу службу кореспонденцію, доповідні записки, рекомендації, якщо вони пов'язані з розробкою напряму діяльності установи або зі здійсненням контрольних та наглядових функцій органами державної влади, процесом прийняття рішень і передують публічному обговоренню та/або прийняттю рішень⁶.

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 таємницю⁷.

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.

Моніторинг – процес регулярного збирання 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 корегування (розширення, скорочення, продовження або припинення певної діяльності), 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.

³ Див.: Закон України «Про інформацію», стаття 1.

⁴ Див.: Закон України «Про інформацію», стаття 21.

⁵ Див.: Закон України «Про доступ до публічної інформації», стаття 9.

⁶ Див.: Закон України «Про інформацію», стаття 9.

⁷ Див.: Закон України «Про інформацію», стаття 21.

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

Оцінка – систематизоване дослідження ситуації, процесу та/або результатів реалізації програми/проекту з метою визначення її результативності та ефективності.

Показник – узагальнена характеристика якостей об'єкта чи процесу. Показник є методологічним інструментом, який забезпечує можливість перевірки теоретичних уявлень за допомогою емпіричних даних. Кількісний або якісний фактор (змінна), який забезпечує простий і надійний спосіб вимірювання досягнень програми/проекту, відображає зміни, пов'язані з програмою або проектом, допомагає оцінити діяльність виконавця програми або 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, ілюстративні матеріали (графіки, 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», «спікер», «доповідач»), модератора; тривалість – від 30 хвилин до 3 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 фінансується з державного або місцевих бюджетів, бюджету Автономної Республіки Крим⁸.

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.

⁸ Див. Закон України «Про доступ до публічної інформації», стаття 13, ч. 2.

ПРОГРАМА ТРЕНІНГУ

Цей тренінговий модуль є базовим матеріалом для регіональних тренерів, які проводять навчання фахівців у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу з метою підвищення їхньої кваліфікації.

Мета тренінгового модуля: підвищити рівень знань та навичок фахівців, які працюють з інформацією у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, з питань збору та використання стратегічної інформації для прийняття управлінських рішень.

Завдання тренінгу:

1. Ознайомити з основними етапами роботи зі стратегічною інформацією у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.
2. Поглибити розуміння континууму послуг у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, ознайомити з концепцією каскадного аналізу даних та вдалими прикладами синтезу джерел даних (оцінка чисельності, моделі прогнозування епідемії тощо).
3. Посилити компетентність щодо візуалізації стратегічної інформації у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.
4. Ознайомити з організаційно-правовими аспектами розповсюдження стратегічної інформації у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.
5. Сформувати навички культури прийняття рішень на основі інформації.

Тривалість: 3 дні.

Оптимальна кількість учасників: 20 осіб.

Цільові групи тренінгового модуля:

- медичні працівники спеціалізованих закладів та центрів (центри профілактики та боротьби зі СНІДом, туберкульозні, шкірно-венерологічні, наркологічні диспансери тощо);
- спеціалісти клінік, дружніх до молоді, які працюють з дітьми та молоддю, зокрема з груп ризику;
- представники регіональних центрів МіО;
- фахівці, залучені до епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією/СНІДом;
- члени громадських організацій, які працюють з групами підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ (ПКС, СІН, ЧСЧ, зокрема з числа неповнолітніх).

Важливо! Цей тренінговий модуль розроблено з використанням матеріалів практичного посібника «Робота зі стратегічною інформацією у сфері профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу на регіональному рівні».

Додатком до тренінгового модуля є презентації у форматі Adobe Acrobat Reader, які рекомендується використовувати під час презентацій. Презентації та тренінговий модуль можна завантажити на Національному порталі стратегічної інформації з ресурсу «Електронна бібліотека публікацій», див.: www.hiv.ucdc.gov.ua.

ДЕНЬ 1

ЧАС	ТЕМА	ТРИВАЛІСТЬ
10:30–11:00	Реєстрація учасників. Заповнення вхідної анкети.	30 хв.
11:00–11:45	Вступне слово Знайомство учасників. Представлення програми, цілей та завдань тренінгу.	45 хв.
11:45–12:40	Презентація № 1 Поняття стратегічної інформації. Концептуальна модель запиту та використання стратегічної інформації у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу.	30 хв.
	Інтерактив Обговорення досвіду учасників щодо роботи зі стратегічною інформацією.	25 хв.
12:40–13:00	Презентація № 2 Джерела стратегічної інформації у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу.	20 хв.
13:00–14:00	ОБІД	
14:00–14:45	Презентація № 3 Континуум послуг у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, концепція каскадного аналізу даних. Досвід інших країн у побудові каскадів послуг.	30 хв.
	Інтерактив Робота в парах щодо побудови логіки каскаду послуг.	15 хв.
14:45–15:30	Практичне завдання № 1 Запит інформації для побудови каскаду послуг на регіональному рівні (каскад послуг для ЛЖВ). Визначення індикаторів, джерел та обмежень даних.	45 хв.
15:30–16:00	Кава-пауза	
16:00–17:00	Презентації лідерів груп щодо індикаторів, джерел та обмежень даних у каскаді послуг для ЛЖВ.	60 хв.
17:00–17:30	Інтерактив Дискусія щодо особистої участі у проектах з тріангуляції даних, результатів тріангуляції в Україні загалом та в окремих регіонах. Презентація № 4 Особливості збору, аналізу та інтерпретації даних у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Синтез джерел даних. Якість даних.	30 хв.
17:30–18:00	Завершення ДНЯ 1. Отримання коментарів та відгуків учасників про ДЕНЬ 1.	30 хв.

ДЕНЬ 2

ЧАС	ТЕМА	ТРИВАЛІСТЬ
09:30–09:45	Обговорення результатів роботи ДНЯ 1 та представлення програми ДНЯ 2.	15 хв.
09:45–10:15	Презентація № 5 Оціночні дані про чисельність груп підвищеного ризику як джерело стратегічної інформації.	20 хв.
	Інтерактив Обговорення оцінок чисельності СІН на рівні міст і районів.	10 хв.
10:15–11:00	Презентація № 6 Прогнозування епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інтерпретація отриманих даних. Оцінки ЛЖВ.	30 хв.
	Інтерактив Визначення оціночної чисельності ЛЖВ на регіональному рівні за різними критеріями.	15 хв.
11:00–11:30	Презентація № 7 Підходи до візуалізації стратегічної інформації у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.	30 хв.
11:30–12:00	Кава-пауза	
12:00–12:30	Практичне завдання № 2 Обговорення різних способів візуалізації стратегічної інформації у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу. Пошук помилок візуалізації.	30 хв.
12:30–13:00	Практичне завдання № 3 Індивідуальна робота з різними джерелами стратегічної інформації, побудова каскаду даних для ЛЖВ на регіональному рівні.	30 хв.
13:00–14:00	ОБІД	
14:00–14:50	Практичне завдання № 3 (продовження) Індивідуальна робота з різними джерелами стратегічної інформації, побудова каскаду даних для ЛЖВ на регіональному рівні. Використання стратегічної інформації для прийняття рішень. Розробка рекомендацій.	50 хв.
14:50–15:30	Презентації учасників щодо розроблених каскадів послуг для ЛЖВ та визначених рекомендацій.	40 хв.
15:30–16:00	Кава-пауза	
16:00–17:40	Презентації учасників щодо розроблених каскадів послуг для ЛЖВ та визначених рекомендацій.	100 хв.
17:40–18:00	Завершення ДНЯ 2. Отримання коментарів та відгуків учасників про ДЕНЬ 2.	20 хв.

ЧАС	ТЕМА	ТРИВАЛІСТЬ
09:30–09:45	Обговорення результатів роботи ДНЯ 2 та представлення програми ДНЯ 3.	15 хв.
09:45–10:15	Презентація № 8 Розповсюдження стратегічної інформації у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу на регіональному рівні.	30 хв.
10:15–10:45	Презентація № 9 Робота з засобами масової інформації: практичні рекомендації та приклади інформаційних матеріалів з використанням стратегічної інформації у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу.	30 хв.
10:45–11:00	Дискусія та обговорення Досвід учасників щодо розповсюдження стратегічної інформації у ЗМІ на регіональному рівні.	15 хв.
11:00–11:30	Кава-пауза	
11:30–12:00	Практичне завдання № 5 Розробка короткого прес-релізу для ЗМІ з використанням каскаду послуг для ЛЖВ на національному рівні. Обговорення прикладу прес-релізу.	30 хв.
12:00–14:00	Завершення тренінгу Отримання коментарів та відгуків учасників про тренінг. Обговорення готовності учасників стати тренерами у сфері роботи зі стратегічною інформацією щодо протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Узагальнення побажань щодо змін у програмі та методиках тренінгу. Заповнення кожним учасником вихідної анкети. Презентація результатів вхідного опитування. Вручення сертифікатів.	120 хв.
14:00–15:00	ОБІД	
З 15:00	Від'їзд учасників	

ДЕНЬ 1

ВСТУПНЕ СЛОВО

ЗНАЙОМСТВО УЧАСНИКІВ. ПРЕДСТАВЛЕННЯ ПРОГРАМИ, ЦІЛЕЙ ТА ЗАВДАНЬ ТРЕНІНГУ

Мета: представити учасникам мету і завдання тренінгу, програму тренінгу та створити робочу атмосферу шляхом знайомства учасників.

Тривалість: 45 хв.

Матеріали:

- Роздрукована програма тренінгу для кожного учасника.
- Мультимедійна техніка (якщо програма демонструватиметься на слайдах).

Хід роботи:

- Заповнення вхідної анкети.
- Коротке ознайомлення учасників з програмою тренінгу (зокрема, необхідно зазначити, що тренінг розроблено в рамках Проекту USAID RESPOND (2012–2017, м. Київ).
- Обговорення правил тренінгу: активність, дисципліна, вміння слухати, говорити по темі, повага до думки інших, правило «піднятої руки», правило «тихої ноги», вимкнений мобільний телефон.
- Знайомство учасників та обговорення наявного досвіду учасників із зазначеної тематики та їхніх очікувань.

ПОНЯТТЯ СТРАТЕГІЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ. КОНЦЕПТУАЛЬНА МОДЕЛЬ ЗАПИТУ ТА ВИКОРИСТАННЯ СТРАТЕГІЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ У СФЕРІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ

Тривалість: 30 хв. (15 хв. – презентація + 15 хв. – інтерактив).

Мета: ознайомити учасників з поняттям стратегічної інформації, надати уявлення про концептуальну модель запиту та використання стратегічної інформації.

Завдання:

- розкрити зміст концептуальної моделі запиту та використання стратегічної інформації;
- визначити різницю між поняттями «інформація» та «стратегічна інформація»;
- проаналізувати перелік основних користувачів стратегічної інформації;
- ознайомити з основними вимогами до інформації;
- ознайомити з показниками моніторингу і оцінки як стратегічної інформації;
- розглянути основні компоненти ефективного потоку даних у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу;
- розглянути оцінку якості даних.

Очікувані результати:

- учасники розуміють всі елементи концептуальної моделі запиту та використання стратегічної інформації;
- учасники правильно визначають різницю між інформацією та стратегічною інформацією;
- учасники розуміють основні компоненти ефективного потоку даних у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Матеріали

- Практичний посібник «Робота зі стратегічною інформацією у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на регіональному рівні» (Розділ 1. Стратегічна інформація та її характеристики, стор. 11–19). Використовуйте для роботи приклади, наведені в посібнику.
- Презентація у форматі PowerPoint.
- Роздрукована презентація для кожного учасника.
- Мультимедійна техніка.

ІНТЕРАКТИВ**ОБГОВОРЕННЯ ДОСВІДУ УЧАСНИКІВ ЩОДО РОБОТИ
ЗІ СТРАТЕГІЧНОЮ ІНФОРМАЦІЄЮ**

Мета: актуалізація тематики, аналіз рівня знань та досвіду учасників щодо роботи зі стратегічною інформацією.

Тривалість: 25 хв.

Формат: групова дискусія.

Матеріали: немає.

Питання для обговорення

Кожен учасник по черзі розповідає про свій досвід підготовки та використання стратегічної інформації.

Наприклад, учасник називає *ключове питання*, на яке він готував або мав готувати відповідь під час виконання своїх обов'язків, і відповідає на такі запитання:

- Ким було сформовано ключове питання?
- Яка основна мета ключового питання?
- Яким чином було зібрано інформацію, яку використав учасник?
- Яким чином забезпечено якість даних?
- Хто основні користувачі інформації?
- Які труднощі виникали під час відповіді на поставлене ключове питання? Як ці труднощі було подолано?

ДЖЕРЕЛА СТРАТЕГІЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ У СФЕРІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ

Тривалість: 20 хв.

Мета: підвищити поінформованість учасників тренінгу про джерела та форми представлення/поширення стратегічної інформації.

Завдання:

- проаналізувати, які джерела необхідні для використання;
- розглянути форми представлення/поширення стратегічної інформації;
- надати уявлення про системи управління інформацією.

Очікувані результати:

- учасники розуміють, які джерела можна використовувати як стратегічну інформацію;
- учасники розуміють, у якому вигляді слід готувати стратегічну інформацію для представлення/поширення;
- учасники розуміють систему управління інформацією.

Матеріали

- Практичний посібник «Робота зі стратегічною інформацією у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ на регіональному рівні» (Розділ 1. Джерела стратегічної інформації, стор. 19–23).
- Презентація у форматі PowerPoint.
- Роздрукована презентація для кожного учасника.
- Мультимедійна техніка.

ПРЕЗЕНТАЦІЯ № 3

КОНТИНУУМ ПОСЛУГ У СФЕРІ ПРОТИДІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ. КОНЦЕПЦІЯ КАСКАДНОГО АНАЛІЗУ ДАНИХ. ДОСВІД ІНШИХ КРАЇН У ПОБУДОВІ КАСКАДІВ ПОСЛУГ

Тривалість: 45 хв. (30 хв. презентація + 15 хв. інтерактив).

Мета: поглибити розуміння континууму допомоги у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та ознайомити з концепцією каскадного аналізу даних.

Завдання:

- розкрити зміст континууму профілактики, догляду та лікування у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу (континуум послуг);
- визначити послідовність послуг для досягнення ефективного лікування;
- розглянути концепцію каскадного аналізу даних;
- на прикладі каскаду послуг з лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу поінформувати про стратегію ЮНЕЙДС «90–90–90»;
- визначити, які дані необхідні для побудови каскаду послуг з лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу;
- з'ясувати відмінності між крос-секційними та поздовжніми каскадами послуг;
- ознайомити з прикладами візуалізації каскадів послуг в Україні та інших країнах;
- проаналізувати обмеження побудови каскадів послуг.

Очікувані результати:

- учасники розуміють усі елементи континууму допомоги у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу;
- учасники розуміють логіку каскадного аналізу і правильно визначають послідовність заходів, необхідних для досягнення бажаної мети – ефективного лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу;
- учасники правильно визначають зміст індикаторів у стратегії ЮНЕЙДС «90–90–90», зокрема їхнє місце в каскаді послуг з лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу;
- учасники мають уявлення про різні види каскадів послуг, а також розуміють відмінності у типах даних, що використовуються для їх побудови;
- учасники поінформовані про результати побудови каскадів послуг з лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні та інших країнах;
- учасники правильно визначають обмеження побудови каскадів послуг.

Нотатки до презентації

Континуум (від лат. *continuum* – безперервне, суцільне) **допомоги** у зв'язку з ВІЛ-інфекцією/СНІДом – це комплексний пакет послуг з профілактики, догляду та лікування, що враховує мінливі форми поведінки, ризики, вразливості та можливості окремих осіб на різних етапах життя.

Континуум допомоги у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу можна уявити як два безперервні кола, що разом формують символ нескінченності (Рис. 1). Перше коло означає охоплення послугами первинної та вторинної профілактики, а друге – послугами позитивної профілактики для ЛЖВ. Точкою входження в континуум послуг є тестування на ВІЛ-інфекцію. Залежно від результату тесту і діагнозу, людина потрапляє в перше чи друге коло і залишається в ньому, маючи постійний доступ до профілактики, догляду та лікування.

Континуум допомоги у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу базується на таких принципах:

- координація між державними та приватними організаціями, групами підтримки ЛЖВ, громадськими організаціями, благодійними фондами та іншими зацікавленими сторонами;
- ефективний механізм зв'язків та переадресацій між індивідом, спільнотою та закладами охорони здоров'я;
- залучення ЛЖВ до всіх компонентів континууму, розвиток самопомоги у мережі ЛЖВ та їхніх сімей;
- технічна підтримка та посилення потенціалу надавачів послуг;
- розвиток систем моніторингу та оцінки на рівні закладів та регіонів для продокування стратегічної інформації.



Джерело: FHI 360 Asia Pacific Regional Office

Рисунок 1. Континуум профілактики, догляду та лікування у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу

Логіка **каскадного аналізу** спирається на континуум допомоги – послідовність заходів, необхідних для досягнення бажаної мети – ефективного лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу. Каскадний аналіз передбачає збір релевантної інформації для встановлення рівня втрати пацієнтів на кожному етапі континууму допомоги, визначення прогалин, що зумовлюють такі втрати, та розробку рекомендацій (заходів) відповідно до цих прогалин.

Практичне значення каскаду послуг:

- ілюстрація **ефективності програм**: дозволяє зрозуміти, наскільки ефективні програми первинної, вторинної та третинної профілактики, оскільки демонструє прогалини на кожному етапі континууму допомоги;
- **простий** спосіб комунікації з потужним впливом: на одному простому графіку демонструє цілісну картину відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу, що легко сприймається різними аудиторіями;
- стадії каскаду актуалізують **різні інтервенції**: оскільки каскад послуг охоплює різні етапи континууму допомоги, визначення ключових прогалин дозволяє сфокусувати увагу на втручаннях, які необхідні для конкретного етапу;
- **легко адаптується** до різних програм, стратегій та населення: каскадний аналіз можна застосовувати як на національному, так і регіональному рівні. Є приклади побудови каскадів для вертикальної трансмісії та коінфекції ВІЛ/ТБ;
- базується на ключових **індикаторах**: стадії каскаду послуг відображають затверджені індикатори моніторингу і оцінки, що дозволяють відстежувати хід діяльності та досягнення в окремих сферах профілактики та догляду за певні проміжки часу, а також порівняти національні заходи з протидії епідемії ВІЛ з показниками інших країн.

Індикатори каскаду для ЛЖВ в Україні:

- оціночна чисельність ЛЖВ;
- чисельність ЛЖВ, які знають свій ВІЛ-позитивний статус;
- чисельність ЛЖВ за даними медичного обліку;
- чисельність активної диспансерної групи;
- чисельність ЛЖВ, які отримують АРТ;
- чисельність ЛЖВ, які мають пригнічення вірусного навантаження (<40 РНК-копій/мл).

Стратегія ЮНЕЙДС «90–90–90»

У грудні 2013 року Координаційна рада програми ЮНЕЙДС ініціювала консультації з зацікавленими сторонами на глобальному рівні щодо затвердження нових цільових індикаторів боротьби з епідемією ВІЛ-інфекції/СНІДу.

За результатами консультацій було затверджено амбіційні показники, яких планується досягти до 2020 року:

- 90% всіх людей, які живуть з ВІЛ, знають свій ВІЛ-статус;
- 90% всіх людей з діагнозом ВІЛ-інфекції будуть отримувати АРТ;
- 90% всіх людей, які отримують АРТ, матимуть пригнічення вірусного навантаження (Рис. 2).

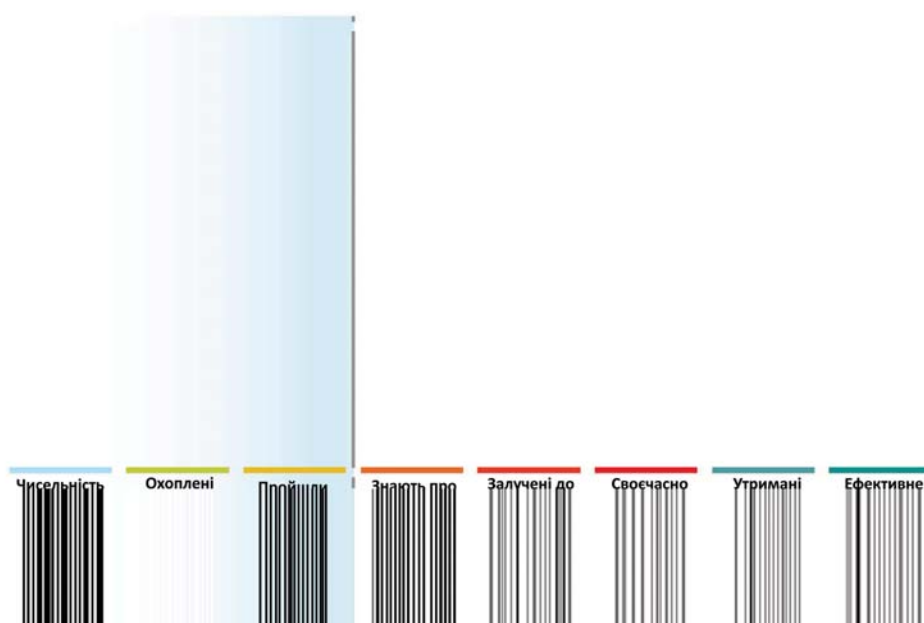


Рисунок 2. Стратегія ЮНЕЙДС «90–90–90» у каскаді послуг з лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу

Три типи даних, необхідних для побудови каскаду послуг з лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу:

- **оціночні** – дані, отримані шляхом статистичного моделювання або експертного прогнозування (оціночна чисельність ЛЖВ, СІН, ЖКС тощо);
- **статистичні** – дані рутинного епідеміологічного нагляду у вигляді звітної-облікової документації з питань ВІЛ/СНІДу та реєстру бази даних обліку ВІЛ-інфікованих осіб (чисельність ЛЖВ за даними медичного обліку; чисельність активної диспансерної групи; чисельність ЛЖВ, які потребують АРТ; чисельність ЛЖВ, які отримують АРТ);
- **розрахункові** – дані вибіркового дослідження, екстрапольовані на генеральну сукупність (розрахункова чисельність ЛЖВ, які отримують АРТ через 12 місяців після початку лікування; розрахункова чисельність ЛЖВ, які мають пригнічення вірусного навантаження).

Види каскадів послуг

- **Крос-секційний** – зображує виконання програм різних станів каскаду в один момент часу. Коли ці зображення брати періодично і порівнювати, вони можуть виявити широкомасштабні тенденції щодо впливу різних інтервенцій та послуг (наприклад, відсоток ЛЖВ, які знають про свій статус та включені в програму допомоги або мають невизначальний рівень вірусного навантаження). Проте крос-секційний каскад не відображає досвіду пересування однієї групи людей в рамках континууму послуг.
- **Поздовжній** – відслідковує рух групи, когорти людей у каскаді з плином часу. Завдяки цьому відмінності від одного кроку до іншого відображають ефективність зв'язків між службами і скорочення у групі – частку осіб, які втрачаються протягом медичного спостереження.

ПРИКЛАДИ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ КАСКАДІВ ПОСЛУГ

КАСКАДИ В УКРАЇНІ

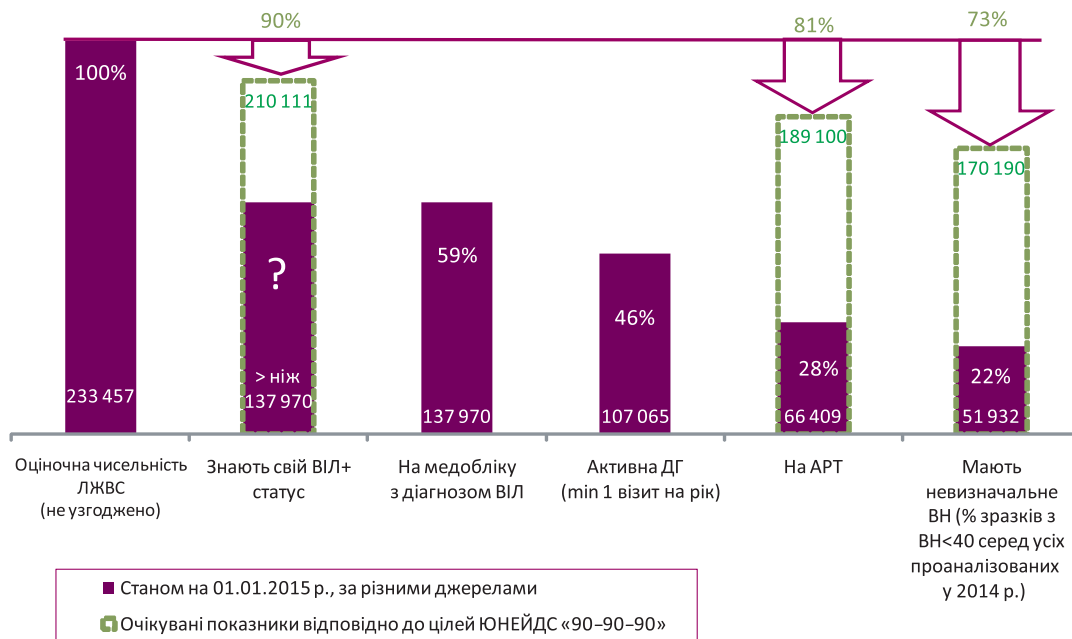


Рисунок 3. Каскад профілактики та лікування ЛЖВС в Україні, станом на 01.01.2015 р.

Пояснення до даних рисунка

Оціночна чисельність ЛЖВ: 233 457 ЛЖВ (дані програми Spectrum).

Знають свій ВІЛ+ статус: кількість осіб, які пройшли тестування на ВІЛ і знають свій ВІЛ+ результат.

На медобліку з діагнозом ВІЛ: кількість ЛЖВ, зареєстрованих у центрі СНІДу (дані рутинного моніторингу УЦКС).

Активна ДГ (мін 1 візит на рік): кількість зареєстрованих ЛЖВ, що становлять активну диспансерну групу: пройшли диспансерне обстеження принаймні раз на рік (дані рутинного моніторингу УЦКС).

Отримують АРТ: кількість зареєстрованих ЛЖВ, які отримують АРТ (дані рутинного моніторингу УЦКС).

Мають невизначальне вірусне навантаження: розрахована чисельність зареєстрованих ЛЖВ на АРТ з невизначальним вірусним навантаженням (<40 РНК-копій/мл). На сьогоднішній день доступні дані тільки щодо кількості проаналізованих зразків крові, а не кількості людей. У 2014 році в Україні 78,2% зразків крові показали невизначальне вірусне навантаження (<40 РНК-копій/мл). Отже, з 66 409 ЛЖВ, які перебувають на АРТ станом на 01.01.2015 р., невизначальне вірусне навантаження можуть мати 78,2% ЛЖВ на АРТ, тобто приблизно 51 932 особи.

Каскад демонструє прогалини у наданні послуг з лікування для ЛЖВ в Україні. Кількість ЛЖВ, зареєстрованих у центрі СНІДу станом на 01.01.2015 р., становить менше двох третин (59%) від їх оціночної чисельності у країні. 48% зареєстрованих ЛЖВ (66 409 із 137 970) отримують АРТ, що становить 28% від оціночної чисельності ЛЖВ. Із загалу ЛЖВ, які отримують АРТ, близько 78% (51 932 із 66 409) мають невизначальне вірусне навантаження.

Таким чином, серед усіх ЛЖВ в Україні лише 22% осіб отримують ефективну АРТ (мають невизначальне вірусне навантаження).

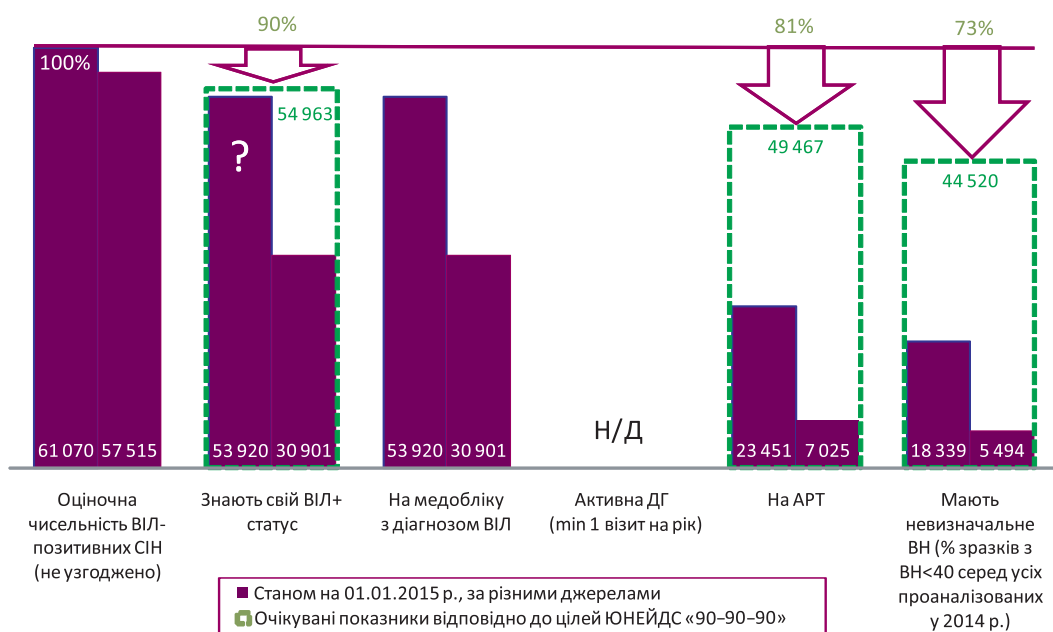


Рисунок 4. Каскад послуг для ВІЛ-позитивних СІН в Україні, станом на 01.01.2015 р.

Пояснення до даних рисунка

Оціночна чисельність ЛЖВ-СІН:

- *максимальна оцінка:* 61 070 СІН-ЛЖВ – розраховано як відсоток СІН, що отримали позитивний результат тесту на ВІЛ, за даними інтегрованого біоповедінкового дослідження 2013 р. (19,1%), від оціночної чисельності СІН у країні (310 000 осіб);
- *мінімальна оцінка:* 57 515 СІН – оціночна чисельність ВІЛ-позитивних СІН (дані програми Spectrum).

Знають свій ВІЛ+ статус: кількість осіб, які пройшли тестування на ВІЛ і знають свій ВІЛ+ результат:

- *максимальна оцінка:* кількість ЛЖВ з парентеральним шляхом інфікування, зареєстрованих у центрі СНІДу (дані рутинного моніторингу УЦКС);
- *мінімальна оцінка:* оціночна чисельність ВІЛ-позитивних СІН, як перебувають на медобліку, за даними інтегрованого біоповедінкового дослідження 2013 р. (розраховано як відсоток ВІЛ-позитивних СІН, які повідомили, що зареєстровані в центрі СНІДу (51%), від оціночної чисельності ВІЛ-позитивних СІН).

На медобліку з діагнозом ВІЛ: кількість ВІЛ-позитивних СІН, зареєстрованих у центрі СНІДу (дані рутинного моніторингу УЦКС):

- *максимальна оцінка:* кількість ЛЖВ з парентеральним шляхом інфікування, зареєстрованих у центрі СНІДу (дані рутинного моніторингу УЦКС);
- *мінімальна оцінка:* оціночна чисельність ВІЛ-позитивних СІН, як перебувають на медобліку, за даними інтегрованого біоповедінкового дослідження 2013 р. (розраховано як відсоток ВІЛ-позитивних СІН, які повідомили, що зареєстровані в центрі СНІДу (51%), від оціночної чисельності ВІЛ-позитивних СІН).

Активна ДГ (мін 1 візит на рік): дані не збираються.

Отримують АРТ:

- *максимальна оцінка:* оціночна чисельність ВІЛ-позитивних СІН на АРТ, за даними інтегрованого біоповедінкового дослідження 2013 р. (розраховано як відсоток ВІЛ-позитивних СІН, які повідомили, що отримують АРТ (38,4%), за даними дослідження, від оцінки чисельності зареєстрованих ВІЛ-позитивних СІН);
- *мінімальна оцінка:* кількість зареєстрованих ВІЛ-позитивних СІН, які отримують АРТ (дані рутинного моніторингу УЦКС).

Мають невизначальне вірусне навантаження: розрахована чисельність зареєстрованих ВІЛ-позитивних СІН з невизначальним вірусним навантаженням (<40 РНК-копій/мл). На сьогоднішній день доступні дані тільки щодо кількості проаналізованих зразків крові, а не кількості людей. У 2014 році в Україні 78,2% зразків крові показали невизначальне вірусне навантаження (<40 РНК-копій/мл):

- *максимальна оцінка:* з 23 451 ВІЛ-позитивного СІН, який перебуває на АРТ станом на 01.01.2015 р., невизначальне вірусне навантаження можуть мати 78,2% ЛЖВ на АРТ, тобто приблизно 18 339 осіб;
- *мінімальна оцінка:* з 7 025 ВІЛ-позитивних СІН, які перебувають на АРТ станом на 01.01.2015 р., невизначальне вірусне навантаження можуть мати 78,2% ЛЖВ на АРТ, тобто приблизно 5 494 особи.

Каскад демонструє прогалини в наданні послуг з лікування ВІЛ-позитивних СІН в Україні⁹. Кількість ВІЛ-позитивних СІН, зареєстрованих у центрі СНІДу станом на 01.01.2015 р., за різними джерелами, оцінюється у 54-88% від загальної чисельності ВІЛ-позитивних СІН в Україні. 13% зареєстрованих ВІЛ-позитивних СІН (7 025 із 53 920) отримують АРТ, за даними рутинного моніторингу. Із загалу ВІЛ-позитивних СІН, які отримують АРТ, близько 78% (5 494 із 7 025) мають невизначальне вірусне навантаження.

Таким чином, за даними рутинного моніторингу УЦКС, серед усіх ВІЛ-позитивних СІН в Україні лише 10% (5 494 із 57 515) осіб отримують ефективну АРТ (невизначальне вірусне навантаження). Якщо ж орієнтуватися на дані, розраховані у ході інтегрованого біоповедінкового дослідження, цей показник становить 30% (18 339 із 61 070).

⁹ Дані офіційної статистики не містять інформації про послуги для ЛЖВ-СІН. Крім того, категорія «споживач ін'єкційних наркотиків» має різну інтерпретацію для різних цілей. Для біоповедінкових досліджень СІН (активний СІН) – це особа віком 14 років і старша, яка мала досвід споживання наркотиків ін'єкційним шляхом за останні 30 днів. У рамках рутинної статистики УЦКС до категорії активних СІН відноситься особа, яка: (С3) – не заперечує епізодичного споживання психоактивних речовин ін'єкційним шляхом; (С4) – не заперечує систематичного споживання психоактивних речовин ін'єкційним шляхом; (С5) – перебуває у програмі замісної підтримувальної терапії.

КАСКАДИ В ІНШИХ КРАЇНАХ

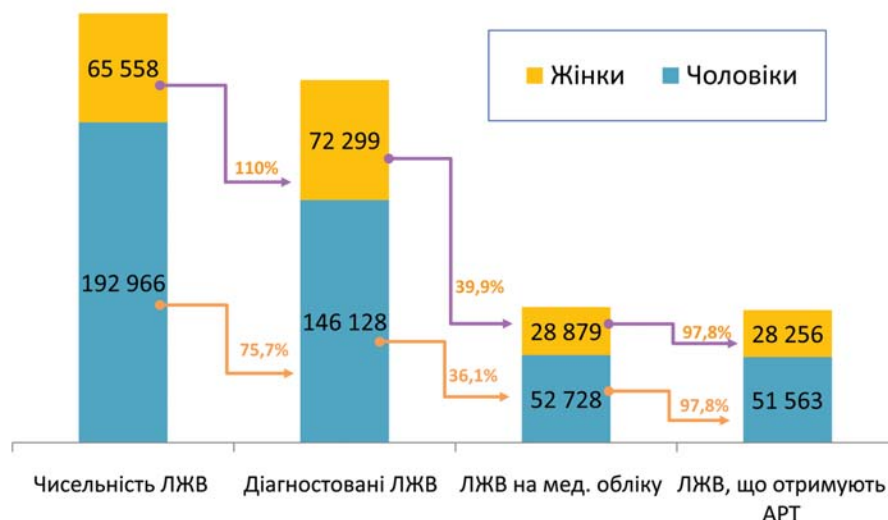


Рисунок 5. Каскад послуг для ЛЖВ у В'єтнамі, дезагрегація за статтю, 2013 р.

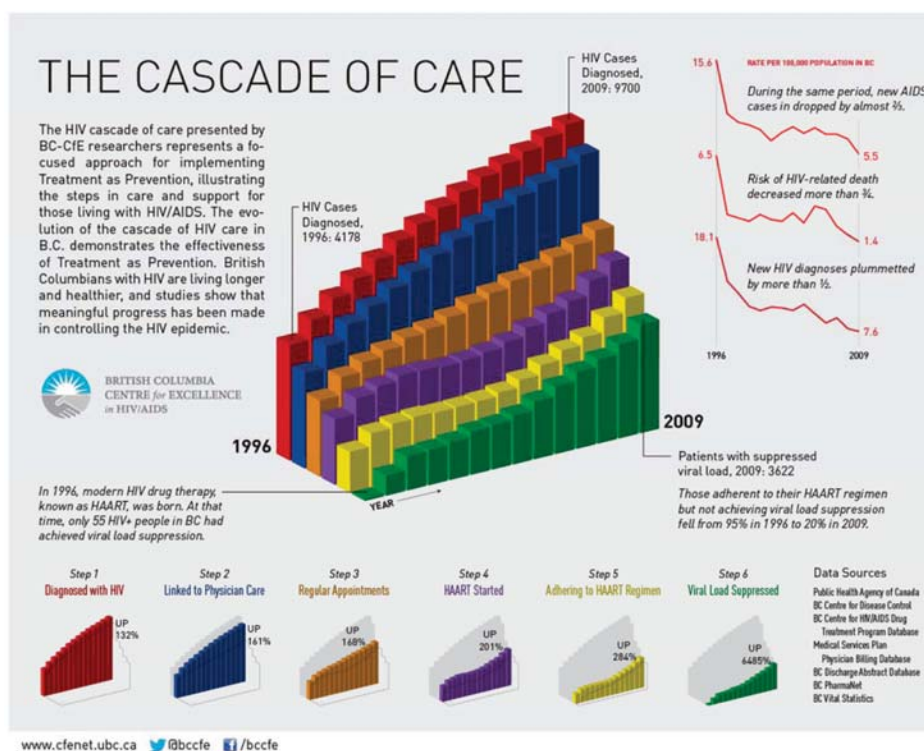


Рисунок 6. Каскад послуг для ЛЖВ у Британській Колумбії (Канада), 1996–2009 рр.

Пояснення до рисунка

Червоний колір – діагновані ЛЖВ (знають свій ВІЛ+ статус).

Синій колір – ЛЖВ, які перебувають на медичному обліку.

Світло-коричневий колір – ЛЖВ, які регулярно відвідують лікаря.

Фіолетовий колір – ЛЖВ, які почали АРТ.

Жовтий колір – ЛЖВ, які мають прихильність до АРТ.

Зелений колір – ЛЖВ, які мають пригнічення вірусного навантаження.

Каскад послуг для ЛЖВ демонструє, що впродовж 1996–2009 рр. відсоток ЛЖВ, які мають прихильність до АРТ, проте не досягають пригнічення вірусного навантаження, зменшився з 95% до 20%.

Обмеження побудови каскадів послуг:

- **відсутність даних;**
- **нестандартизовані дані: різні визначення** ускладнюють розуміння прогалин, оскільки не дозволяють порівняння окремих елементів каскаду;
- каскади залежать від **контексту**: профіль епідемії зазвичай суттєво відрізняється за регіонами, групами ризику, соціально-демографічними групами. Важливо будувати каскади для окремих груп.

Побудова каскаду лікування в Україні має недоліки, насамперед, через часту зміну методології розрахунку оціночної чисельності ЛЖВ, недосконалість підходу до дефініції та розрахунку показників активної диспансерної групи та охоплення АРТ, відсутність необхідних даних для визначення ефективності АРТ. Питання внесення змін до статистичних форм та уніфікації підходів залишаються ключовим завданням з удосконалення системи епідеміологічного та клінічного нагляду в Україні.

ІНТЕРАКТИВ**РОБОТА В ПАРАХ ЩОДО ПОБУДОВИ
ЛОГІКИ КАСКАДУ ПОСЛУГ**

Мета: для кращого розуміння логіки каскадного аналізу сформуванню уявлення про послідовність стадій надання послуг з профілактики, догляду та лікування у зв'язку з ВІЛ-інфекцією/СНІДом.

Формат: робота в парах.

Тривалість: 15 хв.

Матеріали: конверти, картка 1.

**Картка 1. Послідовність стадій надання послуг
для досягнення ефективного лікування**

Оцінити чисельність ключових груп ризику
Оцінити/розрахувати чисельність ключових груп ризику, охоплених програмами первинної та вторинної профілактики
Протестувати ключові групи ризику (дотестове консультування та тестування)
Провести післятестове консультування
Взяти ЛЖВ на медичний облік
Забезпечити регулярний медичний нагляд за ЛЖВ
Визначити тих ЛЖВ, які потребують АРТ
Забезпечити надання АРТ тим ЛЖВ, які її потребують
Утримати ЛЖВ і АРТ
Забезпечувати ефективність АРТ (пригнічення вірусного навантаження)

Алгоритм використання картки

- 1) До початку тренінгу підготуйте для кожної пари учасників по 10 папірців з різними заходами протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, перетасуйте папірці та покладіть їх у конверти (окремий конверт для кожної пари учасників).
- 2) Поділіть учасників на пари.
- 3) Запропонуйте парам учасників розкласти папірці відповідно до стадій надання послуг: від визначення ключових груп до їх діагностики та ефективного лікування ЛЖВ. Зверніть увагу учасників, що послідовність заходів необхідно сформуванню таким чином, щоб була зрозуміла можлива втрата людей на кожному етапі допомоги. Можна покласти в конверти порожні папірці та запропонувати учасникам дописати стадії, яких, на їхню думку, бракує в запропонованому переліку.

ПРАКТИЧНЕ ЗАВДАННЯ № 1**ЗАПИТ ІНФОРМАЦІЇ ДЛЯ ПОБУДОВИ КАСКАДУ ПОСЛУГ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ (КАСКАД ПОСЛУГ ДЛЯ ЛЖВ). ВИЗНАЧЕННЯ ІНДИКАТОРІВ, ДЖЕРЕЛ ТА ОБМЕЖЕНЬ ДАНИХ**

Тривалість: 60 хв.

Матеріали: фліп-чарт, маркери.

Формат: «світове кафе»: 2 групи з 2 лідерами. 30 хв. – кожна група виконує свою частину роботи. 10 хв. – лідери груп презентують результати обговорення учасникам протилежної групи та отримують коментарі. 20 хв. – презентація загальних результатів.

Мета: забезпечити розуміння індикаторів, джерел та обмежень даних для побудови каскадів для ЛЖВ, а також сформувати навички запиту на стратегічну інформацію.

Завдання

Учасники діляться на дві групи.

Кожна група заповнює в таблиці ряд індикаторів, які використовуються для побудови каскаду послуг для ЛЖВ в Україні (див. Табл. 1). Група має визначити тип даних (оціночні, статистичні, розрахункові), джерело даних (які форми МіО, дані досліджень тощо) та обмеження даних на регіональному рівні.

Перша група розглядає індикатори загальної чисельності та обліку ЛЖВ: оціночна чисельність ЛЖВ, чисельність ЛЖВ за даними медичного обліку, чисельність активної диспансерної групи.

Друга група – індикатори щодо АРТ (чисельність ЛЖВ, які потребують АРТ; чисельність ЛЖВ, які отримують АРТ; чисельність ЛЖВ, які отримують АРТ через 12 місяців після початку лікування; чисельність ЛЖВ, які мають пригнічення вірусного навантаження).

Кожна група може сформулювати додаткові індикатори, які, на її думку, не відображені в такому каскаді послуг.

Формування груп. Для поділу учасників на групи можна використовувати онлайн-рандомізацію списку учасників на веб-сайті <https://www.random.org/lists/> (Рис. 3.7). Необхідно в поле «Part 1: Enter List Items» додати список учасників в алфавітному порядку та натиснути кнопку «Randomize». Програма сформує довільний порядок учасників.



Рисунок 7. Рандомізовані списки на сайті random.org

Після заповнення таблиці кожна група формулює запит на необхідну стратегічну інформацію для побудови каскаду для ЛЖВ на регіональному рівні, враховуючи визначені обмеження даних.

Таблиця 1. Індикатори каскаду для ЛЖВ в Україні

Завдання для групи 1

Індикатор	Тип даних (оціночні, статистичні, розрахункові)	Джерело даних (які форми МіО, дані досліджень?)	Обмеження даних
Оціночна чисельність ЛЖВ			
Чисельність ЛЖВ, які знають свій ВІЛ-позитивний статус			
Чисельність ЛЖВ за даними медичного обліку			

Завдання для групи 2

Індикатор	Тип даних (оціночні, статистичні, розрахункові)	Джерело даних (які форми МіО, дані досліджень?)	Обмеження даних
Чисельність активної диспансерної групи			
Чисельність ЛЖВ, які отримують АРТ			
Чисельність ЛЖВ, які мають пригнічення вірусного навантаження (<40 РНК-копій/мл)			

ОСОБЛИВОСТІ ЗБОРУ, АНАЛІЗУ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЇ ДАНИХ У СФЕРІ ПРОТИДІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ. СИНТЕЗ ДЖЕРЕЛ ДАНИХ. ЯКІСТЬ ДАНИХ

Тривалість: 30 хв. (15 хв. – презентація + 15 хв. – інтерактив).

Мета: ознайомити з особливостями збору, аналізу та інтерпретації первинних та вторинних даних у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ, поінформувати про метод тріангуляції та проаналізувати питання якості даних.

Завдання:

- ознайомити зі специфікою збору, аналізу та інтерпретації кількісних та якісних даних;
- визначити критерії відбору даних: доступність, наявність опису, якість, відповідність етичним стандартам;
- поінформувати про основні прогалини в якості даних: випадкові та системні помилки, проблеми з валідністю і надійністю даних;
- ознайомити з методикою тріангуляції даних і надати приклади результатів регіональної тріангуляції даних в Україні.

Очікувані результати:

- учасники розуміють відмінності між кількісними та якісними даними;
- учасники правильно визначають критерії відбору даних;
- учасники розуміють відмінності між випадковими та системними помилками у зборі даних;
- учасники правильно визначають, у чому полягає валідність і надійність даних;
- учасники розуміють, що таке тріангуляція даних та яким чином вона здійснюється;
- учасники ознайомлені з прикладами та уроками регіональної тріангуляції даних в Україні.

ІНТЕРАКТИВ

ДИСКУСІЯ ЩОДО ОСОБИСТОЇ УЧАСТІ У ПРОЕКТАХ З ТРІАНГУЛЯЦІЇ ДАНИХ, РЕЗУЛЬТАТІВ ТРІАНГУЛЯЦІЇ В УКРАЇНІ ЗАГАЛОМ ТА В ОКРЕМИХ РЕГІОНАХ (перед представленням прикладів тріангуляційних проектів у презентації)

Тривалість: 15 хв.

Матеріали: не потрібні.

Питання для обговорення

- Чи брали Ви участь у проектах з тріангуляції даних, яку здійснював МБФ «Альянс громадського здоров'я»? Якщо так, розкажіть про свій досвід.
- Чи відомо Вам про результати національного та регіональних проектів з тріангуляції даних, яку здійснював МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»? Що саме?

ДЕНЬ 2

ПРЕЗЕНТАЦІЯ № 5

ОЦІНОЧНІ ДАНІ ПРО ЧИСЕЛЬНІСТЬ ГРУП ПІДВИЩЕНОГО РИЗИКУ ЯК ДЖЕРЕЛО СТРАТЕГІЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ

Тривалість: 20 хв. (10 хв. – презентація + 10 хв. – інтерактив).

Мета: підвищити поінформованість учасників тренінгу щодо:

- використання оціночних даних як стратегічного ресурсу;
- необхідності проведення оцінок чисельності груп підвищеного ризику;
- наявного досвіду проведення оцінки чисельності в Україні;
- методів оцінки чисельності.

Матеріали

- Практичний посібник «Робота зі стратегічною інформацією у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на регіональному рівні» (Додаток 5. Використання оціночних даних, стор. 84–85).
- Презентація у форматі PowerPoint.
- Роздрукована презентація для кожного учасника.
- Мультимедійна техніка.

ІНТЕРАКТИВ

ОБГОВОРЕННЯ ОЦІНОК ЧИСЕЛЬНОСТІ СІН НА РІВНІ МІСТ І РАЙОНІВ

Тривалість: 10 хв.

Матеріали

- Практичний посібник «Робота зі стратегічною інформацією у сфері прогидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на регіональному рівні» (Додаток 5. Використання оціночних даних, Табл. 1, стор. 86).

Питання для обговорення

- Чи брали Ви участь у розрахунках регіональних показників?
- Які обмеження мають наведені оцінки?

ПРЕЗЕНТАЦІЯ № 6

ПРОГНОЗУВАННЯ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ ОТРИМАНИХ ДАНИХ. ОЦІНКИ ЛЖВ

Тривалість: 30 хв. (15 хв. – презентація + 15 хв. – інтерактив).

Мета: надати учасникам тренінгу інформацію про наявні можливості, міжнародні вимоги та реалії для моделювання розвитку епідемічного процесу ВІЛ-інфекції.

Матеріали

- Презентація у форматі PowerPoint.
- Роздрукована презентація для кожного учасника.
- Мультимедійна техніка.

ІНТЕРАКТИВ

ВИЗНАЧЕННЯ ОЦІНОЧНОЇ ЧИСЕЛЬНОСТІ ЛЖВ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ ЗА РІЗНИМИ КРИТЕРІЯМИ

Тривалість: 15 хв.

Ресурси

- Практичний посібник «Робота зі стратегічною інформацією у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ на регіональному рівні» (Додаток 5. Використання оціночних даних, Табл. 1, стор. 86).
- Набір епідеміологічних даних, даних біоповедінкових досліджень тощо (попередньо потрібно зробити запит до відповідних установ для їх отримання).

Питання для обговорення

- Для чого проводиться оцінка чисельності груп підвищеного ризику?
- Який метод оцінки чисельності використовується в Україні?
- В чому полягає основна ідея методу?
- Яка процедура збору інформації для цього методу?
- Які переваги цього методу?
- Які обмеження цього методу?

ПРЕЗЕНТАЦІЯ № 7**ПІДХОДИ ДО ВІЗУАЛІЗАЦІЇ СТРАТЕГІЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ
У СФЕРІ ПРОТИДІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ**

Тривалість: 30 хв.

Мета: посилити компетентність щодо візуалізації стратегічної інформації у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Завдання:

- сформувати розуміння практичної значущості візуалізації даних у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу;
- поінформувати про основні способи представлення стратегічної інформації та типи візуалізацій;
- навчити обирати графіки та карти залежно від даних;
- поінформувати про ключові уроки візуалізації даних.

Очікувані результати:

- учасники розуміють значення візуалізації даних у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу;
- учасники знають, як правильно візуалізувати стратегічну інформацію залежно від типу даних;
- учасники ознайомлені з ключовими помилками та уроками візуалізації даних.

ОБГОВОРЕННЯ РІЗНИХ СПОСОБІВ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ СТРАТЕГІЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ У СФЕРІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ. ПОШУК ПОМИЛОК ВІЗУАЛІЗАЦІЇ

Тривалість: 30 хв.

Мета: посилити компетентність щодо візуалізації даних у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Матеріали: презентація.

Формат: загальне обговорення.

Завдання

Учасникам пропонується ряд візуалізацій, що включає різні графіки й карти. Необхідно визначити, що в таких візуалізаціях є недосконалим та яким чином можна покращити візуалізацію.

Учасникам пропонується звернути увагу на такі аспекти:

- відповідність способу візуалізації наявним даним;
- зрозумілість назв графіків;
- наявність підписів та коректність легенди;
- доцільність кольорових схем;
- оформлення «складних» графіків, що поєднують кілька видів візуалізації (напр., стовпчикові та лінійні діаграми).

Ресурси

- Практичний посібник «Робота зі стратегічною інформацією у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на регіональному рівні».
- Презентація № 7.
- Різні приклади, які можна знайти в мережі Інтернет.

ПРАКТИЧНЕ ЗАВДАННЯ № 3**ІНДИВІДУАЛЬНА РОБОТА З РІЗНИМИ ДЖЕРЕЛАМИ СТРАТЕГІЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ, ПОБУДОВА КАСКАДУ ДАНИХ ДЛЯ ЛЖВ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ. ВИКОРИСТАННЯ СТРАТЕГІЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ДЛЯ ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ. РОЗРОБКА РЕКОМЕНДАЦІЙ**

Тривалість: 80 хв. (індивідуальна робота) + 140 хв. (презентація результатів).

Мета: навчити учасників самостійно будувати каскади для ЛЖВ на прикладі регіональних даних, визначати прогалини та приймати рішення.

Матеріали:

- комп'ютери/ноутбуки;
- форми з результатами моніторингу і оцінки у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу, що включають такі показники:
 - затверджені та рекомендовані до широкого використання регіональні оцінки чисельності основних груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ (якщо такі оцінки є);
 - кількість ВІЛ-інфікованих за даними медичного обліку в абсолютних числах;
 - показники своєчасності взяття ВІЛ-інфікованих осіб під медичний нагляд та регулярності здійснення медичного нагляду, зокрема абсолютна чисельність активної диспансерної групи;
 - загальна кількість осіб, які потребують та отримують АРТ (за даними форми № 56);
 - відсоток осіб, які отримують АРТ через 12 місяців після початку терапії (когортні дані);
 - відсоток осіб, які досягли пригнічення вірусного навантаження (ВН <40 РНК-копій/мл) (когортні дані);
- форми в Excel та PowerPoint для заповнення.

Формат: індивідуальна робота.

Завдання

Побудувати каскад послуг для ЛЖВ для області, яку представляє учасник тренінгу, користуючись отриманими даними:

- внести дані в Таблицю 2;
- внести дані в Таблицю 3 (дані для каскаду послуг за 2013 р. можна подивитись у регіональних профілях: [http://theta.in.ua/VisDemo/ Visualiazations.html](http://theta.in.ua/VisDemo/Visualiazations.html));

- внести дані в Таблицю 4;
- на основі таблиць 2, 3 і 4 побудувати стовпчикові діаграми:
- Діаграма 1. Каскад послуг для ЛЖВ у N області станом на 01.01.2015;
- Діаграма 2. Каскад послуг для ЛЖВ у N області, 2013–2014 рр.;
- Діаграма 3. Каскад послуг для ЛЖВ у N області у порівнянні з загальноукраїнським.

Таблиця 2. КАСКАД ПОСЛУГ ДЛЯ ЛЖВ, _____ обл., станом на 01.01.2015 р.

	Кількість в абс. числах	%
Оціночна чисельність ЛЖВ		
Знають свій ВІЛ+ статус		
На медобліку з діагнозом ВІЛ		
Активна ДГ (мін 1 візит на рік)		
На АРТ		
Мають невизначальне вірусне навантаження (% зразків з ВН <40 РНК-копій/мл серед усіх проаналізованих у 2014 р.)		

Таблиця 3. КАСКАД ПОСЛУГ ДЛЯ ЛЖВ, _____ обл., 2013–2014 рр., осіб

	2013	2014
Оціночна чисельність ЛЖВ		
Знають свій ВІЛ+ статус		
На медобліку з діагнозом ВІЛ		
Активна ДГ (мін 1 візит на рік)		
На АРТ		
Мають невизначальне вірусне навантаження (% зразків з ВН <40 РНК-копій/мл серед усіх проаналізованих у 2014 р.)		

Таблиця 4. КАСКАД ПОСЛУГ ДЛЯ ЛЖВ у _____ обл. та в Україні загалом, 2014 р., осіб

	_____ обл.	Україна
Оціночна чисельність ЛЖВ		
Знають свій ВІЛ+ статус		
На медобліку з діагнозом ВІЛ		
Активна ДГ (мін 1 візит на рік)		
На АРТ		
Мають невизначальне вірусне навантаження (% зразків з ВН <40 РНК-копій/мл серед усіх проаналізованих у 2014 р.)		

Увага! Учасникам необхідно підкреслити, що за наявними формами моніторингу і оцінки у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу окремі показники каскаду для ЛЖВ визначають на основі досліджень когорти. Для побудови каскаду такі показники необхідно екстраполювати!

Наприклад, з досліджень когорти відомо про відсоток осіб, які досягли пригнічення вірусного навантаження. Щоб додати ці дані у каскад для ЛЖВ (стовпчик «Ефективність АРТ»), необхідно розрахувати ці відсотки відносно загальної кількості ЛЖВ, які отримували АРТ, за певний рік.

Приклад: У 2013 р. 1 034 ЛЖВ отримували АРТ в області Х. За результатами дослідження, 209 з 240 осіб, що почали АРТ у 2013 р., досягли пригнічення вірусного навантаження. Отже, відсоток пригнічення вірусного навантаження становить 87%. Можна припустити, що із загальної кількості осіб, які отримують АРТ (1 034 особи), показник ефективної АРТ становитиме 87%, або 900 осіб.

Під час презентації результатів побудови каскадів для ЛЖВ учасникам необхідно:

- на кожному графіку позначити, де спостерігаються основні прогалини у каскаді послуг (3-4 тези);
- визначити рекомендації щодо подолання таких прогалин різним зацікавленим сторонам:
 - ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України»;
 - регіональному центру СНІДу;
 - громадським організаціям;
 - державним установам;
 - донорам.

АЛЬТЕРНАТИВНЕ ПРАКТИЧНЕ ЗАВДАННЯ**ГРУПОВА РОБОТА З ІНТЕРПРЕТАЦІЇ КАСКАДІВ ПОСЛУГ ТА ОЦІНКИ ПРОГАЛИН**

Тривалість: 20 хв. (індивідуальна робота) + 5 хв. (презентація результатів).

Мета: навчити учасників інтерпретувати каскади для ЛЖВ та ЛЖВ-СІН, визначати прогалини та приймати рішення на прикладі регіональних даних.

Формат: групова робота.

Завдання

1. Проаналізуйте каскад послуг для ЛЖВ та ЛЖВ-СІН для певного регіону (див. приклади регіональних каскадів). Обговоріть:

- джерело даних для кожного індикатора;
- можливість дезагрегації за групою ризику;
- рекомендації для покращення якості даних каскаду.

2. Проаналізуйте розмір прогалин між різними етапами каскаду. Визначте поточний розмір прогалин та бажаний результат для покращення.

Матеріали: роздруківки з регіональними каскадами профілактики та лікування ЛЖВ та ВІЛ-позитивних СІН.

ПРИКЛАДИ РЕГІОНАЛЬНИХ КАСКАДІВ ДНІПРОПЕТРОВСЬКА ОБЛАСТЬ

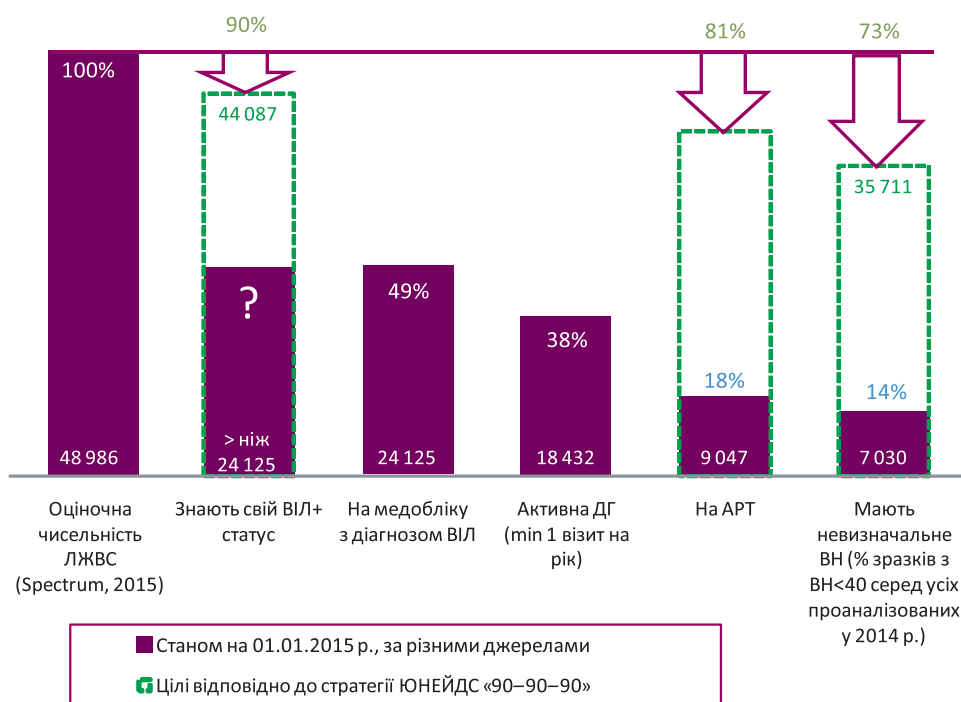


Рисунок 8. Каскад профілактики та лікування ЛЖВ у Дніпропетровській області, станом на 01.01.2015 р.

Пояснення до даних рисунка

Оціночна чисельність ЛЖВ: 48 986 ЛЖВ (Spectrum, попередні розрахунки, не узгоджено на національному і регіональному рівнях).

Знають свій ВІЛ+ статус: кількість осіб, які пройшли тестування на ВІЛ і знають свій ВІЛ+ результат.

На медобліку з діагнозом ВІЛ: кількість зареєстрованих ЛЖВ у центрі СНІДу (дані рутинного моніторингу).

Активна ДГ (мін 1 візит на рік): кількість зареєстрованих ЛЖВ, які становлять активну диспансерну групу: пройшли диспансерне обстеження принаймні раз на рік (дані рутинного моніторингу УЦКС).

Отримують АРТ: кількість зареєстрованих ЛЖВ, які отримують АРТ (дані рутинного моніторингу).

Мають невизначальне вірусне навантаження: розрахована чисельність зареєстрованих ЛЖВ на АРТ з невизначальним вірусним навантаженням (<40 РНК-копій/мл). На сьогоднішній день доступні дані тільки щодо кількості проаналізованих зразків крові, а не кількості людей. У 2014 році у Дніпропетровській області 77,7% зразків крові показали невизначальне вірусне навантаження (<40 РНК-копій/мл). Отже, з 9 047 ЛЖВ, які перебувають на АРТ станом на 01.01.2015 р., невизначальне вірусне навантаження можуть мати 77,1% ЛЖВ на АРТ, тобто приблизно 7 030 осіб.

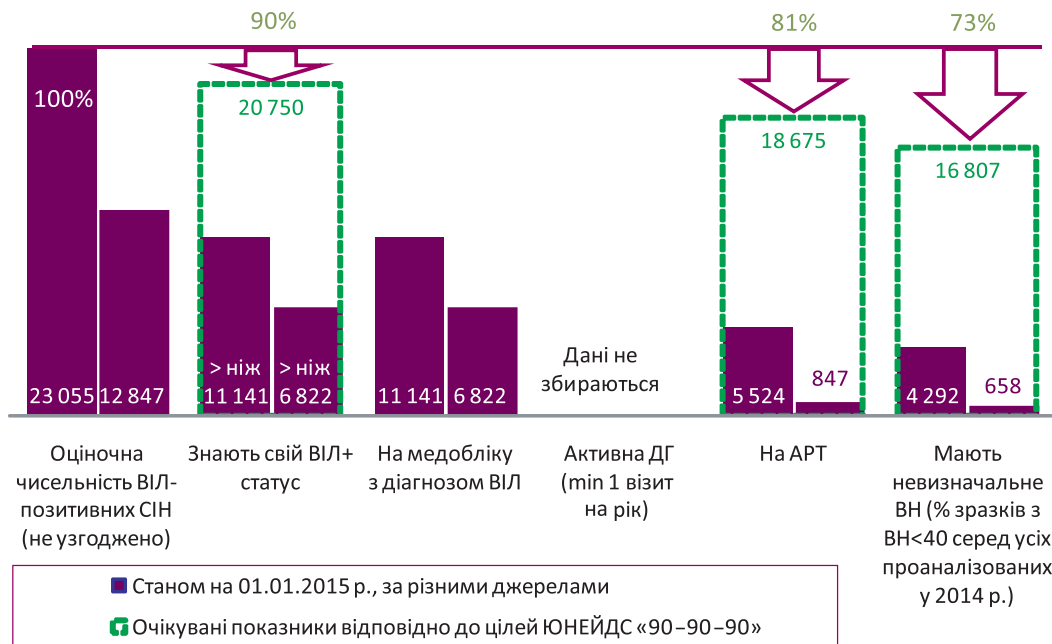


Рисунок 9. Каскад послуг для ВІЛ-позитивних СІН у Дніпропетровській області, станом на 01.01.2015 р.

Пояснення до даних рисунка

Оціночна чисельність ЛЖВ-СІН:

максимальна оцінка: 23 055 СІН – оціночна чисельність ВІЛ-позитивних СІН (Spectrum, попередні розрахунки, 2015 р.);

мінімальна оцінка: 12 847 СІН-ЛЖВ – розраховано як відсоток зареєстрованих СІН серед усіх нових випадків ВІЛ у 2014 році (31,2%), за даними інтегрованого біоповедінкового дослідження 2013 р., від оціночної чисельності ЛЖВ.

Знають свій ВІЛ+ статус: кількість осіб, які пройшли тестування на ВІЛ і знають свій ВІЛ+ результат:

максимальна оцінка: кількість ЛЖВ з парентеральним шляхом інфікування, зареєстрованих у центрі СНІДу (дані рутинного моніторингу УЦКС);

мінімальна оцінка: оціночна чисельність ВІЛ-позитивних СІН, які перебувають на медобліку, за даними інтегрованого біоповедінкового дослідження 2013 р. (розраховано як відсоток ВІЛ-позитивних СІН, які повідомили, що зареєстровані в центрі СНІДу (53,1%), від оціночної чисельності ВІЛ-позитивних СІН).

На медобліку з діагнозом ВІЛ: кількість зареєстрованих ВІЛ-позитивних СІН у центрі СНІДу (дані рутинного моніторингу):

максимальна оцінка: кількість ЛЖВ з парентеральним шляхом інфікування, зареєстрованих у центрі СНІДу (дані рутинного моніторингу УЦКС);

мінімальна оцінка: оціночна чисельність ВІЛ-позитивних СІН на медобліку, за даними інтегрованого біоповедінкового дослідження 2013 р. (розраховано як відсоток ВІЛ-позитивних СІН, які повідомили, що зареєстровані в центрі СНІДу (53%), від оціночної чисельності ВІЛ-позитивних СІН).

Активна ДГ (мін 1 візит на рік): дані не збираються.

Отримують АРТ:

максимальна оцінка: оціночна чисельність ВІЛ-позитивних СІН на АРТ, за даними інтегрованого біоповедінкового дослідження 2013 р. (розраховано як відсоток ВІЛ-позитивних СІН, які повідомили, що отримують АРТ (43%), за даними дослідження, від мінімальної оцінки чисельності зареєстрованих ВІЛ-позитивних СІН – 5 524);

мінімальна оцінка: кількість зареєстрованих ВІЛ-позитивних СІН, які отримують АРТ (дані рутинного моніторингу).

Мають невизначальне вірусне навантаження: розрахована чисельність зареєстрованих ВІЛ-позитивних СІН з невизначальним вірусним навантаженням (<40 РНК-копій/мл). На сьогодні

нішній день доступні дані тільки щодо кількості проаналізованих зразків крові, а не кількості людей. У 2014 році в Дніпропетровській області 78,1% зразків крові показали невизначальне вірусне навантаження (<40 РНК-копій/мл):

максимальна оцінка: з 5 524 ВІЛ-позитивних СІН, які перебувають на АРТ станом на 01.01.2015 р., невизначальне вірусне навантаження можуть мати 77,7% ЛЖВ на АРТ, тобто приблизно 4 292 особи;

мінімальна оцінка: з 847 ВІЛ-позитивних СІН, які перебувають на АРТ станом на 01.01.2015 р., невизначальне вірусне навантаження можуть мати 77,7% ЛЖВ на АРТ, тобто приблизно 658 осіб.

ЗАПОРІЗЬКА ОБЛАСТЬ

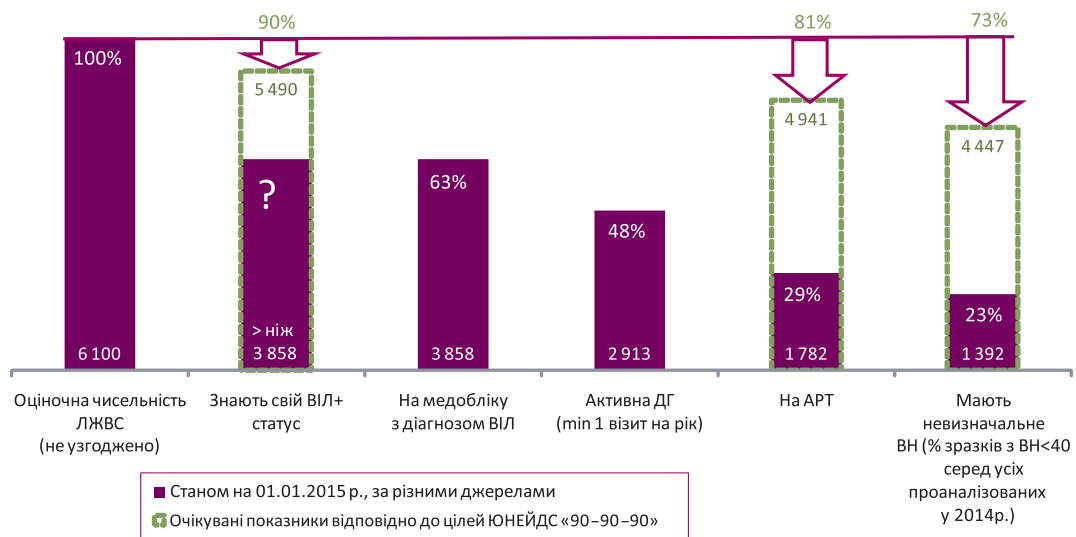


Рисунок 10. Каскад профілактики та лікування ЛЖВ у Запорізькій області, станом на 01.01.2015 р.

Пояснення до даних рисунка

Оціночна чисельність ЛЖВ: оціночна чисельність ЛЖВ (попередні розрахунки, не узгоджено на національному і регіональному рівнях).

Знають свій ВІЛ+ статус: кількість осіб, які пройшли тестування на ВІЛ і знають свій ВІЛ+ результат.

На медобліку з діагнозом ВІЛ: кількість ЛЖВ, зареєстрованих у центрі СНІДу (дані рутинного моніторингу).

Активна ДГ (min 1 візит на рік): кількість зареєстрованих ЛЖВ, що становлять активну диспансерну групу: пройшли диспансерне обстеження принаймні раз на рік (дані рутинного моніторингу УЦКС).

Отримують АРТ: кількість зареєстрованих ЛЖВ, які отримують АРТ (дані рутинного моніторингу).

Мають невизначальне вірусне навантаження: розрахована чисельність зареєстрованих ЛЖВ на АРТ з невизначальним вірусним навантаженням (<40 РНК-копій/мл). На сьогоднішній день доступні дані тільки щодо кількості проаналізованих зразків крові, а не кількості людей. У 2014 році в Запорізькій області 78,1% зразків крові показали невизначальне вірусне навантаження (<40 РНК-копій/мл). Отже, з 1 782 ЛЖВ, які перебувають на АРТ станом на 01.01.2015 р., невизначальне вірусне навантаження може бути у 78,1%, тобто приблизно у 1 392 осіб.

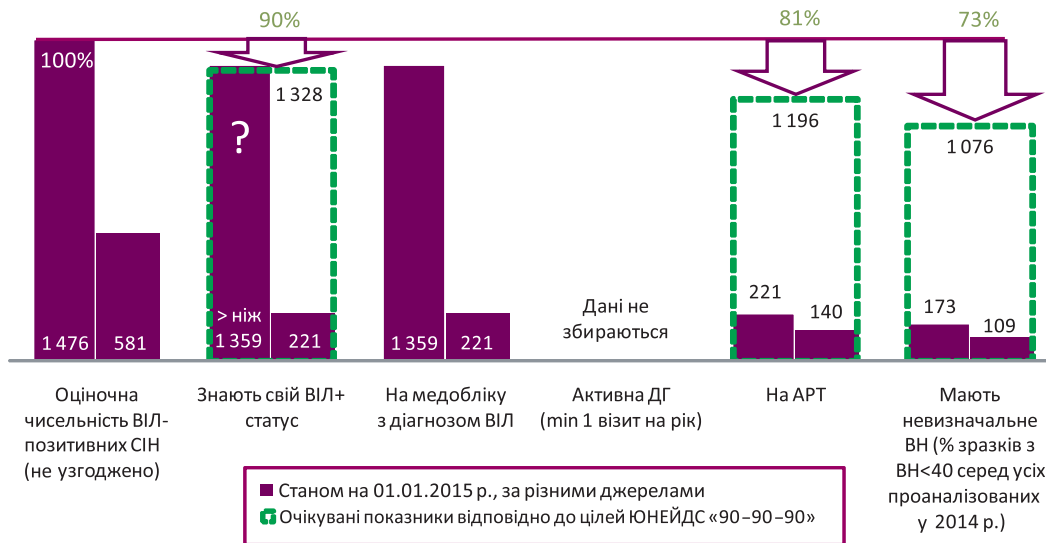


Рисунок 11. Каскад послуг для ВІЛ-позитивних СІН у Запорізькій області, станом на 01.01.2015 р.

Пояснення до даних рисунка

Оціночна чисельність ЛЖВ:

максимальна оцінка: питома частка ВІЛ-позитивних СІН за даними рутинного моніторингу від оціночної чисельності ЛЖВ (оціночні розрахунки, не узгоджено на національному і регіональному рівнях);

мінімальна оцінка: оціночна чисельність ВІЛ-позитивних СІН, за даними інтегрованого біоповедінкового дослідження 2013 р.

Знають свій ВІЛ+ статус: кількість осіб, які пройшли тестування на ВІЛ і знають свій ВІЛ+ результат:

максимальна оцінка: кількість ЛЖВ з парентеральним шляхом інфікування, зареєстрованих у центрі СНІДу (дані рутинного моніторингу УЦКС);

мінімальна оцінка: оціночна чисельність ВІЛ-позитивних СІН, які перебувають на медобліку, за даними інтегрованого біоповедінкового дослідження 2013 р.

На медобліку з діагнозом ВІЛ: кількість ВІЛ-позитивних СІН, зареєстрованих у центрі СНІДу (дані рутинного моніторингу):

максимальна оцінка: кількість ЛЖВ з парентеральним шляхом інфікування, зареєстрованих у центрі СНІДу (дані рутинного моніторингу УЦКС);

мінімальна оцінка: оціночна чисельність ВІЛ-позитивних СІН, які перебувають на медобліку, за даними інтегрованого біоповедінкового дослідження 2013 р.

Активна ДГ (мін 1 візит на рік): дані не збираються.

Отримують АРТ:

максимальна оцінка: кількість зареєстрованих ВІЛ-позитивних СІН, які отримують АРТ (дані рутинного моніторингу);

мінімальна оцінка: оціночна чисельність ВІЛ-позитивних СІН на АРТ, за даними інтегрованого біоповедінкового дослідження 2013 р.

Мають невизначальне вірусне навантаження: розрахована чисельність зареєстрованих ВІЛ-позитивних СІН з невизначальним вірусним навантаженням (<40 РНК-копій/мл). На сьогоднішній день доступні дані тільки щодо кількості проаналізованих зразків крові, а не кількості людей. У 2014 році в Запорізькій області 78,1% зразків крові показали невизначальне вірусне навантаження (<40 РНК-копій/мл). Отже, зі 140 ВІЛ-позитивних СІН, які перебувають на АРТ станом на 01.01.2015 р., невизначальне вірусне навантаження може бути у 78,1%, тобто приблизно у 109 осіб. Мінімальні та максимальні оцінки відображають відмінність у мінімальних та максимальних оцінках знаменника (кількість ВІЛ-позитивних СІН на АРТ).

КИЇВСЬКА ОБЛАСТЬ

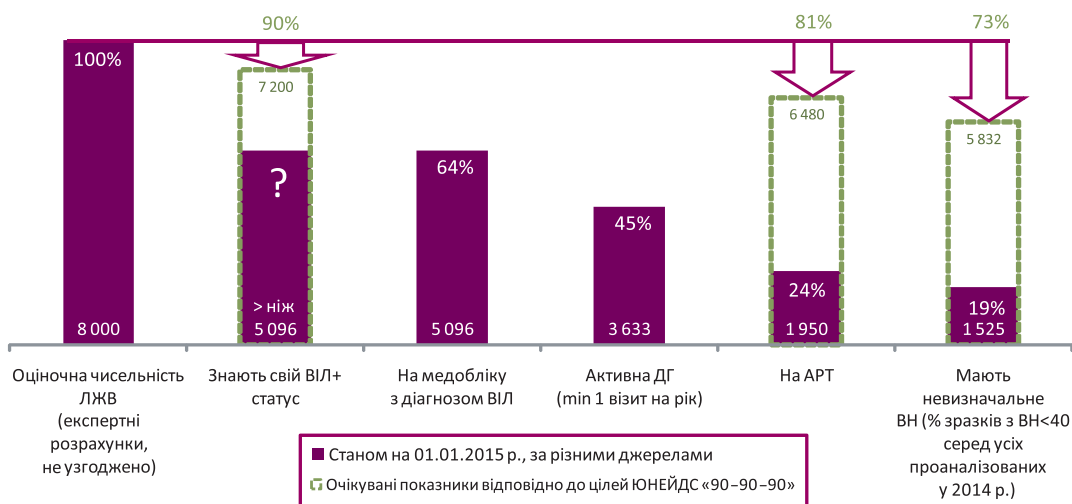


Рисунок 12. Каскад профілактики та лікування ЛЖВ у Київській області, станом на 01.01.2015 р.

Пояснення до даних рисунка

Оціночна чисельність ЛЖВ: 8 000 ЛЖВ (експертні розрахунки, не узгоджено).

Знають свій ВІЛ+ статус: кількість осіб, які пройшли тестування на ВІЛ і знають свій ВІЛ+ результат.

На медобліку з діагнозом ВІЛ: кількість ЛЖВ, зареєстрованих у центрі СНІДу (дані рутинного моніторингу УЦКС).

Активна ДГ (мін 1 візит на рік): кількість зареєстрованих ЛЖВ, що становлять активну диспансерну групу: пройшли диспансерне обстеження принаймні раз на рік (дані рутинного моніторингу УЦКС).

Отримують АРТ: кількість зареєстрованих ЛЖВ, які отримують АРТ (дані рутинного моніторингу УЦКС).

Мають невизначальне вірусне навантаження: розрахована чисельність зареєстрованих ЛЖВ на АРТ з невизначальним вірусним навантаженням (<40 РНК-копій/мл). На сьогоднішній день доступні дані тільки щодо кількості проаналізованих зразків крові, а не кількості людей. У 2014 році у Київській області 78,2% зразків крові показали невизначальне вірусне навантаження (<40 РНК-копій/мл). Отже, з 1 950 ЛЖВ, які перебувають на АРТ станом на 01.01.2015 р., невизначальне вірусне навантаження можуть мати 78,2% ЛЖВ на АРТ, тобто приблизно 1 525 осіб.

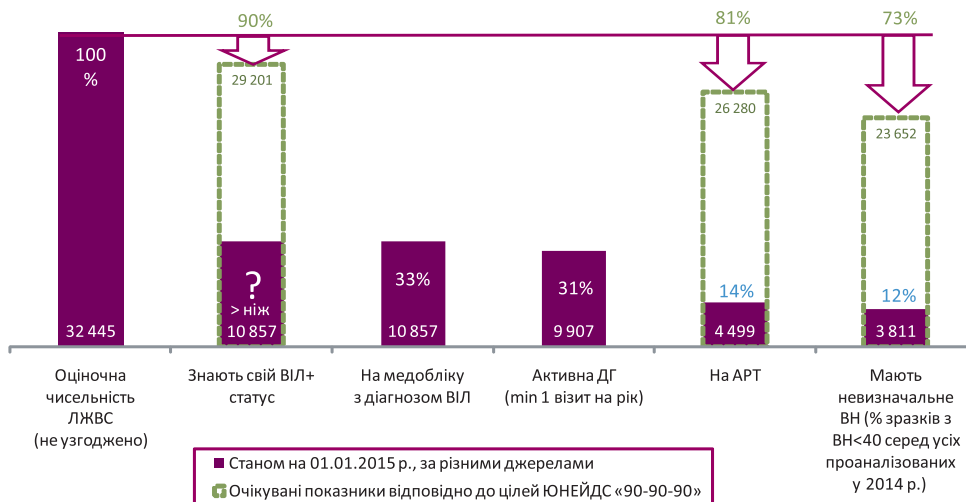


Рисунок 13. Каскад профілактики та лікування ЛЖВ у місті Києві, станом на 01.01.2015 р.

Пояснення до даних рисунка

Оціночна чисельність ЛЖВ: 32 445 ЛЖВ (Spectrum, попередні розрахунки, 2015 р., не узгоджено на національному і регіональному рівнях).

Знають свій ВІЛ+ статус: кількість осіб, які пройшли тестування на ВІЛ і знають свій ВІЛ+ результат.

На медобліку з діагнозом ВІЛ: кількість ЛЖВ, зареєстрованих у центрі СНІДу (дані рутинного моніторингу).

Активна ДГ (мін 1 візит на рік): кількість зареєстрованих ЛЖВ, що становлять активну диспансерну групу: пройшли диспансерне обстеження принаймні раз на рік (дані рутинного моніторингу УЦКС).

Отримують АРТ: кількість зареєстрованих ЛЖВ, які отримують АРТ (дані рутинного моніторингу).

Мають невизначальне вірусне навантаження: розрахована чисельність зареєстрованих ЛЖВ на АРТ з невизначальним вірусним навантаженням (<40 РНК-копій/мл). На сьогоднішній день доступні дані тільки щодо кількості проаналізованих зразків крові, а не кількості людей. У 2014 році в м. Києві 84,7% зразків крові показали невизначальне вірусне навантаження (<40 РНК-копій/мл). Отже, з 4 499 ЛЖВ, які перебувають на АРТ станом на 01.01.2015 р., невизначальне вірусне навантаження може бути у 84,7%, тобто приблизно у 3 811 осіб.

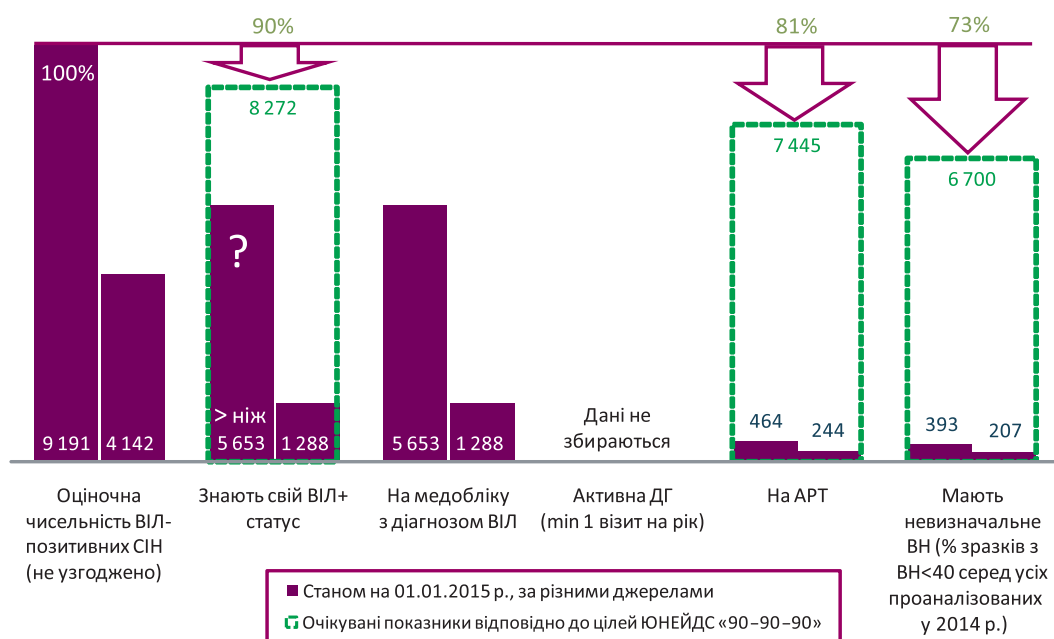


Рисунок 14. Каскад послуг для ВІЛ-позитивних СІН у м. Києві, станом на 01.01.2015 р.

Пояснення до даних рисунка

Оціночна чисельність ЛЖВ-СІН:

максимальна оцінка: 9 191 СІН-ЛЖВ (Spectrum, попередні розрахунки, 2015 р., не узгоджено на національному і регіональному рівнях);

мінімальна оцінка: 4 142 СІН – розраховано як відсоток ВІЛ-позитивних СІН, за даними інтегрованого біоповедінкового дослідження 2013 р. (14,9%), від оціночної чисельності СІН (27 800, 2012 р.).

Знають свій ВІЛ+ статус: кількість осіб, які пройшли тестування на ВІЛ і знають свій ВІЛ+ результат:

максимальна оцінка: кількість ЛЖВ з парентеральним шляхом інфікування, зареєстрованих у центрі СНІДу (дані рутинного моніторингу УЦКС);

мінімальна оцінка: оціночна чисельність ВІЛ-позитивних СІН, які перебувають на медобліку, за даними інтегрованого біоповедінкового дослідження 2013 р. (розраховано як відсоток ВІЛ-позитивних СІН, які повідомили, що зареєстровані в центрі СНІДу (31%), за даними дослідження, від оціночної чисельності ВІЛ-позитивних СІН).

На медобліку з діагнозом ВІЛ: кількість ВІЛ-позитивних СІН, зареєстрованих у центрі СНІДу (дані рутинного моніторингу):

максимальна оцінка: кількість ЛЖВ з парентеральним шляхом інфікування, зареєстрованих у центрі СНІДу (дані рутинного моніторингу УЦКС);

мінімальна оцінка: оціночна чисельність ВІЛ-позитивних СІН, які перебувають на медобліку, за даними інтегрованого біоповедінкового дослідження 2013 р. (розраховано як відсоток ВІЛ-позитивних СІН, які повідомили, що зареєстровані в центрі СНІДу (31%), від оціночної чисельності ВІЛ-позитивних СІН).

Активна ДГ (мін 1 візит на рік): дані не збираються.

Отримують АРТ:

максимальна оцінка: оціночна чисельність ВІЛ-позитивних СІН на АРТ, за даними інтегрованого біоповедінкового дослідження 2013 р. (розраховано як відсоток ВІЛ-позитивних СІН, які повідомили, що отримують АРТ (36%), за даними дослідження, від мінімальної оцінки чисельності зареєстрованих ВІЛ-позитивних СІН (1 288 СІН));

мінімальна оцінка: кількість зареєстрованих ВІЛ-позитивних СІН, які отримують АРТ (дані рутинного моніторингу).

Мають невизначальне вірусне навантаження: розрахована чисельність зареєстрованих ВІЛ-позитивних СІН з невизначальним вірусним навантаженням (<40 РНК-копій/мл). На сьогоднішній день доступні дані тільки щодо кількості проаналізованих зразків крові, а не кількості людей. У 2014 році в Києві 84,7% зразків крові показали невизначальне вірусне навантаження (<40 РНК-копій/мл). Отже, з 224 ВІЛ-позитивних СІН, які перебувають на АРТ станом на 01.01.2015 р., за даними рутинного моніторингу, невизначальне вірусне навантаження може бути у 84,7%, тобто приблизно у 207 осіб. Мінімальні та максимальні оцінки відображають відмінність у мінімальних та максимальних оцінках знаменника (кількість ВІЛ-позитивних СІН на АРТ).

МИКОЛАЇВСЬКА ОБЛАСТЬ

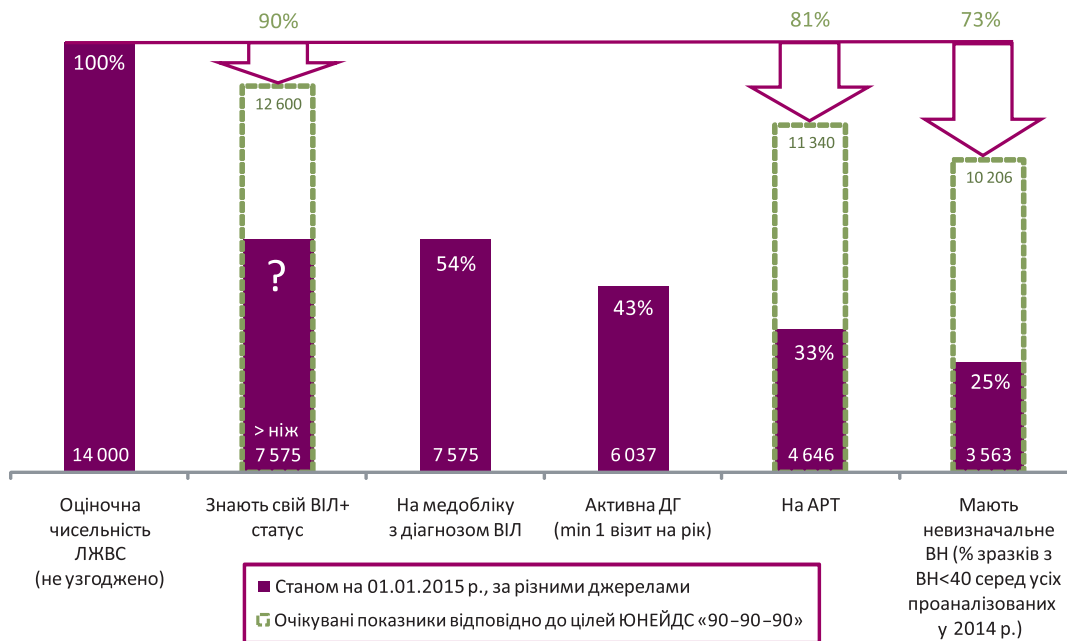


Рисунок 15. Каскад профілактики та лікування ЛЖВ у Миколаївській області, станом на 01.01.2015 р.

Пояснення до даних рисунка

Оціночна чисельність ЛЖВ: 14 000 ЛЖВ (Spectrum, попередні розрахунки, 2015 р., не узгоджено на національному і регіональному рівнях).

Знають свій ВІЛ+ статус: кількість осіб, які пройшли тестування на ВІЛ і знають свій ВІЛ+ результат.

На медобліку з діагнозом ВІЛ: кількість ЛЖВ, зареєстрованих у центрі СНІДу (дані рутинного моніторингу).

Активна ДГ (мін 1 візит на рік): кількість зареєстрованих ЛЖВ, що становлять активну диспансерну групу: пройшли диспансерне обстеження принаймні раз на рік (дані рутинного моніторингу УЦКС).

Отримують АРТ: кількість зареєстрованих ЛЖВ, які отримують АРТ (дані рутинного моніторингу).

Мають невизначальне вірусне навантаження: розрахована чисельність зареєстрованих ЛЖВ на АРТ з невизначальним вірусним навантаженням (<40 РНК-копій/мл). На сьогоднішній день доступні дані тільки щодо кількості проаналізованих зразків крові, а не кількості людей. У 2014 році в Миколаївській області 76,7% зразків крові показали невизначальне вірусне навантаження (<40 РНК-копій/мл). Отже, з 4 646 ЛЖВ, які перебувають на АРТ станом на 01.01.2015 р., невизначальне вірусне навантаження можуть мати 76,7% ЛЖВ на АРТ, тобто приблизно 3 563 особи.

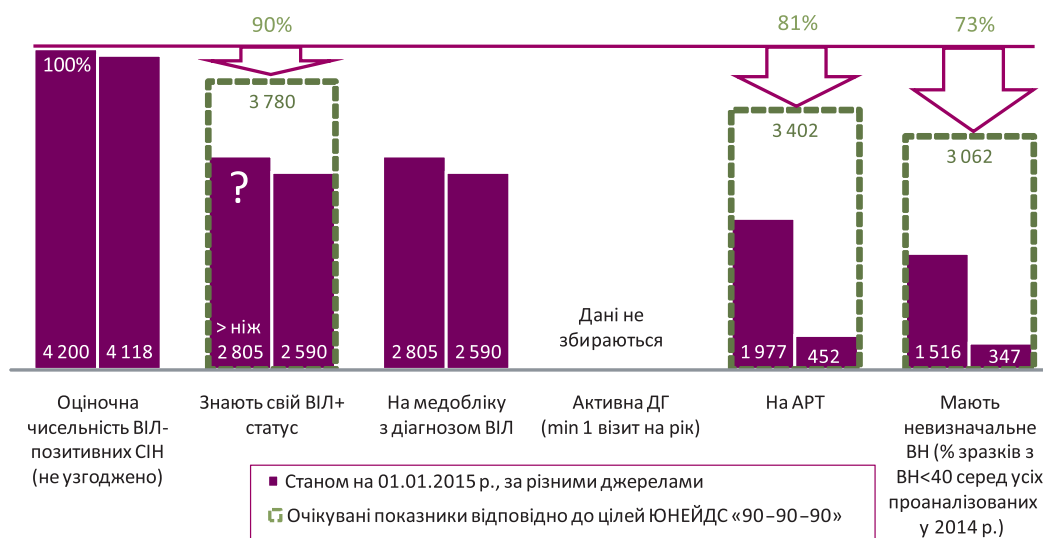


Рисунок 16. Каскад послуг для ВІЛ-позитивних СІН у Миколаївській області, станом на 01.01.2015 р.

Пояснення до даних рисунка

Оціночна чисельність ЛЖВ-СІН:

максимальна оцінка: 4 200 СІН – оціночна чисельність ВІЛ-позитивних СІН (Spectrum, попередні розрахунки, 2015 р.);

мінімальна оцінка: 4 118 СІН-ЛЖВ – розраховано як відсоток СІН, що отримали позитивний результат тесту на ВІЛ, за даними інтегрованого біоповедінкового дослідження 2013 р. (31,8%), від оціночної чисельності СІН в області (12 950 осіб);

Знають свій ВІЛ+ статус: кількість осіб, які пройшли тестування на ВІЛ і знають свій ВІЛ+ результат:

максимальна оцінка: кількість ЛЖВ з парентеральним шляхом інфікування, зареєстрованих у центрі СНІДу (дані рутинного моніторингу УЦКС);

мінімальна оцінка: оціночна чисельність ВІЛ-позитивних СІН, як перебувають на медобліку, за даними інтегрованого біоповедінкового дослідження 2013 р. (розраховано як відсоток ВІЛ-позитивних СІН, які повідомили, що зареєстровані в центрі СНІДу (63%), від оціночної чисельності ВІЛ-позитивних СІН).

На медобліку з діагнозом ВІЛ: кількість ВІЛ-позитивних СІН, зареєстрованих у центрі СНІДу (дані рутинного моніторингу УЦКС):

максимальна оцінка: кількість ЛЖВ з парентеральним шляхом інфікування, зареєстрованих у центрі СНІДу (дані рутинного моніторингу УЦКС);

мінімальна оцінка: оціночна чисельність ВІЛ-позитивних СІН, як перебувають на медобліку, за даними інтегрованого біоповедінкового дослідження 2013 р. (розраховано як відсоток ВІЛ-позитивних СІН, які повідомили, що зареєстровані в центрі СНІДу (63%), від оціночної чисельності ВІЛ-позитивних СІН).

Активна ДГ (мін 1 візит на рік): дані не збираються.

Отримують АРТ:

максимальна оцінка: оціночна чисельність ВІЛ-позитивних СІН на АРТ, за даними інтегрованого біоповедінкового дослідження 2013 р. (розраховано як відсоток ВІЛ-позитивних СІН, які повідомили, що отримують АРТ (48%), за даними дослідження, від оцінки чисельності зареєстрованих ВІЛ-позитивних СІН);

мінімальна оцінка: кількість зареєстрованих ВІЛ-позитивних СІН, які отримують АРТ (дані рутинного моніторингу УЦКС).

Мають невизначальне вірусне навантаження: розрахована чисельність зареєстрованих ВІЛ-позитивних СІН з невизначальним вірусним навантаженням (<40 РНК-копій/мл). На сьогоднішній день доступні дані тільки щодо кількості проаналізованих зразків крові, а не кількості людей. У 2014 році в Миколаївській області 76,7% зразків крові показали невизначальне вірусне навантаження (<40 РНК-копій/мл):

максимальна оцінка: з 1 977 ВІЛ-позитивних СІН, які перебувають на АРТ станом на 01.01.2015 р., невизначальне вірусне навантаження можуть мати 76,7% ЛЖВ на АРТ, тобто приблизно 1 516 осіб;

мінімальна оцінка: з 452 ВІЛ-позитивних СІН, які перебувають на АРТ станом на 01.01.2015 р., невизначальне вірусне навантаження можуть мати 76,7% ЛЖВ на АРТ, тобто приблизно 347 осіб.

ОДЕСЬКА ОБЛАСТЬ

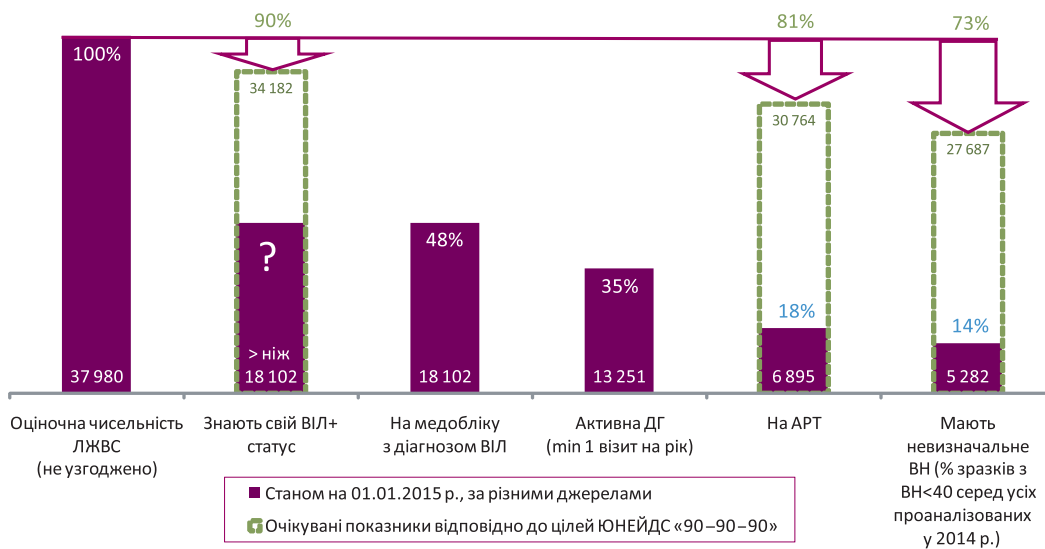


Рисунок 17. Каскад профілактики та лікування ЛЖВ в Одеській області, станом на 01.01.2015 р.

Пояснення до даних рисунка

Оціночна чисельність ЛЖВ: 37 980 ЛЖВ (Spectrum, попередні розрахунки, 2015 р., не узгоджено на національному і регіональному рівнях).

Знають свій ВІЛ+ статус: кількість осіб, які пройшли тестування на ВІЛ і знають свій ВІЛ+ результат.

На медобліку з діагнозом ВІЛ: кількість ЛЖВ, зареєстрованих у центрі СНІДу (дані рутинного моніторингу).

Активна ДГ (мін 1 візит на рік): кількість зареєстрованих ЛЖВ, що становлять активну диспансерну групу: пройшли диспансерне обстеження принаймні раз на рік (дані рутинного моніторингу УЦКС).

Отримують АРТ: кількість зареєстрованих ЛЖВ, які отримують АРТ (дані рутинного моніторингу).

Мають невизначальне вірусне навантаження: розрахована чисельність зареєстрованих ЛЖВ на АРТ з невизначальним вірусним навантаженням (<40 РНК-копій/мл). На сьогоднішній день доступні дані тільки щодо кількості проаналізованих зразків крові, а не кількості людей. У 2014 році в Одеській області 76,6% зразків крові показали невизначальне вірусне навантаження (<40 РНК-копій/мл). Отже, з 6 895 ЛЖВ, які перебувають на АРТ станом на 01.01.2015 р., невизначальне вірусне навантаження можуть мати 76,6% ЛЖВ на АРТ, тобто приблизно 5 282 особи.

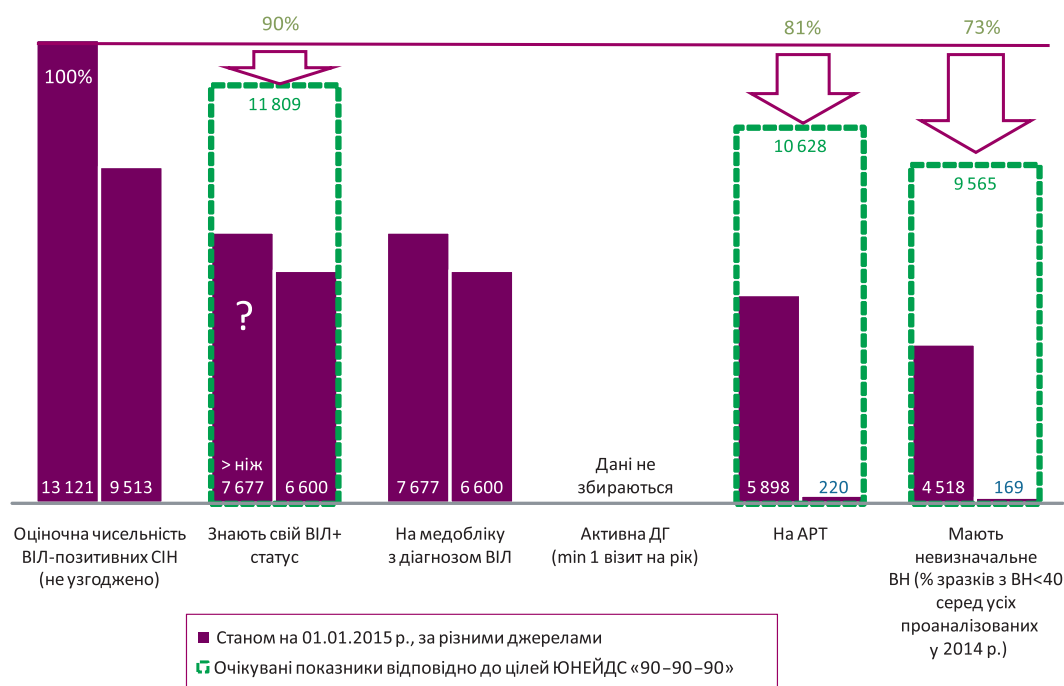


Рисунок 18. Каскад послуг для ВІЛ-позитивних СІН в Одеській області, станом на 01.01.2015 р.

Пояснення до даних рисунка

Оціночна чисельність ЛЖВ-СІН:

максимальна оцінка: 13 121 СІН – оціночна чисельність ВІЛ-позитивних СІН (Spectrum, попередні розрахунки, 2015 р.);

мінімальна оцінка: 9 513 СІН-ЛЖВ – розраховано як відсоток СІН, що отримали позитивний результат тесту на ВІЛ, за даними інтегрованого біоповедінкового дослідження 2013 р. (30,2%, від оціночної чисельності СІН в області (31 500 осіб);

Знають свій ВІЛ+ статус: кількість осіб, які пройшли тестування на ВІЛ і знають свій ВІЛ+ результат:

максимальна оцінка: оціночна чисельність ВІЛ-позитивних СІН, як перебувають на медобліку, за даними інтегрованого біоповедінкового дослідження 2013 р. (розраховано як відсоток ВІЛ-позитивних СІН, які повідомили, що зареєстровані в центрі СНІДу (81%), від оціночної чисельності ВІЛ-позитивних СІН);

мінімальна оцінка: кількість ЛЖВ з парентеральним шляхом інфікування, зареєстрованих у центрі СНІДу (дані рутинного моніторингу УЦКС).

На медобліку з діагнозом ВІЛ:

максимальна оцінка: оціночна чисельність ВІЛ-позитивних СІН, як перебувають на медобліку, за даними інтегрованого біоповедінкового дослідження 2013 р. (розраховано як відсоток ВІЛ-позитивних СІН, які повідомили, що зареєстровані в центрі СНІДу (81%), від оціночної чисельності ВІЛ-позитивних СІН);

мінімальна оцінка: кількість ЛЖВ з парентеральним шляхом інфікування, зареєстрованих у центрі СНІДу (дані рутинного моніторингу УЦКС).

Активна ДГ (мін 1 візит на рік): дані не збираються.

Отримують АРТ:

максимальна оцінка: оціночна чисельність ВІЛ-позитивних СІН на АРТ, за даними інтегрованого біоповедінкового дослідження 2013 р. (розраховано як відсоток ВІЛ-позитивних СІН, які повідомили, що отримують АРТ (62%), за даними дослідження, від оцінки чисельності зареєстрованих ВІЛ-позитивних СІН);

мінімальна оцінка: кількість зареєстрованих ВІЛ-позитивних СІН, які отримують АРТ (дані рутинного моніторингу УЦКС).

Мають невизначальне вірусне навантаження: розрахована чисельність зареєстрованих ВІЛ-позитивних СІН з невизначальним вірусним навантаженням (<40 РНК-копій/мл). На сьогоднішній день доступні дані тільки щодо кількості проаналізованих зразків крові, а не кількості людей. У 2014 році в Одеській області 76,6% зразків крові показали невизначальне вірусне навантаження (<40 РНК-копій/мл):

максимальна оцінка: з 5 898 ВІЛ-позитивних СІН, які перебувають на АРТ станом на 01.01.2015 р., невизначальне вірусне навантаження можуть мати 76,6% ЛЖВ на АРТ, тобто приблизно 4 518 осіб;

мінімальна оцінка: з 220 ВІЛ-позитивних СІН, які перебувають на АРТ станом на 01.01.2015 р., невизначальне вірусне навантаження можуть мати 76,6% ЛЖВ на АРТ, тобто приблизно 169 осіб.

ХЕРСОНСЬКА ОБЛАСТЬ

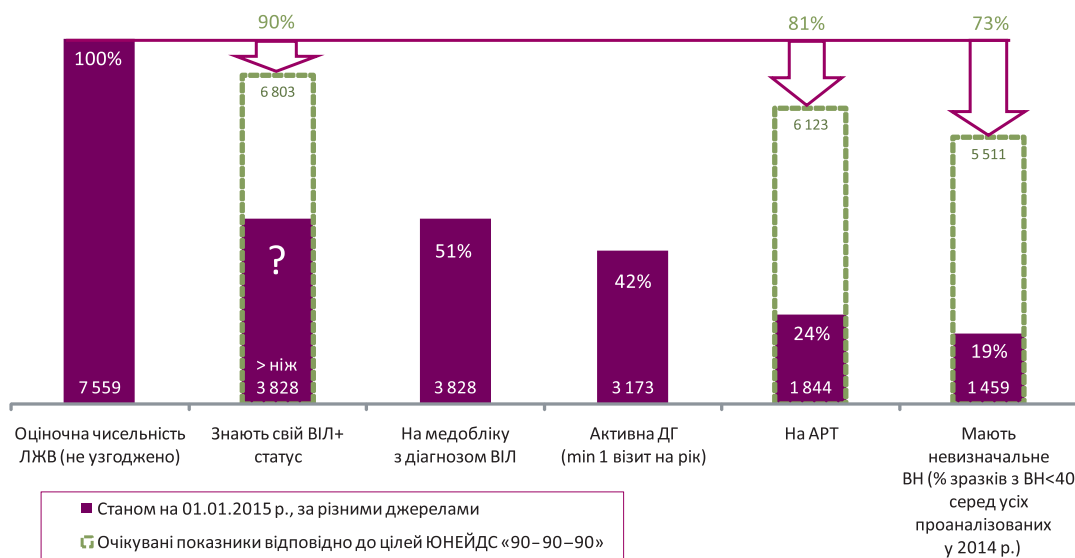


Рисунок 19. Каскад профілактики та лікування ЛЖВ у Херсонській області, станом на 01.01.2015 р.

Пояснення до даних рисунка

Оціночна чисельність ЛЖВ: 7 559 ЛЖВ (Spectrum, попередні розрахунки, 2015 р., не узгоджено на національному і регіональному рівнях).

Знають свій ВІЛ+ статус: кількість осіб, які пройшли тестування на ВІЛ і знають свій ВІЛ+ результат.

На медобліку з діагнозом ВІЛ: кількість ЛЖВ, зареєстрованих у центрі СНІДу (дані рутинного моніторингу).

Активна ДГ (мін 1 візит на рік): кількість зареєстрованих ЛЖВ, що становлять активну диспансерну групу: пройшли диспансерне обстеження принаймні раз на рік (дані рутинного моніторингу УЦКС).

Отримують АРТ: кількість зареєстрованих ЛЖВ, які отримують АРТ (дані рутинного моніторингу).

Мають невизначальне вірусне навантаження: розрахована чисельність зареєстрованих ЛЖВ на АРТ з невизначальним вірусним навантаженням (<40 РНК-копій/мл). На сьогоднішній день доступні дані тільки щодо кількості проаналізованих зразків крові, а не кількості людей. У 2014 році в Херсонській області 79,1% зразків крові показали невизначальне вірусне навантаження (<40 РНК-копій/мл). Отже, з 1 844 ЛЖВ, які перебувають на АРТ станом на 01.01.2015 р., невизначальне вірусне навантаження можуть мати 79,1% ЛЖВ на АРТ, тобто приблизно 1 459 осіб.

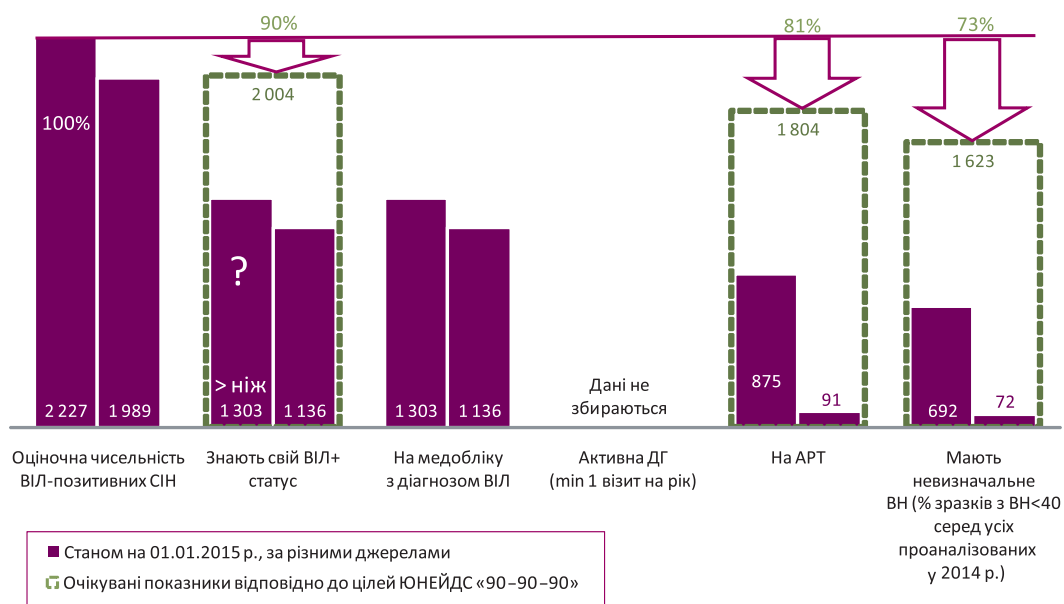


Рисунок 20. Каскад послуг для ВІЛ-позитивних СІН у Херсонській області, станом на 01.01.2015 р.

Пояснення до даних рисунка

Оціночна чисельність ЛЖВ-СІН:

максимальна оцінка: 2 227 СІН – оціночна чисельність ВІЛ-позитивних СІН (Spectrum, попередні розрахунки, 2015 р.);

мінімальна оцінка: 1 989 СІН-ЛЖВ – розраховано як відсоток СІН, які отримали позитивний результат тесту на ВІЛ, за даними інтегрованого біоповедінкового дослідження 2013 р. (22,6%), від оціночної чисельності СІН в області (8 800 осіб).

Знають свій ВІЛ+ статус: кількість осіб, які пройшли тестування на ВІЛ і знають свій ВІЛ+ результат:

максимальна оцінка: кількість ЛЖВ з парентеральним шляхом інфікування, зареєстрованих у центрі СНІДу (дані рутинного моніторингу УЦКС);

мінімальна оцінка: оціночна чисельність ВІЛ-позитивних СІН, як перебувають на медобліку, за даними інтегрованого біоповедінкового дослідження 2013 р. (розраховано як відсоток ВІЛ-позитивних СІН, які повідомили, що зареєстровані в центрі СНІДу (57%), від оціночної чисельності ВІЛ-позитивних СІН).

На медобліку з діагнозом ВІЛ: кількість ВІЛ-позитивних СІН, зареєстрованих у центрі СНІДу (дані рутинного моніторингу УЦКС):

максимальна оцінка: кількість ЛЖВ з парентеральним шляхом інфікування, зареєстрованих у центрі СНІДу (дані рутинного моніторингу УЦКС);

мінімальна оцінка: оціночна чисельність ВІЛ-позитивних СІН, як перебувають на медобліку, за даними інтегрованого біоповедінкового дослідження 2013 р. (розраховано як відсоток ВІЛ-позитивних СІН, які повідомили, що зареєстровані в центрі СНІДу (57%), від оціночної чисельності ВІЛ-позитивних СІН).

Активна ДГ (мін 1 візит на рік): дані не збираються.

Отримують АРТ:

максимальна оцінка: оціночна чисельність ВІЛ-позитивних СІН на АРТ, за даними інтегрованого біоповедінкового дослідження 2013 р. (розраховано як відсоток ВІЛ-позитивних СІН, які повідомили, що отримують АРТ (44%), за даними дослідження, від оцінки чисельності зареєстрованих ВІЛ-позитивних СІН);

мінімальна оцінка: кількість зареєстрованих ВІЛ-позитивних СІН, які отримують АРТ (дані рутинного моніторингу УЦКС).

Мають невизначальне вірусне навантаження: розрахована чисельність зареєстрованих ВІЛ-позитивних СІН з невизначальним вірусним навантаженням (<40 РНК-копій/мл). На сьогодні

нішній день доступні дані тільки щодо кількості проаналізованих зразків крові, а не кількості людей. У 2014 році в Херсонській області 79,1% зразків крові показали невизначальне вірусне навантаження (<40 РНК-копій/мл):

максимальна оцінка: з 875 ВІЛ-позитивних СІН, які перебувають на АРТ станом на 01.01.2015 р., невизначальне вірусне навантаження можуть мати 79,1% ЛЖВ на АРТ, тобто приблизно 692 особи;

мінімальна оцінка: з 91 ВІЛ-позитивного СІН, який перебуває на АРТ станом на 01.01.2015 р., невизначальне вірусне навантаження можуть мати 79,1% ЛЖВ на АРТ, тобто приблизно 72 особи.

ДЕНЬ 3

ПРЕЗЕНТАЦІЯ № 8

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

Тривалість: 30 хв.

Мета: підвищити поінформованість учасників тренінгу щодо нормативно-правових аспектів інформаційної діяльності.

Завдання:

- надати інформацію щодо нормативно-правового та нормативно-технічного забезпечення захисту інформації в Україні, особливо правових аспектів інформаційної діяльності центрів МіО у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу;
- ознайомити з різними рівнями та компонентами інформаційної культури;
- ознайомити з обмеженнями використання і поширення окремих відомостей;
- надати інформацію про критерії обмеження доступу до інформації та порядок доступу до публічної інформації.

Очікувані результати:

- учасники розуміють нормативно-правові норми забезпечення захисту інформації;
- учасники мають уявлення про використання та поширення інформації;
- учасники розуміють обмеження доступу до інформації та порядок доступу до публічної інформації.

Матеріали

- Практичний посібник «Робота зі стратегічною інформацією у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на регіональному рівні» (Розділ 3. Розповсюдження стратегічної інформації у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу на регіональному рівні, стор. 47–51).
- Презентація у форматі PowerPoint.
- Роздрукована презентація для кожного учасника.
- Мультимедійна техніка.

РОБОТА З ЗАСОБАМИ МАСОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ: ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ТА ПРИКЛАДИ ІНФОРМАЦІЙНИХ МАТЕРІАЛІВ З ВИКОРИСТАННЯМ СТРАТЕГІЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ У СФЕРІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ

Тривалість: 30 хв.

Мета: надати інформацію про різні види засобів масової інформації та проведення медіа-заходів.

Завдання:

- проаналізувати різні види засобів масової комунікації;
- з'ясувати, які навички необхідні для проведення медіа-заходу;
- розкрити зміст підготовки до прес-конференції (прес-реліз, брифінг, інтерв'ю, публічний виступ тощо).

Очікувані результати:

- учасники розуміють особливості різних видів засобів масової інформації;
- учасники мають навички проведення медіа-заходу;
- учасники мають навички підготовки до прес-конференції (підготовка прес-релізу та вимоги до нього, правила проведення брифінгу, інтерв'ю або публічного виступу).

Матеріали

- Практичний посібник «Робота зі стратегічною інформацією у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ на регіональному рівні» (Підрозділ 3.3. Заходи інформаційного просування, стор. 51–55).
- Презентація в форматі PowerPoint.
- Роздрукована презентація для кожного учасника.
- Мультимедійна техніка.

ДИСКУСІЯ ТА ОБГОВОРЕННЯ**ОБГОВОРЕННЯ ДОСВІДУ УЧАСНИКІВ
ЩОДО РОЗПОВСЮДЖЕННЯ СТРАТЕГІЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ
У ЗМІ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ**

Мета: проаналізувати запропоновані приклади підготовлених інформаційних матеріалів, визначити вдалі та невдалі рішення.

Тривалість: 15 хв.

Матеріали

- Практичний посібник «Робота зі стратегічною інформацією у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на регіональному рівні» (Додаток 7, стор. 90–104).
- Інші приклади доступних прес-релізів (нижче наведено приклад прес-релізу, який підготовлено за матеріалами побудованого каскаду даних (див. Рис. 3)).

ПРЕС-РЕЛІЗ

16.04.2015

**Майже половина ВІЛ-інфікованих в Україні не звертається
по медичну допомогу**

У 2013 році в Україні виявлено лише 59% осіб з ВІЛ-інфекцію від їх оціночної (тобто ймовірної) чисельності. Це свідчить про гостру необхідність посилити роботу з виявлення людей, які мають інфекцію, для вчасного встановлення діагнозу та призначення коректного лікування. Таких висновків дійшли в Міністерстві охорони здоров'я України за результатами аналізу епідемічної ситуації в масштабі країни.

«В Україні кількість людей, які живуть з ВІЛ, за даними медичного обліку, становить 139,5 тис. осіб, тоді як оціночною цифрою усіх ВІЛ-інфікованих в нашій країні є 238 тис. Оціночну кількість ми отримуємо шляхом теоретичних розрахунків, а фактичну – в результаті проведення тестувань. Різниця між цими двома цифрами – це кількість людей, які, маючи хворобу, не знають про неї або з інших причин не перебувають на медичному обліку, де можуть отримати необхідну допомогу», – говорить представник МОЗу.

У Міністерстві наголошують на необхідності посилити роботу з проведення тестувань на ВІЛ-інфекцію. Для цього необхідно переглянути бюджет галузі на ці потреби, збільшивши видатки на тест-системи для регіональних центрів профілактики та боротьби зі СНІДом.

Питання для обговорення

- Наскільки вдалим є прес-реліз?
- Які його переваги?
- Які його недоліки?
- Що можна подати по-іншому?

**РОЗРОБКА КОРОТКОГО ПРЕС-РЕЛІЗУ ДЛЯ ЗМІ
З ВИКОРИСТАННЯМ КАСКАДУ ПОСЛУГ ДЛЯ ЛЖВ
НА НАЦІОНАЛЬНОМУ РІВНІ.
ОБГОВОРЕННЯ ПРИКЛАДУ ПРЕС-РЕЛІЗУ**

Тривалість: 30 хв.

Завдання

Кожен учасник готує прес-реліз за результатами побудованого під час другого дня каскаду даних по області, яку він представляє.

Матеріали

Комп'ютер для кожного учасника.

МАТЕРІАЛИ ПРЕЗЕНТАЦІЙ

ПРЕЗЕНТАЦІЯ № 1

ПОНЯТТЯ СТРАТЕГІЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ. КОНЦЕПТУАЛЬНА МОДЕЛЬ ЗАПИТУ ТА ВИКОРИСТАННЯ СТРАТЕГІЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ У СФЕРІ ВЛІ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ

У цьому розділі наведено основні слайди презентацій, які рекомендується використовувати упродовж тренінгу. Електронні версії презентацій містять більше слайдів, і, відповідно, текстової інформації та рисунків. Залежно від рівня базової підготовки цільової аудиторії тренінгу, тренер може збільшити чи зменшити обсяг наданої учасникам інформації.

Слайд 1. Вступ

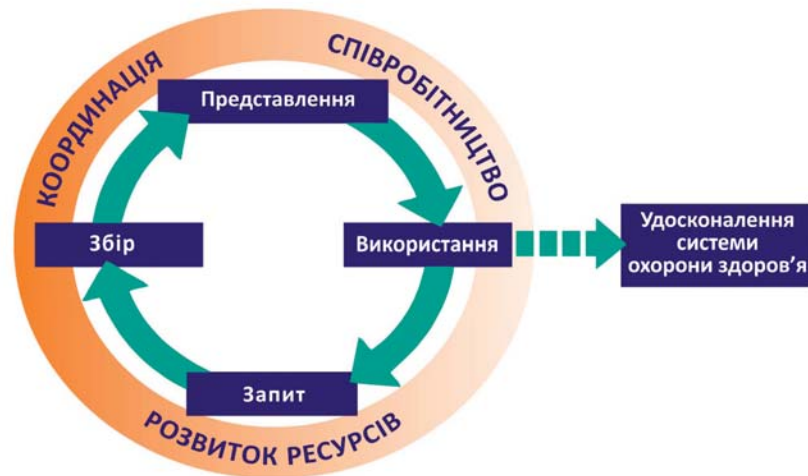
Теоретизувати навмання – величезна помилка. Людина, сама того не помічаючи, починає перекручувати факти й підганяти їх під теорію, замість того щоб цю теорію з фактів вивести.

*Артур Конан Дойль
«Скандал в Богемії»*

Слайд 2. Витоки

- Підхід «Використання інформації для прийняття рішень» (Data Demand and Use for Decision Making) було розроблено в рамках проекту MEASURE.
- Основна ідея підходу – виховання культури прийняття рішень у сфері охорони здоров'я, що ґрунтуються на аналізі та використанні реальних даних та інформації.
- Перевагою підходу є забезпечення прозорості процесу прийняття рішень та покращення загальної підзвітності осіб, які приймають рішення.

Слайд 3. Концептуальна модель запиту та використання стратегічної інформації



Слайд 4. Цільові аудиторії

- Не існує правильного або хибного способів використання інформації, також не існує стандартного визначення, яка інформація є доречною.
- Цільовою аудиторією підходу є не лише особи, які приймають рішення, а й усі зацікавлені сторони, які можуть вплинути на це рішення.

Слайд 5. Типові проблеми, коли процес прийняття рішень та система МіО існують паралельно

- Обмежена чи відсутня культура використання даних.
- Обмежені можливості для аналізу та інтерпретації даних.
- Брак довіри до якості даних.
- Збір та використання даних не є пріоритетом.
- Недостатня увага до часових рамок, компонування та поширення продуктів аналізу даних.

Слайд 6. Чого ми прагнемо?

**Система
моніторингу
і оцінки**

**Найкращі
результати
для охорони
здоров'я**

**Рішення
на основі
даних**

Слайд 7. Запит даних та використання інформації є основними елементами підходу



Слайд 8. 1-й етап: запит

Постановка ключового питання – потреба зацікавлених сторін в отриманні якісної інформації у сфері охорони здоров'я.

Підстава:

- розпорядження керівництва;
- нормативно-правові засади щодо збору даних;
- виділення нових або розширення наявних ресурсів для роботи зі збору та аналізу даних;
- потреба здійснити спеціальний аналіз.

Слайд 9. 2-й етап: реагування на запит даних

Збір з різних джерел відповідної, наявної інформації для заповнення інформаційних прогалин шляхом:

- обробки даних;
- вторинного аналізу;
- планування та проведення нового дослідження.

Слайд 10. 3-й етап: представлення

- Доступний для сприйняття.
- Не є універсальним.
- Потребує творчого підходу.
(Врахування цільової групи – отримувача інформації).

Результат етапу

Особи, відповідальні за прийняття рішень:

- розуміють інформацію;
- готові використати інформацію для прийняття рішення.

Слайд 11. 4-й етап: використання в процесі прийняття рішень

Найбільш складний та комплексний етап.

Дані можуть використовуватись під час:

- розробки стратегічних планів;
- внесення змін до програм;
- прийняття нових документів;
- ...

Слайд 12. Стратегічна інформація

Інформація стає стратегічною, якщо вона:

- актуалізована та сфокусована;
- орієнтована на осмислення проблемного питання з метою подальшого впливу через прийняття конкретних рішень та дій;
- задовольняє певне коло вимог споживачів за:
 - **обсягом та якістю** (стисла, чіткі формулювання, своєчасно надходить);
 - **цілеспрямованістю** (задоволення конкретних потреб);
 - **точністю і достовірністю** (правильний відбір первинних даних, оптимальність систематизації, неперервність збору і обробки даних).

Стратегічна інформація у сфері ВІЛ/СНІДу – 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.

Слайд 13. Мета стратегічної інформації

- Визначати цілі.
- Визначати потреби в матеріальних, фінансових та трудових ресурсах (має бути обґрунтованою, враховувати можливість використання наявних коштів та залучення додаткових).
- Розглядати альтернативні стратегії.
- Оцінювати ризики.
- Будувати прогнозні моделі.

Слайд 14. Порівняння даних, інформації та стратегічної інформації

Дані

- Щоденна фіксація кількості проведених тестувань на ВІЛ-інфекцію та результати тестувань упродовж року.

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.

Слайд 15. Користувачі стратегічної інформації

- Члени регіональних рад з ТБ/ВІЛ, працівники структурних підрозділів місцевих органів влади:
 - для поточного щоденного управління, довгострокового планування.
- Медичні працівники:
 - для поточного, щоденного управління, для середньо- та довгострокового планування.
- Керівники програм охорони здоров'я потребують достовірної та своєчасної інформації:
 - для виявлення найбільш актуальних потреб та ефективних способів реагування на них;
 - для оцінки актуальності програми та її відповідності запиту;
 - для коригування заходів (за потреби).
- Міжнародні програми/організації ОЗ (ГФ, ВООЗ, ЮНЕЙДС) вимагають подання звітності про прогрес у виконанні завдань і заходів.
- Спонсори:
 - для прийняття обґрунтованих рішень про напрями інвестицій, допомоги у плануванні та координації заходів.
- Організатори і фахівці з питань пропагандистської діяльності, мобілізації ресурсів, проведення досліджень і наукових розробок.

Слайд 16. Від реальності до прийняття рішень

Від реальності до прийняття рішень



Джерело: Oxford Handbook of Public Health Practice

Слайд 17. Вимоги до інформації

Вимоги до інформації



Слайд 18. Забезпечення якості даних

Забезпечення якості даних

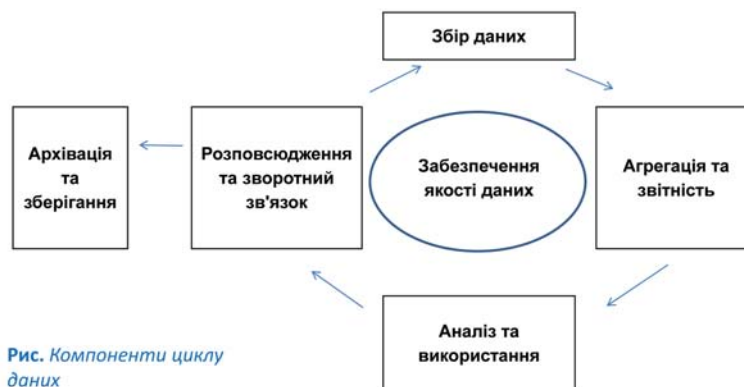


Рис. Компоненти циклу даних

За матеріалами та напрацюваннями External Review Group (ERG) WHO з розробки Consolidated Strategic Information Guide

Слайд 19. 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 групи 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?

Перевірка дасть важливу інформацію про повноту і точність звітності, допоможе визначити місця можливого подвійного обліку.

Слайд 20. Якість даних у системі МіО

У лютому 2014 року ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України» за технічної підтримки проекту «Технічна допомога в сфері МіО та ефективного використання даних» (МЕТІДА) створено КОМІСІЮ З ПИТАНЬ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ДАНИХ В СИСТЕМІ МОНІТОРИНГУ ТА ОЦІНКИ ЗАХОДІВ З ПРОТИДІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ з метою методологічної підтримки впровадження системи якості даних та проведення оцінки якості даних у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ на національному та регіональному рівнях.

Слайд 21. МіО розглядають як...

- Інструмент звітності, контрольо-наглядний засіб для пошуку недоліків у роботі.
- 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 МіО відповіді на епідемію надає стратегічну інформацію для аналізу досягнення поставлених цілей, прийняття рішень у сфері відповіді на епідемію ВІЛ на регіональному та національному рівнях.
- Ключові показники МіО затверджено офіційними документами.

Слайд 22. Показники МіО

	Наведено...
Національні показники	Визначено у Плані моніторингу та оцінки ефективності виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки (затверджено наказом Держслужби України соцзахворювань від 15 січня 2015 року № 2).
Регіональні показники	Формуються на підставі національних показників і затверджуються місцевими органами виконавчої влади. Відображають стан виконання завдань і заходів регіональних цільових соціальних програм протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, надають узагальнену картину відповіді регіону на епідемію ВІЛ-інфекції.

Слайд 23. Перелік показників МіО ефективності Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки

Номер і назва показника	Базове значення показника (рік)	Цільове значення показника		Використання показника для МіО регіональних програм
		2016 рік	2018 рік	
Показник № 1. Обсяг фінансових витрат на протидію епідемії ВІЛ-інфекції в Україні	492 874 605 грн (2012)	Не визначається	Не визначається	Обов'язковий показник
Показник № 2. Відсоток фактичного фінансування Програми від запланованого	36,1% (2013)	100%	100%	Обов'язковий показник
Показник № 3. Поширеність ВІЛ серед молодих людей віком 15–24 роки	0,33% (2013)	0,30%	0,27%	Необов'язковий показник
Показник № 4. Смертність населення від хвороб, зумовлених 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

Слайд 24. Забезпечення ефективного потоку даних

Важливо визначити:

- яка інформація збирається та використовується на кожному рівні;
- як інформація передається на наступний рівень системи МіО.

Слайд 25. Основні компоненти ефективного потоку даних у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу



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

Слайд 26. Центри МіО – ключова організаційна структура!

- **Центри МіО** – ключова організаційна структура, яка забезпечує організацію ефективних потоків даних, формує та розповсюджує стратегічну інформацію щодо ВІЛ/СНІДу на регіональному рівні.

ПРЕЗЕНТАЦІЯ № 2**ДЖЕРЕЛА СТРАТЕГІЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ
У СФЕРІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ****Слайд 1. Джерела та форми представлення/поширення
стратегічної інформації**

Джерела стратегічної інформації	Інформаційні ресурси (форма представлення/ поширення стратегічної інформації)
<ul style="list-style-type: none"> • Епідеміологічний нагляд за ВІЛ-інфекцією/СНІДом • Програмний моніторинг, оцінка програм • Науково-доказові дослідження, які ґрунтуються на фактичних даних • Експертні оцінки • Системи управління інформацією • Рутинні інформаційні системи охорони здоров'я • Статистика демографічних показників населення 	<ul style="list-style-type: none"> • Звітна документація організацій/установ • Інформаційно-аналітичні видання • Аналітичні звіти • Результати оцінок • Матеріали семінарів, конференцій, нарад • Нормативно-правові акти • Протоколи, стандарти, методичні рекомендації • Електронні бази даних тощо

Слайд 2. Епідеміологічний нагляд за ВІЛ-інфекцією/СНІДом

- Комплексна оцінка динаміки епідеміологічного процесу в просторі, часі та серед визначених груп населення з метою планування та своєчасного здійснення науково обґрунтованих профілактичних заходів протидії епідемії ВІЛ-інфекції, оцінки їх ефективності та розробки епідеміологічного прогнозу.

Слайд 3. Епіднагляд другого покоління

Складова національної системи МіО ефективності заходів, яка забезпечує контроль за епідемією ВІЛ-інфекції:

- відстеження тенденцій змін у поширенні ВІЛ-інфекції;
- отримання інформації про потенційні поведінкові фактори, які зумовлюють поширення ВІЛ у суспільстві;
- використання отриманої інформації для інформаційно-просвітницької діяльності, планування, моніторингу та оцінки ефективності профілактичних програм серед цільових груп.

Слайд 4. Для планування ефективних заходів з профілактики та визначення стадії епідемії система епіднагляду другого покоління поєднує різні 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** – відстеження ходу та результатів впровадження програм/проектів та їх порівняння з раніше розробленим планом заходів (використовується для прийняття обґрунтованих рішень щодо подальшого розгортання та удосконалення програми).
- **Оцінка програми** – ефект результатів цих програм, котрий визначають як безпосередні виконавці, так і зовнішні експерти (відображає рівень охоплення послугами, розвитку потенціалу, поведінкові зміни чи загальний вплив на ситуацію – наприклад, зменшення рівня передачі ВІЛ).

Слайд 5. Дослідження у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу

- МБФ «Альянс громадського здоров'я»: <http://www.aph.org.ua/publications-ua/>.
- ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»: <http://www.network.org.ua/library/research/>.
- ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України»: <http://hiv.ucdc.gov.ua/research/>.

Слайд 6. Системи управління інформацією

- Медична інформаційна система «ВІЛ-інфекція в Україні».
- Система DevInfo на національному та регіональному рівнях (ЮНІСЕФ) (<http://ukrdevinfo.org.ua>).
- ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» забезпечує функціонування Української бази медико-статистичної інформації та Європейської бази даних статистичної інформації «Здоров'я для всіх». Режим доступу: www.medstat.gov.ua.

Слайд 7. Національний портал стратегічної інформації у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу



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



НАЦІОНАЛЬНИЙ ПОРТАЛ
стратегічної інформації
у сфері протидії
ВІЛ-інфекції/СНІДу

hiv.ucdc.gov.ua



ФОРУМ



ПРЕЗЕНТАЦІЯ № 3

КОНТИНУУМ ПОСЛУГ У СФЕРІ ПРОТИДІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ, КОНЦЕПЦІЯ КАСКАДНОГО АНАЛІЗУ ДАНИХ. ДОСВІД ІНШИХ КРАЇН У ПОБУДОВІ КАСКАДІВ ПОСЛУГ

Слайд 1. Континуум – це...

- Від лат. continuum — безперервне, суцільне.

«Континуум допомоги»

- Комплексний пакет послуг з профілактики, догляду та лікування у зв'язку з ВІЛ/СНІДом, що враховує мінливі форми поведінки, ризики, уразливості і можливості окремих осіб на різних етапах життя.

Слайд 2. Континуум профілактики, догляду та лікування

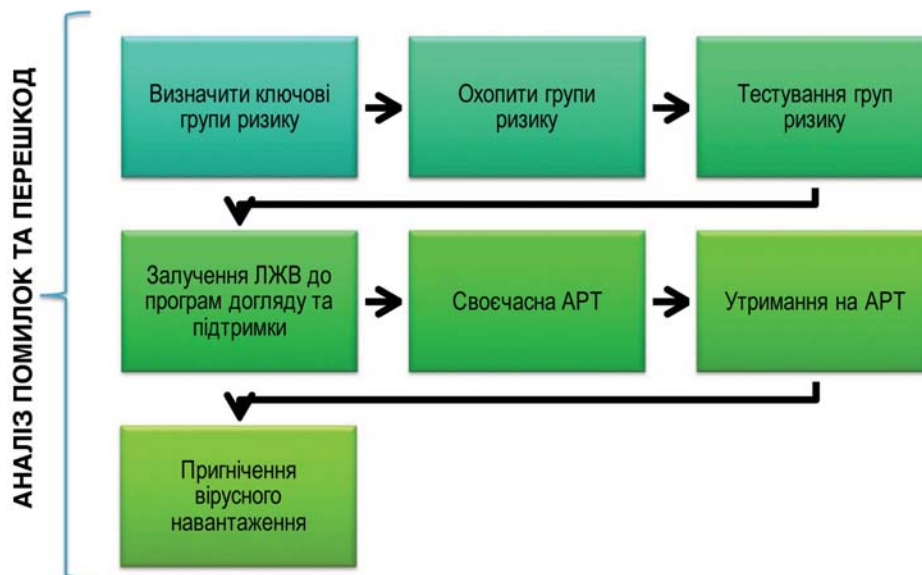


Джерело: FHI 360 Asia Pacific Regional Office

Слайд 3. Континуум допомоги: стратегічна мета



Слайд 4. Як досягти стратегічної мети?



Слайд 5. Концепція «Каскад даних»

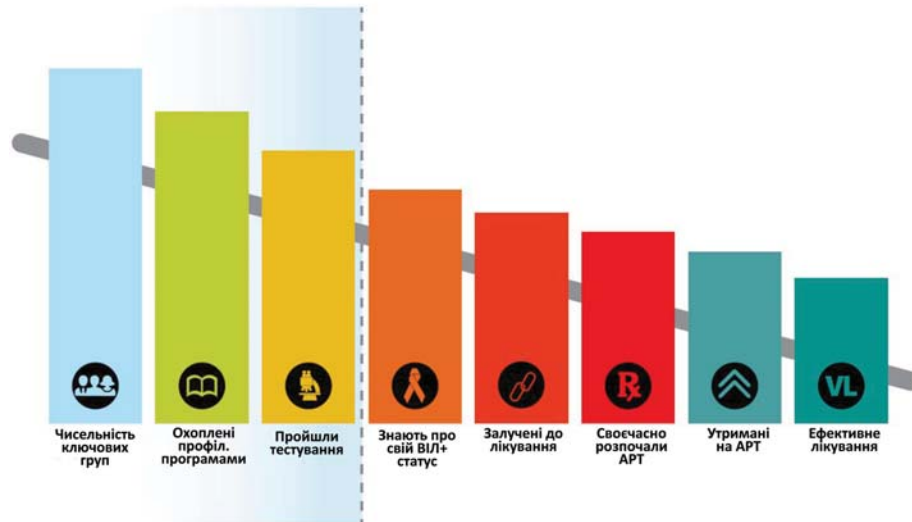
Базується на континуумі допомоги – послідовності заходів, необхідних для досягнення бажаної мети.

- Збір релевантної інформації для визначення рівня втрати пацієнтів на кожному етапі континууму допомоги.
- Визначення перешкод, які зумовлюють такі втрати.
- Розробка рекомендацій та заходів.

Переваги:

- ілюстрація **ефективності програм**;
- **простий** спосіб комунікації з потужним впливом;
- стадії каскаду актуалізують **різні інтервенції**;
- **легко адаптується** до різних програм, стратегій та населення;
- базується на ключових **індикаторах**.

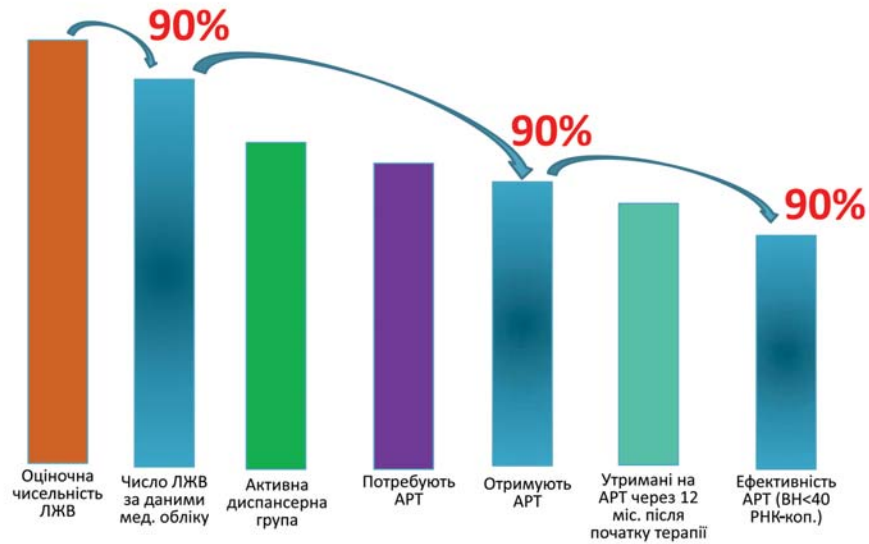
Слайд 6. Каскад послуг з профілактики, догляду та лікування



Слайд 7. «90-90-90» – амбіційна мета, щоб подолати епідемію СНІДу до 2020 р.

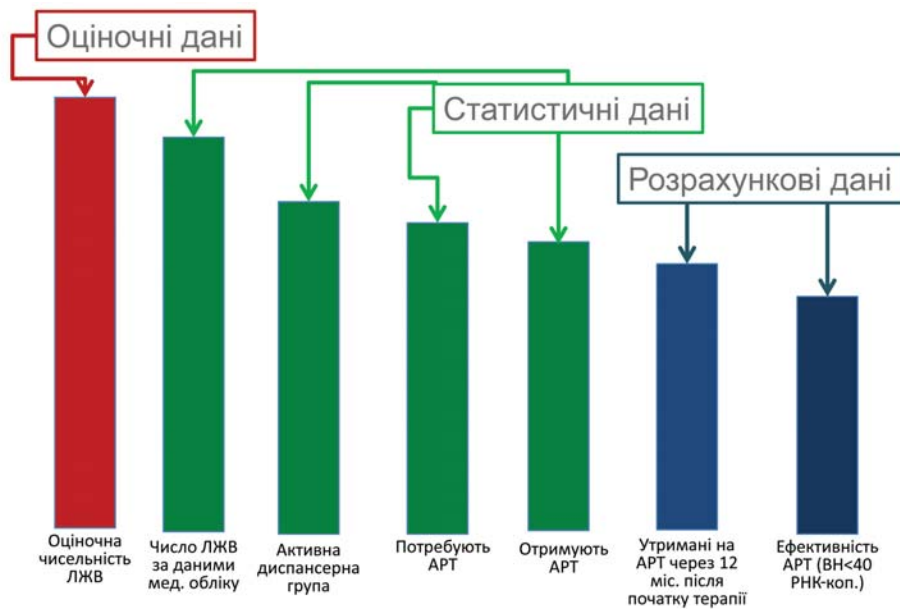


Слайд 8. «90–90–90» у каскаді послуг для ЛЖВ за національними показниками МіО



Слайд 9. Дані для каскаду послуг

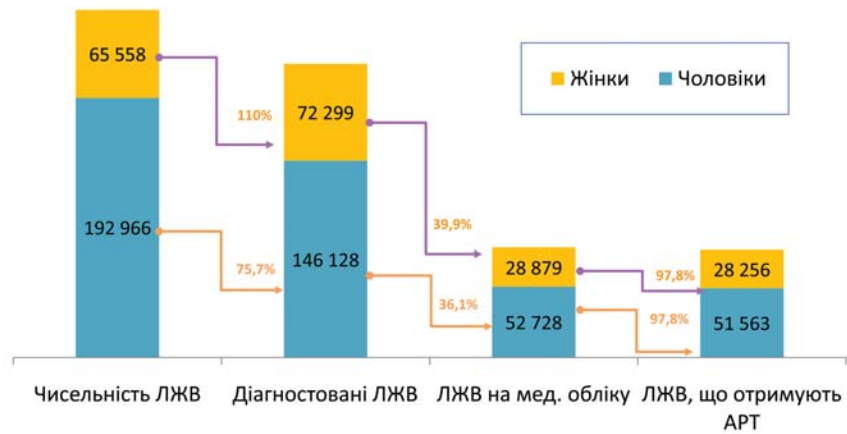
- Оціночні.
- Розрахункові.
- Статистичні.



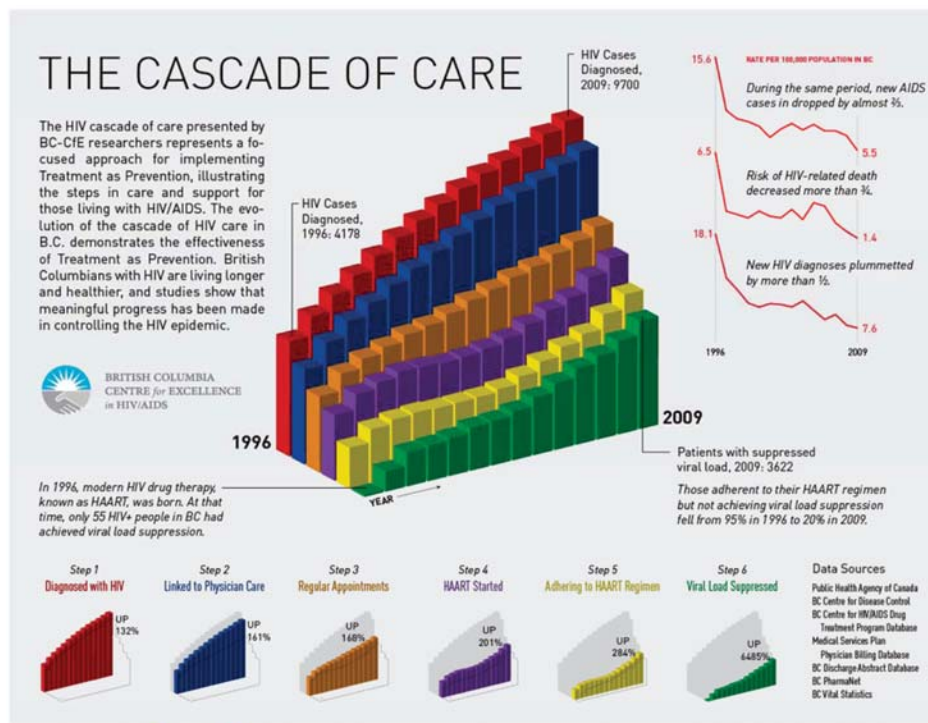
Слайд 10. Види каскадів послуг

- **Крос-секційний:**
 - зображення виконання програм різних станів каскаду в один момент часу.
- **Поздовжній:**
 - рух когорти людей у каскаді з плином часу.

Слайд 11. Приклади каскадів послуг: В'єтнам (2013)



Слайд 12. Приклади каскадів послуг: Британська Колумбія (2014)



Слайд 13. Приклади каскадів послуг: профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини



Слайд 14. Приклади каскадів послуг: коінфекція ВІЛ/ТБ



Слайд 15. Основні виклики

- Відсутність даних.
- Нестандартизовані дані, різні визначення.
- Каскади залежать від контексту:
 - дезагрегація за статтю, віком, населеним пунктом...

ПРЕЗЕНТАЦІЯ № 4**ОСОБЛИВОСТІ ЗБОРУ, АНАЛІЗУ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЇ ДАНИХ
У СФЕРІ ПРОТИДІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ.
СИНТЕЗ ДЖЕРЕЛ ДАНИХ. ЯКІСТЬ ДАНИХ****Слайд 1. Джерела даних щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні****Біологічні та поведінкові дослідження:**

- дозорний епідагляд;
- обстеження демографічних характеристик і стану здоров'я;
- поведінкові дослідження.

Демографічні спостереження:

- національна та регіональна статистика;
- опитування домогосподарств.

Програмні або рутинні дані:

- реєстрація випадків ВІЛ / СНІДу / ТБ / ІПСШ;
- профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ;
- програмний моніторинг.

Наукові публікації:

- місцеві наукові дослідження (якісні та кількісні);
- міжнародні наукові дослідження (якісні та кількісні).

Слайд 2. Якісні та кількісні дані

	Якісні	Кількісні
Природа даних	Спостереження та слова	Числові дані
Дослідницьке запитання	«Як?» та «Чому?»	«Скільки?»
Мета аналізу	Формулювання гіпотез	Перевірка гіпотез
Вибірка	Невелика, фокусна	Велика, рандомізована
Генералізація	Ні	Так
Збір даних	Фокус-групові / глибинні інтерв'ю, спостереження	Опитування, анкетування, рутинний моніторинг
Значення	Розуміння глибинних інсайтів, мотивації	Поширеність, міри зв'язку, моделі

Слайд 3. Якісні та кількісні дані: джерела

Якісні	Кількісні
Дані рецензованої літератури	Статистичні дані рецензованої літератури
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: MICS)
Результати фокус-груп з різними цільовими групами, що відповідають визначеному питанню	Дані перепису населення
Матеріали інтерв'ю з пацієнтами	Опитування груп ризику (IBBS)

Слайд 4. Критерії відбору даних**Доступність**

- Можливість отримання дозволу чи безперешкодний доступ до даних.

Наявність опису та характеристик даних

- Методологія дослідження, методика збору.

Якість даних

- Чи чітко було сформульовано цілі дослідження?
- Чи було використано методологію, що забезпечує відповіді на питання дослідження?
- Чи розглядався протокол дослідження робочими групами або науково-експертними радами?

Дотримання етичних принципів та стандартів

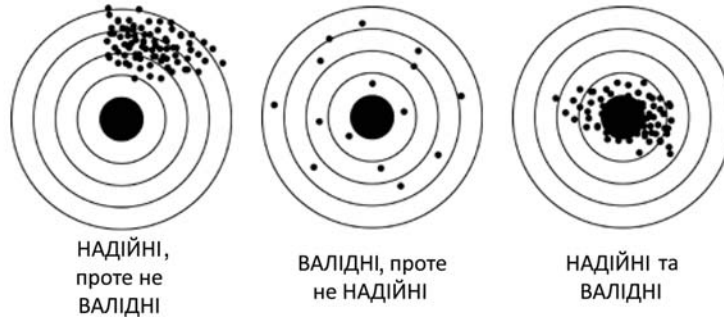
- Підвищений ризик для людей з груп високого ризику щодо інфікування ВІЛ.
- Можливість потенційного ризику стигматизації ВІЛ-інфікованих.
- Забезпечення анонімності та конфіденційності участі в дослідженні.
- Наявність інформованої згоди учасника дослідження.

Слайд 5. Системні помилки

- Системна помилка, пов'язана з відбором учасників:
 - результати відрізняються серед тих, хто бере і не бере участь у дослідженні.
- Системна помилка, пов'язана зі збором інформації:
 - неоднаково точний збір даних між групами дослідження.
- Конфаундинг:
 - змішування зв'язків різних факторів.

Слайд 6. Обмеження даних: валідність (точність) і надійність

- ВАЛІДНІСТЬ: якою мірою зібрані дані вимірювали те, для чого збиралися?
- НАДІЙНІСТЬ: наскільки можуть бути відтворені результати, отримані за допомогою вимірювання?

**Слайд 7. Збір даних**

- Складіть перелік усіх доступних джерел даних.
- Визначте тип даних (наприклад: епіднагляд, МіО, програмні дані).
- Визначте ключові індикатори, за якими будуть збирати дані.
- Визначте, за які роки доступні дані.
- Визначте географію аналізу.
- Опрацюйте опубліковані дані та дані, які є у відкритому доступі.
- Визначте заплановане використання даних.
- Визначте обмеження.

Слайд 8. Отисовий аналіз

Мета: ознайомитися з даними.

- Узагальнення даних у вимірі частот та відсотків.
- Дезагрегація за місцем, групою, часом.

Слід пам'ятати:

- обмеження джерел даних: нові випадки ВІЛ відображають нові діагностовані випадки, а не нові випадки інфікування;
- просторові дані щодо поширеності ВІЛ-інфекції відображають дані на момент діагнозу, проте міграція може вносити корективи;
- у випадку малих чисел особливе значення має конфіденційність, оскільки люди можуть бути ідентифіковані;
- обережно інтерпретуйте «прокси» (ІПСШ як маркер експозиції ВІЛ);
- у випадку слабкої надійності обережно інтерпретуйте частку зміни, яка базується на малих числах.

Слайд 9. Тріангуляція

- **Тріангуляція** – це процес розгляду, синтезу та інтерпретації вторинних даних з декількох джерел, які характеризують одне й те ж питання, щоб прийняти рішення.

Rutherford GW, McFarland W, Spindler H, White K, Patel SV, Aberle-Grasse J et. al. Public health triangulation: approach and application to synthesizing data to understand national and local HIV epidemics. BMC Public Health 2012; 10:447.

Слайд 10. Коли застосовувати тріангуляцію?

- Не вистачає даних.
- Даних забагато, але вони неоднорідні.
- «Найкращі» дані недоступні.
- Необхідно швидко отримати відповідь.

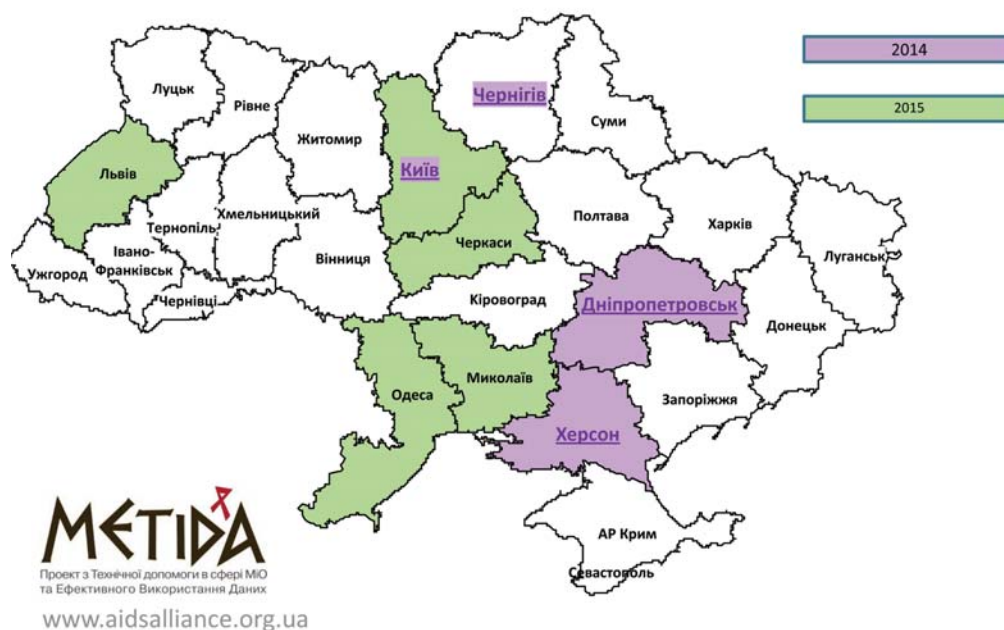
Слайд 11. Етапи тріангуляції

Етапи	Пов'язані кроки
Планування	Крок 1. Визначити ключові питання.
	Крок 2. Переконатися, що на питання буде знайдено відповіді та вжито відповідні заходи.
	Крок 3. Визначити джерела даних та зібрати довідкову інформацію.
	Крок 4. Уточнити питання дослідження.
Проведення	Крок 5. Зібрати дані.
	Крок 6. Провести спостереження щодо кожного набору даних.
	Крок 7. Визначити тенденції в різних наборах даних і побудувати гіпотези.
	Крок 8. Уточнити гіпотези.
	Крок 9. Якщо необхідно, визначити додаткові дані та повернутися до кроку 5.
	Крок 10. Узагальнити результати і зробити висновки.
Інформування	Крок 11. Поінформувати про результати та рекомендації.
	Крок 12. Визначити наступні кроки.

Слайд 12. Інтерпретація даних у триангуляції

- При кожному збільшенні охоплення АРТ на 10% у 2004 р. відбувалося зниження поширеності ВІЛ серед молодих жінок на 2,5% («показник захворюваності»).
- При кожному збільшенні числа людей, які тестувалися на ВІЛ, на 10% у 2007 р. було відзначено зниження поширеності ВІЛ серед населення на 4%.

Слайд 13. Регіональні проекти з триангуляції в Україні



ПРЕЗЕНТАЦІЯ № 5**ОЦІНОЧНІ ДАНІ
ПРО ЧИСЕЛЬНІСТЬ ГРУП ПІДВИЩЕНОГО РИЗИКУ
ЯК ДЖЕРЕЛО СТРАТЕГІЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ****Слайд 1. Передумови для використання оціночних даних**

- Найбільший рівень інфікування ВІЛ спостерігається в певних групах населення, які практикують ризиковану поведінку.
- Офіційна статистика не надає реальних цифр щодо чисельності ГР, до яких відносяться:
 - споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН);
 - працівники комерційного сексу (ПКС);
 - чоловіки, які практикують секс із чоловіками (ЧСЧ);
 - інші групи, приховані в суспільстві.

Слайд 2. Для чого проводиться оцінка чисельності груп підвищеного ризику? (1)**Оцінка та прогнозування ситуації щодо ВІЛ/СНІДу:**

- розрахунки оціночної чисельності людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом;
- прогнозування розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу;
- оцінка майбутнього масштабу й наслідків ВІЛ-епідемії у випадку, якщо не буде вжито ефективних профілактичних заходів.

Слайд 3. Для чого проводиться оцінка чисельності груп підвищеного ризику? (2)**Ефективне планування, реалізація та оцінка профілактичних програм, розвитку ВІЛ-сервісних організацій:**

- оцінка рівня охоплення цільових груп профілактичними інтервенціями;
- обґрунтування та визначення кількісних показників розвитку профілактичних програм;
- розрахунки кошторисів видатків для забезпечення запланованого рівня охоплення цільових груп, придбання необхідної кількості засобів запобігання інфікуванню ВІЛ та виготовлення необхідної кількості інформаційно-освітніх матеріалів;
- розрахунки витрат на придбання тест-систем для діагностики ВІЛ-інфекції та витрат, пов'язаних з лікуванням та доглядом хворих на ВІЛ/СНІД, соціальним супроводом ВІЛ-інфікованих та членів їхніх сімей;
- планування розвитку мережі НУО та інших ВІЛ-сервісних структур.

Слайд 4. Для чого проводиться оцінка чисельності груп підвищеного ризику? (3)

- Оцінка та планування надання спеціалізованого лікування:
 - визначення обсягу потреб у антиретровірусній терапії (АРТ);
 - розрахунок кількості споживачів ін'єкційних наркотиків (зокрема опіатів), які потребують замісної підтримувальної терапії (ЗПТ).
- Обґрунтування лобювання змін державної політики щодо ВІЛ/СНІДу.
- Здійснення розрахунків вибіркової сукупності для проведення поведінкових, епідеміологічних та інших досліджень серед представників груп ризику та загального населення.

Слайд 5. Досвід проведення оцінки чисельності груп ризику в Україні

Роки	Цільові групи	Хто здійснив
1999–2000	Локальна ОЧ – ЖКС (проект зі створення мережі організацій)	УІСД
2002	СІН	ЦСМ, ЮНІСЕФ, ЮНЕЙДС
3 2005	РОЗУ (оцінка щодо послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу, які надаються ГР на рівні окремої територіальної одиниці, та мобілізація спільнот СІН, ЖКС, ЧСЧ на діяльність із протидії епідемії, проект SUNRISE)	МБФ «Альянс громадського здоров'я», РАТН, Мережа ЛЖВ
2005	СІН, ЖКС та ЧСЧ (перше комплексне дослідження на національному рівні)	МБФ «Альянс громадського здоров'я»
2009, 2012	СІН, ЖКС та ЧСЧ (на національному та регіональному рівнях)	МБФ «Альянс громадського здоров'я»
2012–2013	Наркозалежні жінки репродуктивного віку та наркозалежні вагітні жінки (національний рівень)	ЦСМ, ЮНІСЕФ
2008/2009, 2013/2014	ПГР	УІСД ім. О. Яременка, ЮНІСЕФ

Слайд 6. Оціночні діапазони груп ризику на національному рівні, осіб

	2005	2009	2012
СІН	325 000–425 000	230 000–360 000	278 000–387 000
ЖКС	110 000–250 000	65 000–93 000	52 000–83 000
ЧСЧ	177 000–430 000	95 000–213 000	200 000–249 000

	2008/2009	2013/2014
ПГР у цілому	165 000	123 500
Підлітки-СІН	50 000 (35 000 хл. та 15 000 дів.)	15 000 (11 000 хл. та 4 000 дів.)
Підлітки-ЖКС	15 000	5 500
Підлітки-ЧСЧ	20 000	13 000
Підлітки вулиці	80 000	90 000

2013/2014	К-ть осіб
Чисельність ВІЛ-інфікованих вагітних жінок в Україні, які інфікувалися внаслідок уживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом	1 225 (452–1 997)

Слайд 7. Оціночні дані – стратегічний ресурс

- Подаються у вигляді інтервальних показників.
- Вказуються min та max значення.
- Для практичного використання рекомендується число, наближене до середнього значення інтервалу.

Приклад

Оціночна кількість СІН в області становить від 15 тисяч до 22 тисяч осіб.

Для спрощення сприйняття інформації нефахівцями, для адвокації та планування доцільно використовувати середнє значення цього інтервалу:

$$(15000 + 22000) / 2 = 18\,500 \text{ осіб.}$$

Слайд 8. Визначення ГР для проведення оцінки чисельності

- **СІН:** з певною регулярністю споживають наркотичні речовини ін'єкційним шляхом (опіати, стимулятори). Період споживання – протягом року, 6 місяців, 30 днів. У поведінкових дослідженнях СІН визначається як особа, яка споживала нелегальні наркотики ін'єкційним шляхом протягом останніх 30 днів.
- **ЖКС:** використовують секс як джерело доходу (постійного або тимчасового). Надання сексуальних послуг є основним (або одним з основних) джерелом заробітку. Залучені до секс-індустрії впродовж останніх 6 місяців (неодноразові послуги).
- **ЧСЧ:** в т.ч. чоловіки, які надають сексуальні послуги чоловікам за винагороду (досвід одностатевих стосунків протягом останніх 6 місяців).

Слайд 9. Методологія оцінки чисельності

Комплексний підхід, що передбачає:

- збір наявної інформації з різних джерел (статистичної та соціологічної);
- консолідацію та верифікацію цієї інформації;
- проведення первинного та вторинного аналізу даних;
- залучення експертів для оцінки валідності отриманих результатів і погодження цих результатів усіма зацікавленими сторонами.

Слайд 10. Методи оцінки чисельності

- Охоплення – повторне охоплення.
- Метод коефіцієнтів.
- Метод перепису (census).
- Метод нарощування соціальних мереж.

Важливо пам'ятати!

1. У чому полягає основна ідея методу?
2. Яка процедура збору інформації для цього методу?
3. Які переваги цього методу?
4. Які обмеження цього методу?

Слайд 11. Приклад «Охоплення послугами»

Термін «охоплення послугами» часто вживається або тлумачиться неправильно.

Наприклад:

% осіб, охоплених певними заходами:

- Чи є це справжнім охопленням?
- Чи можна його використати для тлумачення впливу або ефективності?

Приклад: **80% СІН охоплено програмами обміну шприців.**

- Скільки було роздано шприців?
- Скільки шприців потрібно СІН на тиждень/місяць?
- Якщо СІН бувають «охоплені» один раз на рік, чи можна вважати це за 100%?

Слайд 12. Оцінка охоплення – важлива складова програмної діяльності

Як оцінити охоплення?

- **Дані програмного моніторингу** – часто дають лише чисельник, при цьому важко уникнути подвійного обчислення.
- **Дослідження** – повинні враховувати доступ до різних заходів.
- **Оцінка чисельності групи населення** – дає знаменник.

Слайд 13. Оцінка охоплення: процедура

- Необхідно провести розмежування між кількістю клієнтів, які отримують доступ до послуги, та кількістю контактів з клієнтами в рамках цієї послуги.
- Звичайна проблема у зборі даних полягає в тому, що програми фіксують кількість контактів з клієнтами, а тоді плутають її з кількістю охоплених послугою клієнтів.
- В ідеалі, слід виконувати розбивку даних за статтю і віком (і чисельник, і знаменник).
- Для вимірювання регулярного охоплення доцільно запровадити анонімну систему обліку повторних відвідувань (унікальний ідентифікаційний код).

Слайд 14. Приклад 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 щодо чисельника та знаменника.

Джерелом даних чисельника є програмні дані надавачів послуг щодо надання певної послуги за звітний період. Джерелом даних знаменника є дані щодо оціночної кількості 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.

Слайд 15. Проведення оцінки чисельності

- Розрахунок ОЧ серед ГР (СІН, ЖКС, ЧСЧ) на регіональному рівні.
- Узгодження та затвердження регіональними радами з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу розрахованих ОЧ основних ГР щодо інфікування ВІЛ.
- Виходячи з затверджених регіональних ОЧ основних ГР щодо інфікування ВІЛ, розрахунок ОЧ груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ (СІН, ЖКС, ЧСЧ) на національному рівні.

Слайд 16. Рекомендовані регіональні показники охоплення СІН у проектах з профілактики (2015–2017)

Область	Оціночна кількість СІН	2015 рік		2016 рік		2017 рік	
		Охоплення СІН	% від оціночної кількості	Охоплення СІН	% від оціночної кількості	Охоплення СІН	% від оціночної кількості
Дніпропетровська	35 050	26 000	74%	26 000	74%	26 000	74%
Закарпатська	1 900	497	26%	497	26%	497	26%
Запорізька	11 700	3 931	34%	4 548	39%	5 206	44%
Миколаївська	10 300	6 220	60%	6 220	60%	6 220	60%
Одеська	31 400	21 900	70%	21 900	70%	21 900	70%
Полтавська	8 100	3 378	42%	3 609	45%	3 856	48%
Черкаська	13 300	8 359	63%	8 359	63%	8 359	63%
Чернігівська	5 850	2 436	42%	2 744	47%	3 073	53%
Разом	289 000	174 060	60%	177 798	62%	181 548	63%

ПРЕЗЕНТАЦІЯ № 6**ПРОГНОЗУВАННЯ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ
ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ ОТРИМАНИХ ДАНИХ. ОЦІНКИ ЛЖВ****Слайд 1. Термінологія**

- **Прогноз** – це наукова модель майбутньої події, явища тощо
- **Прогнозування** – це розробка прогнозу; спеціальне наукове дослідження конкретних перспектив розвитку будь-якого процесу.

До основних **методів прогнозування** належать:

- статистичні методи;
- експертні оцінки (метод Дельфі);
- моделювання;
- «за об'єктом-аналогом»;
- інтуїтивні (тобто які виконав без застосування технічних засобів, експромтом фахівець, спираючись на досвід попереднього застосування наукових методів у цьому типі прогнозів).

Моделювання – дослідження об'єктів пізнання на їхніх моделях; побудова і вивчення моделей реальних об'єктів, процесів або явищ з метою отримання пояснень цих явищ, а також для передбачення явищ, які цікавлять дослідника.

**Слайд 2. Епідеміологічний нагляд третього покоління
за ВІЛ-інфекцією/СНІДом**

- Компоненти епідеміологічного нагляду II покоління (ІПСШ, ВІЛ/СНІД, чисельність ГР, біоповедінкові дослідження).
- Універсальна реєстрація випадків ВІЛ/СНІДУ/ІПСШ.
- Дозорні і поведінкові якісні та кількісні дослідження в уразливих групах.
- Нагляд за резистентністю до АРТ.
- Нагляд за лікуванням і результатами захворювання.
- Дослідження якості послуг допомоги та лікування, які надаються ЛЖВ.

Слайд 4. Нові керівні принципи епідеміологічного нагляду, UNAIDS/WHO, 2013

Комплексний пакет для здійснення епіднагляду другого покоління.

Три модулі – липень 2013 р.:

1. Модуль 1. Керівні принципи епідеміологічного нагляду другого покоління: оновлення. Знати свою епідемію.
2. Модуль 3. Керівні принципи для оцінки даних профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (ППМД).
3. Модуль 5. Принципи епідеміологічного нагляду за ВІЛ серед дітей віком до 18 років.

Ще *чотири модулі* було опубліковано наприкінці 2013 р.:

- Модуль 2. Керівні принципи щодо етичних питань епіднагляду за ВІЛ-інфекцією.
- Модуль 4. Керівництво з нагляду за ВІЛ-інфекцією з використанням повідомлень про випадки ВІЛ-інфекції.
- Модуль 6. Керівні принципи оцінки смертності від ВІЛ-інфекції.
- Модуль 7. Оцінка національної системи епіднагляду.

Слайд 5. Оцінки: основа для нашої роботи

- **Цілі сталого розвитку:** показник захворюваності ВІЛ вимагає моделювання даних.
- **Консолідоване керівництво ВООЗ** зі стратегічної інформації (2015): 5 з 10 показників вимагають моделювання даних.
- **Глобальний план:** 8 з 10 показників вимагають моделювання даних.
- **Дані з розподілом за віком і статтю:** часто доступні тільки в моделях.
- **Щорічні дані:** занадто дорого проводити вимірювання щороку; використовується моделювання за ті роки, коли вимірювання не проводилися.

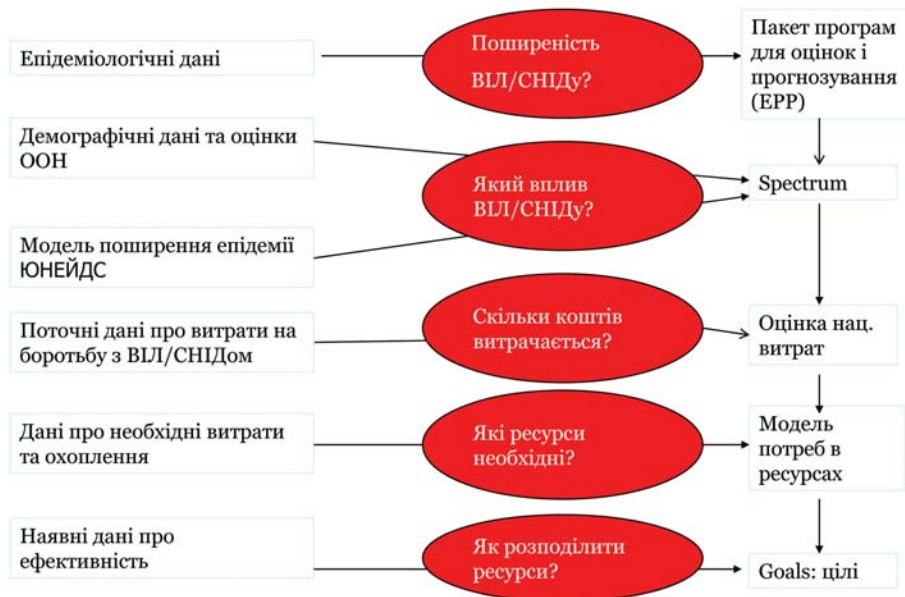
Слайд 6. Загальні завдання проведення оцінок

- Надати керівникам програм оцінки поширеності ВІЛ та впливу епідемії.
- Використовувати для стратегічного планування послуг з профілактики та догляду.
- З метою адвокації: кількість інфікованих, кількість померлих.
- Для глобальної звітності.
- Для оцінки впливу епідемії.

Слайд 7. Еволюція оцінок у зв'язку з ВІЛ

- Ранні роки: адвокація.
- Пізніше: адвокація та планування (напр., потреба в АРТ).
- Нещодавно: адвокація, планування та аналіз впливу (напр., Глобальний фонд, PEPFAR).
- Сьогодні: адвокація і (на субнаціональному рівні) планування та аналіз впливу.
- Скоро: адвокація і (на мікрорівні) планування та аналіз впливу.

Слайд 8. Інструменти ЮНЕЙДС



Слайд 9. Система моделей Spectrum

Програма Spectrum – це набір простих моделей стратегії, який спрощує для вищих посадових осіб процес проведення аналізу при прийнятті рішень.

Демографічний прогноз	МВС (модель впливу СНІДу)	LIST/LIST costing (дитяча смертність і вартість)	ФамПлен (планування сім'ї і потреби)	ТБ (модель епідемії туберкульозу)
-----------------------	---------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------------------

Гоалс	РНМ (система вирахування потреб у ресурсах)	РАПІД (вплив швидкого зростання народжуваності, перенаселення)	Материнська смертність
-------	---	--	------------------------

Слайд 10. Структура Spectrum



Слайд 11. Вибір моделі

- У Spectrum 2013 пропонується чотири методи підбору за допомогою Пакету програм для оцінок і прогнозування (EPP):
 - R-сплайн – застосовується набір гладких математичних функцій для отримання більш згладжених кривих.
 - R-тенденція – використовуються попередні тенденції у значеннях «r», що спостерігаються в реальних епідеміях, для отримання згладженої кривої.
 - EPP-класик.
 - Робочий журнал.
- Підбір одним клацанням.
- Підібрати всі:
 - дозволяє підібрати кілька прогнозів, поки ви п’єте каву.

Слайд 12. Результати моделювання, Україна, 2014 р.

Показники	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Загальна кількість людей, які живуть з ВІЛ (дорослі віком від 15 років, осіб)	233 922	232 793	233 154	235 668	239 925	245 534	252 076	257 838
Рівень поширеності ВІЛ (дорослі віком від 15 років, %)	0,8	0,78	0,75	0,74	0,73	0,72	0,72	0,71
Оціночна кількість нових випадків ВІЛ-інфекції (захворюваність, осіб)	12 207	12 171	12 460	12 620	12 833	13 069	13 466	14 309

ПРЕЗЕНТАЦІЯ № 7

ПІДХОДИ ДО ВІЗУАЛІЗАЦІЇ СТРАТЕГІЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ У СФЕРІ ПРОТИДІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ

Слайд 1. Епіднагляд щодо ВІЛ другого покоління: ключові відмінності

- Краще розуміння тенденцій у динаміці.
- Краще розуміння поведінки.
- Спостереження підгруп населення, які зазнають найбільшого ризику інфікування.
- Гнучкість епіднагляду (відповідає потребам і стану епідемії).
- Краще використання даних епіднагляду для профілактики та догляду.

Слайд 2. Основні способи представлення стратегічної інформації



Слайд 3. Візуалізація = графічна презентація даних

- Легше побачити відмінності та тренди (зміни).
- Демонстрація зв'язків.
- Легше «розставити акценти».
- Крайній спосіб комунікації з різними аудиторіями.

Стаття з ілюстраціями отримує на **94%** більше переглядів.

Сьогодні середній діапазон уваги людини – **8 секунд**, це на 1 секунду менше, ніж у золоті рибки.

Слайд 4. Типи візуалізацій

Тип візуалізації	Опис
Таблиця	Організація конкретних масивів даних для подання числової інформації. Потребують більше часу для читання та розуміння, порівняння не показано наочно.
Лінійний графік	Зображення змін даних у часі. Показує часові тренди: збільшення чи зменшення.
Стовпчикова діаграма	Порівняння чисельності різних груп (категорій). Допомогає швидко побачити співвідношення.
Кругова діаграма	Зображення частин цілого. Зображення даних за секторами, де розмір кожного сектору відображає частку від цілого.
Карта	Зображення даних, що прив'язані до географічних територій. Зображення таких даних у динаміці – через побудову декількох карт.

Слайд 5. Передача різних даних різними типами графіків



Слайд 6. Картограми

Картограма – зміна розміру території відповідно до розподілу певної змінної.

Розмір території – пропорція від абсолютної кількості людей, які померли від СНІДу протягом 2002 р.

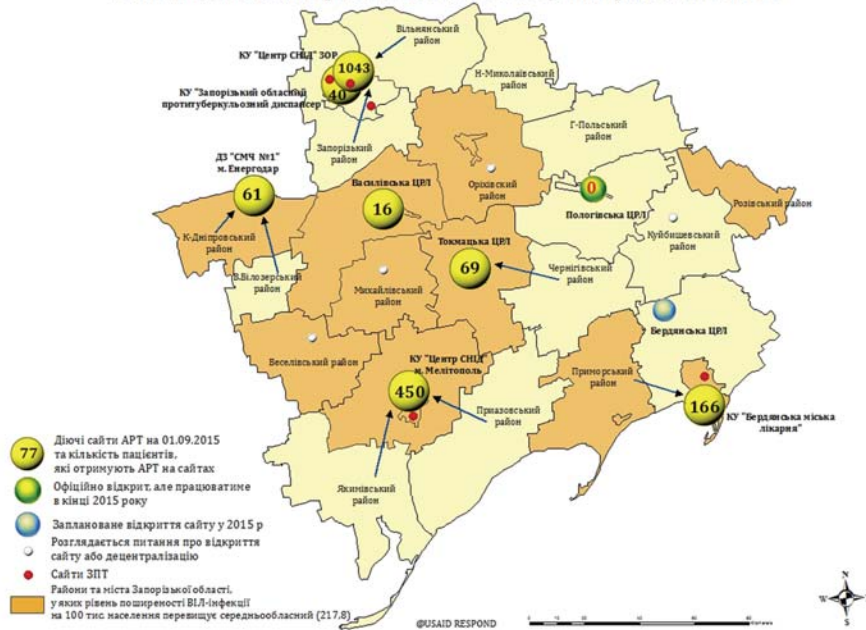


Слайд 7. Пропорційні символи

Чим більший розмір символу, тим більше поширена певна характеристика на конкретній території.

Споживання вина у країнах Європи, 2006 р.

Запланована децентралізація сайтів АРТ у Запорізькій області



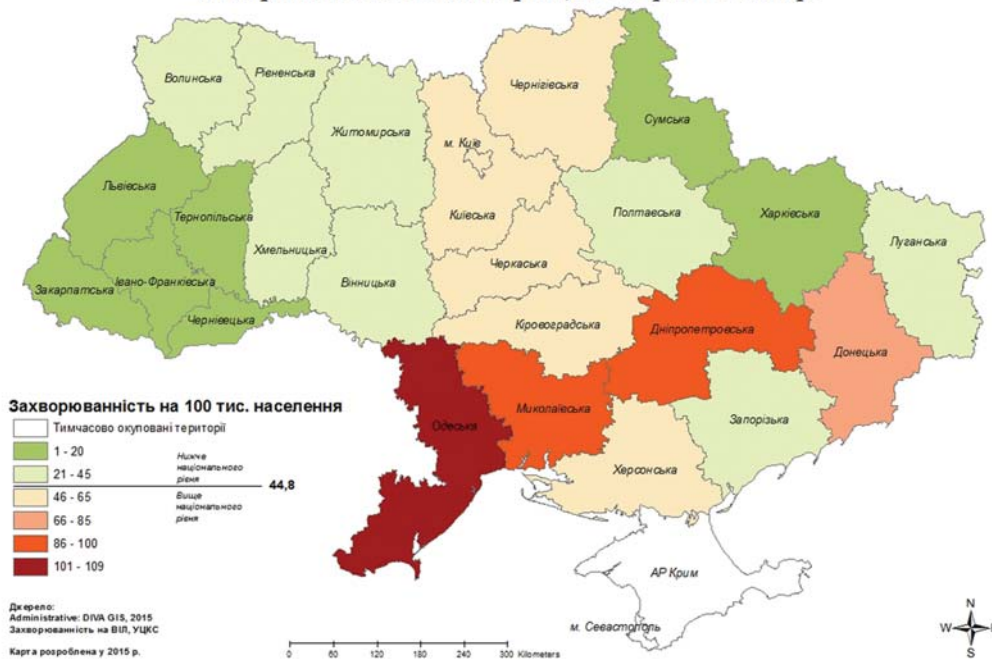
Джерело: hiv.ucdc.gov.ua/mapping/.

Слайд 8. Фонова картограма (хороплет)

Коли використовувати? Дані стандартизовані, показують співвідношення.

Поширеність ВІЛ на 100 тис. населення

Захворюваність на ВІЛ-інфекцію в Україні в 2014 р.



Джерело: Administrative: DNA GIS, 2015
Захворюваність на ВІЛ, УЦСК
Карта розроблена у 2015 р.

Джерело: hiv.ucdc.gov.ua/mapping/.

Слайд 9. Уроки візуалізації

Заголовки повинні розповідати людям, що означають дані, а не просто їх описувати.

- Що? Нові випадки ВІЛ.
- Хто? Вагітні.
- Де? м. Київ.
- Коли? 2013 рік.

Уникайте «сміття» на графіках

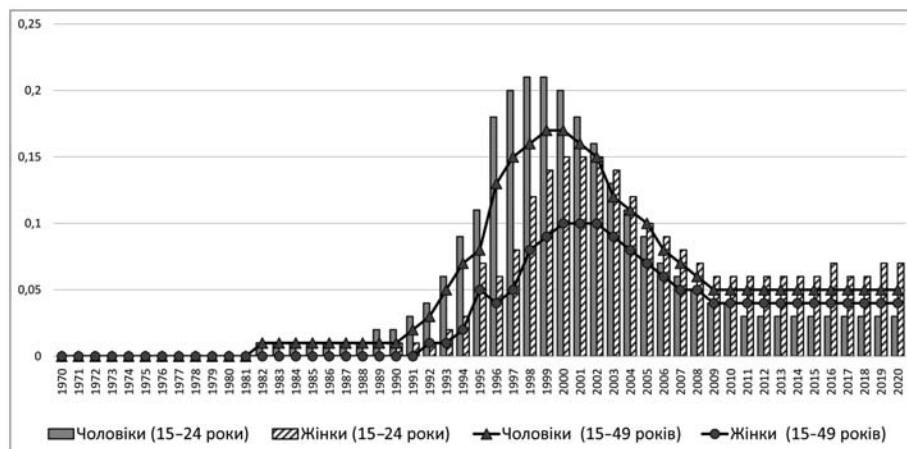
- Кожен елемент графіка = важлива інформація.
- Читач має розуміти графік без посилання на текст (у звіті).
- Чітке маркування вісей X та Y.
- Вісь відповідає даним.
- Легенда для всіх елементів.
- Посилання на джерело даних.

Креативне використання кольорів

- Єдина тема в документі/презентації.
- Конвенційні кольори (червоний = «небезпечний», світло-сірий = «безпечний»).
- Використання градієнту, тільки якщо це рангові дані.

Мітки даних

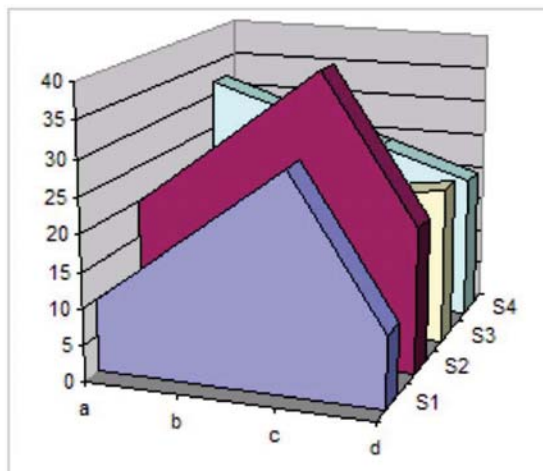
- Текстові поля, стрілки та інші маркери.

Слайд 10. Враховуйте чорно-білий друк!

Прогноз щодо захворюваності на ВІЛ-інфекцію на 1000 населення за віком та статтю (Spectrum) у Черкаській області

Слайд 11. Обережно використовуйте 3D!

Тільки для осіб з рентгенівським зором...

**Слайд 12. Стратифікація даних**

Це представлення даних за групами.

- Які групи?
- Роки.
- Вік.
- Стать.
- Географічні регіони.
- Місця надання послуг.

ПРЕЗЕНТАЦІЯ № 8**РОЗПОВСЮДЖЕННЯ СТРАТЕГІЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ
У СФЕРІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ****Слайд 1. Інформаційна діяльність**

ЗМІ – один із ключових каналів поширення серед масової аудиторії суспільно значущої інформації про події в різних сферах життєдіяльності.

Потоки інформації:

- вертикальні (передбачають зв'язок «керівник – підлеглий»);
- горизонтальні (неформальні).

Слайд 2. Основні форми розповсюдження інформації

- Публікації (статистичні дані, результати досліджень, 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 та телебаченні.

**Слайд 3. Правові аспекти інформаційної діяльності
у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу для центрів МіО (1)****Закони 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 цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки».
- «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки».

Слайд 4. Правові аспекти інформаційної діяльності у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу для центрів МіО (2)

Закони України про роботу ЗМІ

- «Про інформацію».
- «Про телебачення і радіомовлення».
- «Про Національну раду України з питань телебачення і радіомовлення».
- «Про Суспільне телебачення і радіомовлення України».
- «Про доступ до публічної інформації».
- «Про основні засади розвитку інформаційного суспільства в Україні».
- «Про авторське право і суміжні права».
- «Про засади державної мовної політики».
- «Про захист суспільної моралі».
- «Про засади запобігання і протидії корупції».
- «Про рекламу».
- «Про телекомунікації».
- «Про інформаційні агентства».

Слайд 5. Рівень інформаційної культури

- Професійна обробка стратегічної інформації.
- Зміна форми без зміни суті.
- Вміння робити коректні висновки на основі стратегічної інформації.

Слайд 6. Компоненти інформаційної культури (1)

Загальнопізнавальні

Риси комунікатора для міжособистісного професійного спілкування:

- Пошук інформації з різних джерел, використання алфавітних і тематичних каталогів.
- Знання фахових періодичних видань.
- Систематизація фактів, формування висновків, гіпотез, прогнозів та пошук шляхів розв'язання кризових ситуацій, які можуть виникати.

Алгоритмічна культура

- Правильно, чітко та однозначно формулювати власні думки.
- Визначати послідовність операцій у пізнавальній діяльності, розробляти програму спостереження, дослідження, експерименту.
- Аналізувати знання та інтерпретувати отримані результати тощо.

Навички роботи з комп'ютерною технікою

- Швидко вводити інформацію і працювати з графічним інтерфейсом програми.
- Використовувати засоби операційної системи та прикладне програмне забезпечення загального та предметно-орієнтованого призначення, системи телекомунікацій.

Знання етичних та юридичних норм у галузі інформаційних технологій

- Знати і не порушувати закони про авторські права на комп'ютерні програми.
- Дотримуватись етичних норм при опублікуванні інформації в мережі Інтернет, під час роботи з електронною поштою та участі в телеконференціях (комп'ютерна спільнота засуджує розміщення на сторінках Інтернету пропаганди наркотиків, порнографії, насильства).

Слайд 7. Обмеження на використання і поширення окремих відомостей

Інформація, що захищається:

- інформація з обмеженим доступом (відомості, що містять державну таємницю);
- конфіденційна інформація (відомості, що містять комерційну таємницю, а також таємницю, що стосується особистого життя і діяльності громадян).

Об'єкти захисту інформації:

- 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:

- стратегічна;
- політична;
- соціально-економічна;
- військова;
- наукова.

Слайд 8. Критерії обмеження доступу до інформації



Слайд 9. Порядок доступу до публічної інформації

Стаття 5. Забезпечення доступу до інформації – систематичне та оперативне оприлюднення інформації:

- в офіційних друкованих виданнях;
- на офіційних веб-сайтах у мережі Інтернет;
- на інформаційних стендах тощо;
- надання інформації за запитом на інформацію.

Стаття 21. Плата за надання інформації

1. Інформація на запит надається безкоштовно.

2. Якщо задоволення запиту на інформацію передбачає виготовлення копій документів (> 10 стор.) – запитувач відшкодовує фактичні витрати на копіювання та друк.

- Надання великого обсягу інформації є підставою для продовження строку розгляду запиту до 20 робочих днів, а також для надіслання письмового повідомлення запитувачеві про цей факт згідно з частиною 4 статті 20 того ж Закону, оскільки в іншому випадку проблематично надати відповідь на запит упродовж п'яти днів, стягнувши одночасно плату, яка передбачена статтею 21 Закону. У разі непроведення такої оплати в зазначений строк, запитувачу відмовляється в задоволенні запиту.

3. Розмір фактичних витрат на копіювання та друк визначається відповідним розпорядником у межах граничних норм витрат на копіювання або друк документів, що надаються за запитом на інформацію (затверджені постановою Кабінету Міністрів України від 13.07.2011 р. № 740). У разі якщо розпорядник інформації не встановив розміру плати за копіювання або друк, інформація надається безкоштовно.

Слайд 10. Відмова у задоволенні запиту на інформацію

Стаття 22

1. Розпорядник інформації має право відмовити в задоволенні запиту в таких випадках:

- розпорядник не володіє і не зобов'язаний відповідно до компетенції володіти інформацією;
- інформація належить до категорії інформації з обмеженим доступом;
- не оплачено фактичні витрати, пов'язані з копіюванням або друком;
- не дотримано вимог до запиту на інформацію.

2. Відповідь розпорядника інформації про те, що інформація може бути одержана запитувачем. Відлік строку розгляду запиту на інформацію починається з дня отримання запиту належним розпорядником.

У відмові в задоволенні запиту на інформацію має бути зазначено:

- прізвище, ім'я, по батькові та посаду особи, відповідальної за розгляд запиту розпорядником інформації;
- дату відмови;
- мотивовану підставу відмови; порядок оскарження відмови;
- підпис.

Відмова надається в письмовій формі!

Слайд 11. Комунікативний супровід у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на регіональному рівні

Основна **мета комунікативного процесу** – забезпечення розуміння, опрацювання та поширення повідомлень.

Розрізняють такі **рівні комунікаційної взаємодії**:

- внутрішній;
- зовнішній.

Слайд 12. Рівні комунікаційної взаємодії

- **Зовнішній рівень комунікації:**

інформування органів державної влади, з акцентом на комунікацію з місцевою владою;

інформування громадських організацій та інших партнерів, які працюють у сфері охорони здоров'я;

співпраця з мас-медіа як з найбільш дієвим інструментом формування громадської думки;

робота з цільовими групами та широкими верствами населення.

- **Внутрішній (або корпоративний) рівень комунікації:**

формування взаємоузгодженого комунікативного середовища всередині колективу організації (важливо, щоб медіа-просування було справою не лише керівника чи одного працівника);

дотримання елементарних правил збору, обробки та узгодження інформації всередині організації.

Слайд 13. Потенційні користувачі стратегічної інформації у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу

- 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.

Слайд 14. Корисні інструменти партнерського спілкування – періодичні інформаційні бюлетені

«**News letter**» або «**fact sheet**» – зібрання актуальних новин, статистичних показників, епідеміологічних даних, законодавчих нововведень, кадрових змін тощо.

Слайд 15. Заходи інформаційного просування

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

Усі ці заходи повинна об'єднувати мета: чого ми прагнемо за результатами проведення?

Слайд 16. 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 СНІДу).
- Аналітичні звіти за результатами інтегрованих біоповедінкових досліджень серед СІН, ЖКС, клієнтів ЖКС, ЧСЧ, засуджених, ЛЖВ, молоді.
- Аналітичні звіти за підсумками інших соціологічних досліджень, у т.ч. операційних досліджень.
- Національні звіти з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом (звітні періоди: січень 2006 – грудень 2007, січень 2008 – грудень 2009 рр.).
- Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Звітний період: січень 2010 р. – грудень 2011 р.
- Оцінка чисельності груп високого ризику щодо 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.

Слайд 17. Ефективне застосування засобів інформаційного просування

- Постановка цілей.
- Планування.
- Організація.
- Проведення/реалізація.
- Підбиття підсумків/аналіз заходу (акцент на зворотному зв'язку).

Слайд 18. 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.

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

Електронні документи готуються після кожного заходу, де було представлено стратегічну для регіону інформацію.

Аналітичний звіт готується після проведення соціологічних досліджень або аналізу медичної статистики (може існувати як в електронному вигляді, наприклад на сайті організації, так і в друкованому, але має бути поширеним серед різних зацікавлених сторін).

Адвокаційні документи готуються колективом авторів з метою привернути увагу всіх зацікавлених сторін та надати аргументи для прийняття конкретних рішень.

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

Слайд 19. Привернення уваги суспільства до проблем

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 і транслуються ЗМІ;
- історії окремих людей;
- думки та повідомлення лідерів громадської думки, відомих осіб.

ПРЕЗЕНТАЦІЯ № 9

РОБОТА З ЗАСОБАМИ МАСОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ: ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ТА ПРИКЛАДИ ІНФОРМАЦІЙНИХ МАТЕРІАЛІВ З ВИКОРИСТАННЯМ СТРАТЕГІЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ У СФЕРІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ

Слайд 1. Види засобів масової комунікації

ЗМІ є інформаційними джерелами і становлять одну з функціональних систем сучасного суспільства.

Розрізняють **кілька видів**:

- друковані ЗМІ – преса (газети, журнали, бюлетені тощо і разові видання з визначеним тиражем).
- аудіовізуальні ЗМІ (радіомовлення, телебачення, кіно, звукозапис, відеозапис, інтернет-видання тощо).

ЗМІ можуть бути державними і приватними; як вузькоспеціалізованими, галузевими, так і загальносуспільними інституціями.

Слайд 2. Проведення медіа-заходів

Проведення прес-конференції – презентація актуальної інформації, для висвітлення якої недостатньо прес-релізу.

Буває планова і позапланова, залежно від важливості тематики та події.

Наприклад:

- зміна епідемічної ситуації;
- запровадження нових методик роботи;
- старт нового проекту;
- озвучення проблеми, яка потребує вирішення шляхом залучення ЗМІ.

Привід: реакція на поширення недостовірної інформації, резонансні випадки, пов'язані з захворюваністю громадян, тощо.

Слайд 3. Схема проведення медіа-заходу (прес-конференції/брифінгу)



Слайд 4. Підготовка до прес-конференції (1)

Визначення тематики та учасників прес-конференції, збір матеріалів

- 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.

Слайд 5. Підготовка до прес-конференції (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.
- Слід подбати про таблички з іменами та посадами спікерів; мікрофони; екран чи проектор (якщо планується показ слайдів).
- Для ефективного проведення заходу передбачається позиція модератора, тобто ведучого прес-конференції чи брифінгу. Головним завданням модератора є оголошення інформаційного приводу (з якою метою запрошено журналістів), представлення учасників.

Слайд 6. Підготовка до прес-конференції (3)

Анонсування

- Анонс – це стисла (3-4 речення) інформація про медіа-захід: що, де і коли проводиться? Хто говоритиме?
- Розсилається до 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.
- Доцільним є додаткове індивідуальне запрошення працівників фахових ЗМІ, з якими можна запровадити постійну співпрацю.

Слайд 7. Підготовка до прес-конференції (4)

Акредитація ЗМІ

Акредитація проводиться для того, щоб оцінити, наскільки зацікавила ЗМІ анонсована подія, які запитання можуть звучати. Якщо на подію відгукнулося менше мас-медіа, ніж передбачалося, варто зробити повторне анонсування, особисто запросити журналістів.

Для прес-конференції готують:

- прес-реліз;
- акредитаційний список ЗМІ;
- список учасників.

Слайд 8. Підготовка до прес-конференції (5)

- 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.

Слайд 9. Вимоги до створення прес-релізу (1)

1. Повинен бути коротким (обсягом не більше 250 слів), надрукованим з подвійним міжрядковим інтервалом.
2. Перша сторінка повинна містити «розпізнавальні» знаки організації, яка є джерелом інформації. Для цього використовуються бланки організації, на яких є логотип та контактна інформація.
3. Прес-реліз повинен мати невеликий заголовок.
4. Перед текстом бажано залишити вільне місце (приблизно 1/3 аркуша), а на сторінці з прес-релізом – великі поля: на цих місцях журналісти і редактори роблять позначки або нотатки.

Слайд 10. Вимоги до створення прес-релізу (2)

5. Найважливіша інформація наводиться в першому абзаці (Хто?, Що?, Коли?, Де?, Чому?).
Наступний абзац представляє Вашу організацію чи установу.
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 та стоп-слів.
8. Не розповідайте все, адже якщо Ви так зробите, журналісту вже не буде потреби відвідувати Ваш захід.

Слайд 11. Вимоги до створення прес-релізу (3)

9. Не використовуйте ініціалів. Вживайте імена та по батькові.
10. Завжди вказуйте дату випуску прес-релізу. Часто використовується формулювання: «Для термінового випуску». Обов'язково вкажіть дату відправлення та доставки.
11. Вкажіть ім'я контактної особи та номер її телефону.
12. Якщо Ви захочете включити до прес-релізу фотографію, тоді додайте до неї заголовок та пояснення.

Слайд 12. Завершення прес-конференції (брифінгу)

Важливий елемент інформаційної роботи – відстеження опублікованих статей та сюжетів, ступінь використання наданої інформації.

Доцільно замовити моніторинг, який засвідчить рівень успішності просування інформації про діяльність у сфері ВІЛ/СНІДу, найбільш цікаві для ЗМІ та громадськості формати й теми.

Слайд 13. 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.

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?*

Перед проведенням інтерв'ю слід з'ясувати у журналіста причину його інтересу до теми, попросити надіслати орієнтовні запитання, які будуть обговорюватися в розмові.

Слайд 14. Рекомендовані правила інтерв'ю (1)

- Не відповідати лише «Так!» або «Ні!».
- Не вживати термінів (якщо цього не уникнути, розшифрувати термінологію представникові ЗМІ).
- Не вступати в полеміку; якщо журналіст починає сперечатися, слід пояснити, у 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 складнопідрядних речень, в яких можна заплутатися.
- Бути доброзичливим, створювати образ відкритого до діалогу фахівця, який нічого не приховує.

Слайд 15. Рекомендовані правила інтерв'ю (2)

Інтерв'ю – це матеріал, основу якого становить 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 з журналістом в індивідуальному порядку. Якщо ж наявне відверте перекручування фактів, яке вийшло у друк, то слід опублікувати оскарження.

Слайд 16. Інтерв'ю на телебаченні (1)

Необхідно вивчити формат програми (запис чи прямий ефір), мету, оскільки для представника центру СНІДу існує ризик бути лише декорацією для інших учасників. Перед участю в таких програмах із редакторами обговорюють суть, хронометраж і сценарій програми.

У прямому ефірі цінними будуть активність, простота, образність висловлювань. Щодо запису існує ймовірність вилучення частини відповідей під час монтування програми чи сюжету.

Слід озвучувати думки стисло, уникати довгих нефактажних речень. Перед початком програми корисною буде своєрідна репетиція виступу.

Слайд 17. Інтерв'ю на телебаченні (2)

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 незрозумілі.
- 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).

Слайд 18. Інтерв'ю на телебаченні (3)

Важливо! Камера не любить:

- строкатості, яскравих смужок та «горошку» на одязі;
- зайвих рухів, розхитування, вальяжності пози, підпирання підборіддя, схрещування рук.

Зазвичай у підготовці програми беруть участь гример та перукар, які роблять 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.

Слайд 19. Критерії вдалого публічного виступу (1)

Виступ включає головну думку та докази для її підтвердження.

За структурою поділяється на три частини:

- вступ (причини, порушена проблема);
- основа (аргументація);
- завершення (висновки, пропозиції).

Слайд 20. Критерії вдалого публічного виступу (2)

Для збереження уваги аудиторії, її зацікавленості виступом ораторові слід дотримуватися таких правил:

- не вживати формалізовану мову («На виконання доручення, закону»);
- не виправдовуватись, а пояснювати ситуацію за допомогою чітких аргументів;
- не повторювати 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 скорочень (ІФА, СІН);
- не називати цифр навмання («Здається», «Якщо не помиляюся»).

Слайд 21. Критерії пріоритетності тематики

- **Актуальність:** тема повинна перебувати в контексті глобальних подій.
- **Резонанс:** інформація, яка не повинна залишати байдужим. Те, що могло приховуватися, спроможне викликати сильні емоції, реакцію, вчинки або наслідки.
- **Суспільна значущість:** те, що завдасть користі чи шкоди (приміром, ВІЛ-інфекція, туберкульоз), історія конкретної людини, яка живе поруч.

Слайд 22. Що створює матеріал (сюжет)?

- **Спікер:** лаконічні, ясні та чіткі думки, релевантні відповіді на поставлені запитання. Спікер має пояснити загальну картину журналістові, однак для того щоб потрапити в екран, він повинен говорити конструктивно, завершено, озвучуючи зміст, а не «лити воду».
- **Герой сюжету:** присутній в кадрі, без посередників, інтерпретерів тощо. Жодна публічна подія, аналітика чи таблиця з цифрами не передасть відчуття або стану людини, яка пережила чи відчула на собі обговорювану тему.
- **Сценарність, динамічність сюжету:** дозволить забезпечити гарну «картинку», якісні локації, які мають безпосередню причетність до події. Це необхідність, до якої вдається журналіст, щоб зробити свій матеріал більш живим, репортажним і таким, який запам'ятається.

Слайд 23. Аудиторія

Аудиторія: «18–54», 50 тис.:

- ТСН (1+1).
- «Вікна-Новини» (СТБ).
- «Факти» (ICTV).
- «Подобиці» (Інтер).
- «Події» (ТРК Україна).

«Подобиці» та «Події» залучають аудиторію з найбільш поважним віком. Телеглядачів віком від 55 років в аудиторії «Подобиць» 55%, «Подій» – 57%.

На протилежному віковому «полюсі» – «Вікна-Новини» (тільки 32% аудиторії віком від 55 років).

Найбільш «жіночі» новини – «Вікна-Новини», «чоловічі» – «Факти».

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

Основні джерела

- Робота зі стратегічною інформацією у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на регіональному рівні. Практичний посібник. – К.: ТОВ «Поліграф Плюс», 2015. – 120 с.
- Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector. – WHO, May, 2015.

Корисні інтернет-джерела

- Національний портал стратегічної інформації у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу (www.hiv.ucdc.gov.ua). Об'єднує кілька інтерактивних інтернет-ресурсів у сфері МіО та стратегічної інформації з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, зокрема:
- **Регіональні профілі он-лайн.** Ресурс включає ключові епідеміологічні дані, результати біоповедінкових досліджень серед груп підвищеного ризику, дані щодо охоплення профілактичними та медичними програмами у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на рівні областей.
- **Картування.** Доступні статичні та інтерактивні карти ВІЛ-сервісних послуг для груп підвищеного ризику (СІН, ПКС, ЧСЧ, ув'язнених, ЛЖВ) в Україні, є готові шаблони та масиви для створення власних карт, а також керівництво зі створення інтерактивних карт із застосуванням картографічної платформи ArcGIS.
- **ДевІнфо.** Електронна база показників у сфері ВІЛ/СНІДу. Це потужна система баз даних, яка містить індикатори за часовим та географічним значеннями і може налаштовуватися відповідно до потреб конкретного користувача. Може бути основою для роботи з показниками, їх аналізу та демонстрації результатів.
- **Реєстр інтервенцій у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні.** Містить інформацію про впровадження ефективних біоповедінкових та структурних втручань в Україні, а також визначення рівня доказовості для кожного з них.
- **Реєстр ВІЛ-сервісних організацій та донорів, які працюють у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні.** Містить узагальнену інформацію про донорські організації, які надають технічну допомогу у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні, а також неурядові організації, які працюють у цій сфері, за напрямками діяльності, цільовими групами і зазначенням контактної інформації. Інформація доступна у вигляді візуалізованих карт, а також у текстовому вигляді. Реєстр має зручну систему пошуку інформації.
- **Регіональні центри МіО.** Ресурс містить інформацію про діяльність і стан розвитку системи МіО в кожному регіоні.
- **Електронна бібліотека публікацій** у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.
- **План досліджень.** Ресурс містить інформацію про дослідження у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, які реалізуються та плануються до проведення у поточному році.
- **План тренінгів.** Ресурс містить інформацію про тренінги у сфері стратегічної інформації та МіО на національному й місцевому рівнях, заплановані на поточний рік.

Додаткова література

- Global health sector strategy on HIV/AIDS 2011–2015. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/hiv/pub/hiv_strategy/en/index.html, accessed 21 May 2013).
- Guidelines for conducting a review of the health sector response to HIV/AIDS. Manila, WHO Regional Office for South-East Asia, 2008.
- 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).
- HIV triangulation resource guide: synthesis of results from multiple data sources for evaluation and decision-making. – World Health Organization, 2009.
- 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.
- Overview of triangulation methodology: Synthesis of multiple data sources for evaluation and decision-making in HIV epidemics based on initial experiences, CDC, 2009.
- Planning guide for the health sector response to HIV. Geneva, World Health Organization, 2011.
- Schwartlander B, Stover J, Hallet T et al.: Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS. *Lancet* 2011; 377: 2031-41.
- Stakeholder Engagement Tool, MEASURE Evaluation, 2011.
- Strategic information manual for implementing partners in South Africa, PEPFAR, 2007.
- Tools for Data Demand and Use in the Health Sector: Quick Guide, MEASURE Evaluation, 2011.
- UNAIDS, WHO and MEASURE. National AIDS programmes: a guide to monitoring and evaluation. Geneva, World Health Organization, 2000.
- United Nations General Assembly. Political Declaration on HIV and AIDS: Intensifying Our Efforts to Eliminate HIV and AIDS. New York, United Nations General Assembly 2011.
- WHO. Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector, 2015 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/164716/1/9789241508759_eng.pdf?ua=1&ua=1.
- Второе поколение эпидемиологического надзора за ВИЧ: следующее десятилетие / ВОЗ и UNAIDS, 2000.
- Електронний ресурс: <http://www.usaid.gov/what-we-do/global-health/hiv-and-aids/technicalareas/strategic-information#section1>.
- Стратегія інформаційного розвитку Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу (затверджена рішенням Національної ради від 25.07.2013 р.).
- Техническое руководство ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС 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.

Оберіть, що з цього переліку є даними, інформацією та стратегічною інформацією.

Один варіант відповіді у кожному рядку.

	Дані	Інформація	Стратегічна інформація	Не знаю
2.1. Відсоток тестувань осіб з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ від загальної кількості тестувань	1	2	3	99
2.2. Оціночна кількість груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ	1	2	3	99
2.3. Результати тестувань груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ упродовж року	1	2	3	99
2.4. Співвідношення показника «Відсоток тестувань осіб з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ від загальної кількості тестувань» з цільовим (плановим) показником	1	2	3	99

2.5. У грудні 2013 року Координаційна рада програми ЮНЕЙДС затвердила нові цільові індикатори боротьби з епідемією ВІЛ-інфекції/СНІДу на глобальному рівні: «90–90–90». Які з індикатори характеризують такі відсотки у каскаді послуг для ЛЖВ?

1. 90% всіх людей, які живуть з ВІЛ, знають свій ВІЛ-статус.

2. 90% всіх людей, які живуть з ВІЛ, охоплено профілактичними програмами.

3. 90% всіх людей з діагнозом ВІЛ-інфекції отримують АРТ.

4. 90% всіх людей з діагнозом ВІЛ-інфекції отримують АРТ через 12 місяців після призначення терапії.

5. 90% всіх людей, які отримують АРТ, мають тривале пригнічення вірусного навантаження.

99. Важко відповісти.

2.6. Центру МіО необхідно оцінити чисельність СІН, що потребують ЗПТ в області N. Які дані/показники необхідні для розрахунку? (Можливі кілька правильних варіантів відповіді).

* Застосування ЗПТ показане всім особам з опіоїдною залежністю (ВООЗ).

1. Оціночна чисельність СІН на національному рівні.

2. Оціночна чисельність СІН на регіональному рівні.

3. Відсоток СІН з опіоїдною залежністю, за даними біоповедінкового дослідження.

4. Відсоток СІН, охоплених профілактичними програмами, за даними біоповедінкового дослідження.

5. Кількість СІН, охоплених профілактичними програмами, за даними програмного моніторингу.

99. Важко відповісти.

2.7. Дайте визначення, що таке «триангуляція»:

1. Синтез різних джерел даних.
2. Кількісний аналіз даних.
3. Зустріч зацікавлених сторін.
4. Все зазначене вище.

2.8. Підхід використання інформації для прийняття рішень передбачає такі складові:

1. Представлення інформації.
 2. Використання даних.
 3. Збір та аналіз даних.
 4. Запит на дані.
99. Важко відповісти.

2.9. Які затверджені оціночні дані є доступними на регіональному рівні в Україні?

1. Оцінка чисельності СІН.
2. Оцінка чисельності партнерів-СІН.
3. Оцінка чисельності ЖКС.
4. Оцінка чисельності клієнтів ЖКС.
5. Оцінка чисельності ЧСЧ.
6. Оцінка чисельності ЛЖВ.
7. Оцінка чисельності підлітків груп ризику.
8. Все зазначене вище.

2.10. Якого кроку у схемі проведення медіа-заходу не вистачає?

1. Анонсування.
2. Акредитація ЗМІ.
3. Підготовка довідкових матеріалів.
4. Спілкування зі ЗМІ.
5. Забезпечення локацій для зйомки.
6. Не вистачає: _____ підготовка прес-релізу

Дякуємо!

Вихідне опитування

Тренінг

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

Шановний учаснику! Просимо заповнити підсумкову анкету, яка є анонімною.

2. ОЦІНКА ПОІНФОРМОВАНOSTІ ЩОДО ТЕМАТИКИ ТРЕНІНГУ

УВАГА! У запропонованому зразку правильні відповіді позначено кольором!

Для учасників Ви маєте роздрукувати анкети без кольору.

Оберіть, що з цього переліку є даними, інформацією та стратегічною інформацією.

	Один варіант відповіді в кожному рядку	Дані	Інформація	Стратегічна інформація	Не знаю
2.1.	Відсоток тестувань осіб з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ від загальної кількості тестувань	1	2	3	99
2.2.	Оціночна чисельність груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ	1	2	3	99
2.3.	Результати тестувань груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ упродовж року	1	2	3	99
2.4.	Співвідношення показника «Відсоток тестувань осіб з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ від загальної кількості тестувань» з цільовим (плановим) показником	1	2	3	99

2.5. У грудні 2013 року Координаційна рада програми ЮНЕЙДС затвердила нові цільові індикатори боротьби з епідемією ВІЛ-інфекції/СНІДу на глобальному рівні: «90–90–90». Які з індикатори характеризують такі відсотки у каскаді послуг для ЛЖВ?

1. 90% всіх людей, які живуть з ВІЛ, знають свій ВІЛ-статус.

2. 90% всіх людей, які живуть з ВІЛ, охоплено профілактичними програмами.

3. 90% всіх людей з діагнозом ВІЛ-інфекції отримують АРТ.

4. 90% всіх людей з діагнозом ВІЛ-інфекції отримують АРТ через 12 місяців після призначення терапії.

5. 90% всіх людей, які отримують АРТ, мають тривале пригнічення вірусного навантаження

99. Важко відповісти.

2.6. Центру МіО необхідно оцінити чисельність СІН, що потребують ЗПТ в області N. Які дані/показники необхідні для розрахунку? (Можливі кілька правильних варіантів відповіді).

** Застосування ЗПТ показане всім особам з опіоїдною залежністю (ВООЗ).*

1. Оціночна чисельність СІН на національному рівні.
2. Оціночна чисельність СІН на регіональному рівні
3. Відсоток СІН з опіоїдною залежністю, за даними біоповедінкового дослідження.
4. Відсоток СІН, охоплених профілактичними програмами, за даними біоповедінкового дослідження.
5. Кількість СІН, охоплених профілактичними програмами, за даними програмного моніторингу.

2.7. Тріангуляція – це...

1. Синтез різних джерел даних.
2. Кількісний аналіз даних.
3. Зустріч зацікавлених сторін.
4. Все зазначене вище.

2.8. Підхід використання інформації для прийняття рішень передбачає такі складові:

1. Представлення інформації.
2. Використання даних.
3. Збір та аналіз даних.
4. Запит на дані.

99. Важко відповісти.

2.9. Які оціночні дані є доступними на регіональному рівні в Україні?

1. Оцінка чисельності СІН.
2. Оцінка чисельності партнерів-СІН.
3. Оцінка чисельності ЖКС.
4. Оцінка чисельності клієнтів ЖКС.
5. Оцінка чисельності ЧСЧ.
6. Оцінка чисельності ЛЖВ.
7. Оцінка чисельності підлітків груп ризику.
8. Все зазначене вище.

2.10. Якого кроку у схемі проведення медіа-заходу не вистачає?

1. Анонсування.
2. Акредитація ЗМІ.
3. Підготовка довідкових матеріалів.
4. Спілкування зі ЗМІ.
5. Забезпечення локацій для зйомки.
6. Не вистачає: підготовка прес-релізу

3. РІВЕНЬ ЗАДОВОЛЕНOSTІ

Наскільки Ви згодні з кожною з таких тез?	
Будь ласка, оцініть за 5-бальною шкалою, де 1 = «Повністю не згоден (згодна)», 2 = «Скоріше не згоден (згодна)», 3 = «Важко відповісти», 4 = «Скоріше згоден (згодна)», 5 = «Повністю згоден (згодна)».	
3.1. Тренінг відповідає моїм очікуванням	1 2 3 4 5
3.2. Після тренінгу в мене з'явилося бажання дізнатися більше про роботу зі стратегічною інформацією	1 2 3 4 5
3.3. Темп подання інформації на тренінгу був оптимальним	1 2 3 4 5
3.4. Тренери були добре підготовлені	1 2 3 4 5
3.5. Було досягнуто всіх цілей і завдань тренінгу	1 2 3 4 5
3.6. Я зможу використовувати в роботі знання, отримані на тренінгу	1 2 3 4 5

3.9. Які з тем були для Вас найбільш цікавими?

3.10. Які проблеми, пов'язані з темою тренінгу, лишилися поза увагою організаторів?

3.11. Як, на Ваш погляд, можна поліпшити організацію наступного тренінгу?

1. Скоротити тривалість тренінгу.
2. Збільшити тривалість тренінгу.
3. Знизити темпи тренінгу.
4. Прискорити темпи тренінгу.
5. Додати більше практичних занять (робота в групі, індивідуальна робота). Які саме:

6. Спростити інформацію, яка висвітлюється на тренінгу.

7. Надати більш поглиблену інформацію.

8. Інше (що саме): _____

Дякуємо!

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

ТРЕНІНГОВИЙ МОДУЛЬ

Авторський колектив:

Ольга Балакірева
Тетяна Бондар
Юлія Грамотна
Наталя Калягіна
Ігор Кузін
Марина Ніколко
Юлія Середа
Інна Шваб

Редактор:

Світлана Глущик

Верстка і дизайн:

Н. Тілікіна

Формат 60x84/8
Ум. друк. арк. 6,96.