



# ВОВЛЕЧЕНИЕ СООБЩЕСТВ В ПРОЦЕССЫ МОНИТОРИНГА, ОЦЕНКИ И ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА УСЛУГ

Методологический справочник

Increasing Community Engagement in Monitoring, Evaluation and Study of Quality of Service



Данное методологическое руководство было разработано при финансовой поддержке Robert Carr civil society Networks Fund (RCNF) в рамках программы «Здоровье можно купить за деньги, если выделен бюджет», реализуемой Восточноевропейским и Центральноазиатским объединением людей, живущих с ВИЧ (ВЦО ЛЖВ) в партнерстве с Евразийским Региональным Консорциумом.

Документ является результатом рабочей встречи по выработке общей позиции о роли ключевых групп сообществ в исследованиях, мониторинге и оценке качества услуг в регионе ВЕЦА. В рабочей встрече принимали участие представители ключевых групп сообществ, неправительственных, исследовательских и донорских организаций.

Материалы для рабочей встречи и методологический справочник был разработан независимыми консультантами:

**Лела Серебрякова** (lela.serebryakova@gmail.com)

**Денис Камалдинов** (dkamaldinov@yahoo.com)

Активное участие в разработке подходов и концепции этого документа принимали:

**Анна Довбах**, Евразийская ассоциация снижение вреда,

**Елена Герман**, Евразийская коалиция по мужскому здоровью,

**Владимир Жовтяк**, Восточноевропейское и Центральноазиатское объединение людей, живущих с ВИЧ.

# СОДЕРЖАНИЕ

<b>Введение</b>	<b>5</b>
<b>1. Мониторинг, оценка и исследование</b>	<b>6</b>
Мониторинг	6
Оценка	7
Почему важна система МиО?	7
Исследование	8
<b>2. Вопросы этики проведения исследования, мониторинга и оценки</b>	<b>9</b>
<b>3. Услуги: качество, доступность и удовлетворенность.</b>	<b>11</b>
Обзор моделей/концепции качества и доступности	11
Компоненты качества	14
Классическая модель качества	15
Структура	15
Процесс	15
Результат	15
Характеристика окружающей среды /свойства пациента	16
Уникальные знания клиента: удовлетворённость услугами	16
Измерения удовлетворённости	17
Пять основных аспектов удовлетворённости	17
<b>4. Роль сообществ в мониторинге, оценке и исследованиях</b>	<b>19</b>
<b>5. Мониторинг на базе сообществ - методология, подходы и опыт Глобального фонда</b>	<b>22</b>
Общая картина	22
Мониторинг на базе сообществ: определение ГФ	22
Принципы эффективного мониторинга	23
Модели мониторинга силами сообщества	24
Примеры моделей мониторинга силами сообществ в рамках грантов Глобального фонда	24
Достоинства и недостатки каждой модели	26
Аспекты мониторинга на базе сообществ	28

<b>6. Обзор опыта исследований силами сообществ в регионе ВЕЦА</b>	<b>29</b>
<b>7. Процесс исследования</b>	<b>30</b>
Шаг 1: Планирование	30
Шаг 2: Сбор данных	31
Шаг 3: Анализ данных	31
Шаг 4: Презентация данных	32
<b>8. Методы исследования</b>	<b>33</b>
Классификация методов исследования	34
Основные методы исследования	35
Как угадать метод: схема «3 вопроса»	36
Прикладной пример 1: Презентация данных	37
Стандартный формат отчета о проведении исследования	40
Формат предоставления результатов исследований	41
Экспериментальные исследования	41
Количественные методы исследования	41
Качественные методы исследования	41
Визуализация данных: почувствуй разницу	42
Цифры	42
Графики	42
Прикладной пример 2: Выборка	44
<b>9. Основные барьеры при проведении исследований и как их определить</b>	<b>47</b>
<b>10. Приложения</b>	<b>51</b>
Приложение 1: Глоссарий	51
Приложение 2: Исследования, проведенные силами сообществ в ВЕЦА	52
Приложение 3: Таблица приоритетных вопросов и подходов для исследований силами сообщества	64



# ВВЕДЕНИЕ

Важность вовлечения сообществ в процессы предоставления и оценки сервисов подчеркивается всеми международными организациями и донорами, работающими в сфере ВИЧ и с ключевыми группами населения. К сожалению, на практике, во время внедрения и предоставления услуг, роль сообществ часто недооценивается и, порой, игнорируется.

В данном документе не анализируются и не обсуждаются причины, по которым ключевые группы сообществ часто не привлекаются к процессам принятия решений. Наоборот, данный документ имеет рекомендательный характер и может быть использован для лучшего понимания того, как сообщества могут усилить свою значимость путем вовлечения в процессы, связанные с предоставлением услуг и оценкой их качества, а также процессы, связанные с проведением исследований, мониторингом и оценкой.

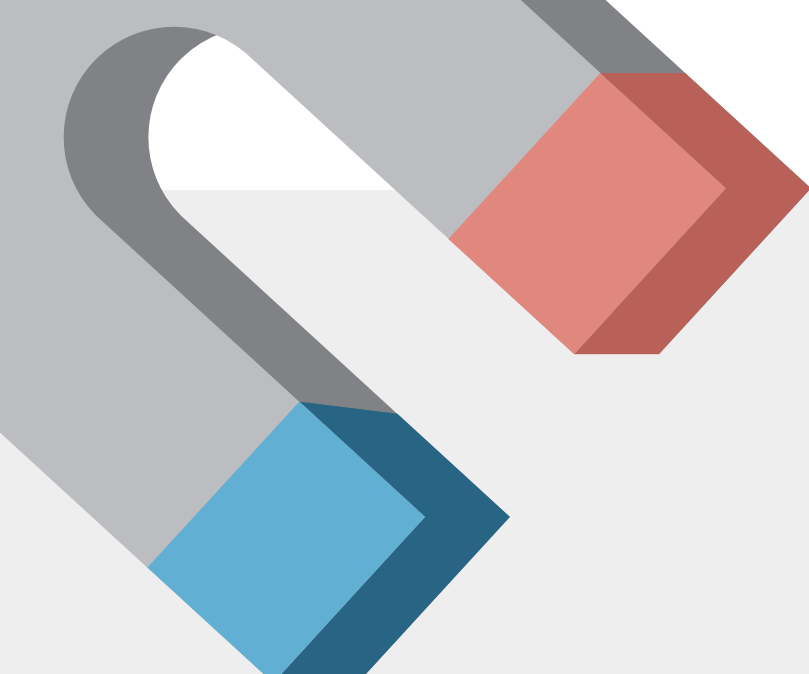
В современном мире “правильность” того или иного решения часто зависит от того, насколько оно базируется на доказательствах. Поэтому, когда адвокатируется та или иная позиция, очень важно аргументировать ее путем предоставления необходимых доказательств (а доказательства мы получаем благодаря таким процессам как мониторинг, оценка, исследования и др.).

Качество услуг не является завышенным требованием – это скорее базовая часть услуг. Ведь, как известно, сообщество и получатели сервисов имеют как потребность в постоянном улучшении услуг, так и уникальную позицию в процессе оценки их качества.

**Этот справочник был разработан с целью помочь сообществам увеличить их роль (вовлечение) в процессы мониторинга, оценки и исследования качества услуг.** Для этого, в данном документе мы собрали информацию о существующих подходах и методах.

Для разработки этого справочника, по инициативе Евразийского Регионального Консорциума была проведена рабочая встреча с участием представителей сообществ, экспертов и доноров из региона ВЕЦА. В рамках этой встречи обсуждались вопросы, связанные с существующими подходами вовлечения сообществ в процессы мониторинга, оценки и исследования качества услуг, в т.ч.:

- **Как могут сообщества использовать эти подходы?**
- **С какими проблемами они сталкиваются и как их можно решить?**



# 1. МОНИТОРИНГ, ОЦЕНКА И ИССЛЕДОВАНИЕ

В разговорной речи мы не всегда разделяем понятия «мониторинг», «оценка» и «исследование». По сути, эти термины очень часто используются как синонимы.

«Мониторинг» и «оценка» часто понимаются как один и тот же процесс. Даже обычно используется аббревиатура «М&Е»/«МиО», которая также повторяет идею, что эти два процесса являются частью одного целого.

С другой стороны, «исследование» часто используется в качестве заменяющего термина для «мониторинга» и/или «оценки». В этом разделе документа мы определяем и объясняем, как они отличаются по своим целям, приложениям и результатам.

## МОНИТОРИНГ

МОНИТОРИНГ можно определить как “систематический и регулярный сбор информации из проектов и программ”. Это **организованный процесс**, который отслеживает (анализирует) деятельность в отношении установленных планов и проверяет соответствие определенным стандартам (например, содержание услуги).

В мониторинге основное внимание уделяется тому, что и как делается, поэтому мониторинг **должен** включать мнения бенефициаров и заинтересованных сторон на уровне сообщества. Мониторинг обычно осуществляется людьми, реализующими проект/программу. Результаты мониторинга используются для изменения хода реализации проекта (если это необходимо) и для того, чтобы проект достиг в итоге намеченной цели или результата (outputs).

Мониторинг обычно фокусируется на ключевых индикаторах прогресса реализации проекта или изменения активностей. Индикатор может быть количественным или качественным, что обеспечивает достаточно простую и надежную основу для оценки достижений, изменений и эффективности. Эти индикаторы обычно разрабатываются в начале проектного цикла, а для того, чтобы понять, как мы оценим результаты в конце проекта, мы проводим в начале его реализации базовую оценку. В конце проекта/программы будет рассмотрен

прогресс, достигнутый в результате его/ее реализации по сравнению с базовой оценкой.

К числу некоторых видов мониторинга относятся: мониторинг результатов, мониторинг процесса (активности), мониторинг соблюдения, мониторинг ситуации (ситуаций), мониторинг бенефициаров, финансовый мониторинг и организационный мониторинг.

## ОЦЕНКА

ОЦЕНКИ используются для того, чтобы делать выводы о релевантности проекта/программы, его/ее эффективности и устойчивости. Оценка представляет собой **процесс** анализа и/или интерпретации собранных данных, рассматривает результаты (outcomes) и общее влияние проекта/программы.

Оценка может проводиться теми, кто заинтересован в получении информации насколько эффективен тот или иной проект, а у самих организаций, которые реализуют проекты, в большинстве случаев нет ресурсов на ее проведение. Для проведения оценки, требуется команда, обладающая опытом проведения мониторинговых исследований, анализа, интерпретации данных.

Существует несколько типов оценок, включая итоговые оценки, промежуточные (mid-term) и окончательные оценки, оценки в реальном времени, мета-оценки, формативные оценки или т.д.

## ПОЧЕМУ ВАЖНА СИСТЕМА МИО?

Процесс мониторинга и оценки важен для НПО, поскольку это способ продемонстрировать заинтересованным сторонам, как реализуется проект/программа, и насколько он/она эффективен/-на. Мониторинг и оценка позволяют организации демонстрировать свои достижения и реализованный проект.

Основное различие между мониторингом и оценкой — это время и то, на какие вопросы мы получаем ответы (фокус оценки).

Мониторинг продолжается и имеет тенденцию сосредотачиваться на том, что происходит; в то время как оценки проводятся в определенные моменты времени и для того, чтобы оценить, насколько хорошо проект реализуется, и как он влияет на действие бенефициаров. Данные мониторинга обычно используются менеджерами для использования в текущих проектах, отслеживания мероприятий, бюджетов, соблюдения процедур и т.д. (вовремя ли мы делаем то, что запланировали?, за какие деньги? и т.д.)

Оценка может быть также проведена в ходе реализации проекта (например, среднесрочная (mid-term) оценка). Но оценка проводится реже и изучает большие изменения (результаты), которые требуют большей методологической строгости в анализе, таких как влияние и актуальность вмешательства.

Признавая их различие, также важно помнить, как мониторинг и оценка неразрывно связаны между собой: мониторинг обычно предоставляет данные для оценки, а элементы оценки (оценки) возникают при мониторинге.

## ИССЛЕДОВАНИЕ

ИССЛЕДОВАНИЕ — это описательный процесс, который используется для изучения каких-либо явлений и процессов, задавая такие вопросы, как «что есть/было?» или «в чем отличия?», «что случается, когда есть определенные условия?».

Оценка и исследование, по сути, могут использовать одинаковые методы/действия для сбора данных; также процесс их выполнения может быть одинаковым. Но оценка, в отличие от исследования, является оценочным процессом, включающим оценку выводов/наблюдений против стандартов с целью принятия решений. В данном случае задаются такие вопросы, как «что есть/было хорошо?», «что будет лучше?» или «какие условия лучше всего подходят для получения желаемых результатов?». Оценка проводится для того, чтобы принять менеджерские решения при реализации последующих программ/проектов.

Выполнение исследований необязательно требует проведения оценки. Однако выполнение оценки всегда требует проведения исследований.

Отличие между мониторингом, оценкой и исследованиями:

МОНИТОРИНГ	ОЦЕНКА	ИССЛЕДОВАНИЕ
Мониторинг — это непрерывный процесс, на протяжении всего проекта/программы.	Оценка — оценивает весь проектный цикл.	Исследования — это научный процесс, который связан с получением, новых знаний, констатацией фактов.
Мониторинг является регулярной частью управления проектами или программами. Он фокусируется на реализации проекта, сравнивая действительность с запланированным.	Оценка оценивает результаты проекта/программы и учитывает, был ли план наилучшим для достижения этих результатов.	Цель — подтверждение или опровержение теории, тестирование и обобщающие выводы.
Мониторинг обычно осуществляется людьми, непосредственно участвующими в реализации проекта/программы.	Оценку лучше всего проводить независимыми людьми/организациями, которые могут быть беспристрастными.	Исследования обычно проводятся научными сотрудниками, учеными.
Оценку и исследования можно рассматривать как взаимоисключающие процессы, а также процессы, которые включают друг в друга. Это различие определяется контекстной и аналитической основой.		

Сбор данных и информации в ходе мониторинга затем подаются и используются в процессе оценки.



# ВОПРОСЫ ЭТИКИ ПРОВЕДЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ, МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ

Этические принципы при проведении мониторинга, оценки и исследований могут отличаться в зависимости от выбранного метода. Кроме того, существуют конкретные этические принципы, относящиеся конкретно к сообществам, для которых было написано это руководство.

Начнем с общего понятия этики.

Обзоры литературы по вопросам этики в процессе мониторинга, оценки и исследований проведённые несколькими авторитетными организациями, подтверждают, что в литературе достаточно обтекаемо, даются определения этики или обеспечение этических основ<sup>1</sup>. Более того, этика может, понимается по-разному.

Примечательно, что разница между мониторингом, оценкой и исследований, сама по себе является разумной, когда речь идет об этике и этических принципах. В то время как исследования и, особенно, исследования в области общественного здравоохранения или связанные с человеческими субъектами, имеют самую строгую этическую структуру и даже нормативные положения, общее отсутствие таких факторов в области мониторинга и оценки отсутствует.

Рамочная основа исследовательской этики (ESRC) Совета по экономическим и социальным исследованиям (ESRC) предлагает интерпретацию этики как «моральные принципы, определяющие исследования, начиная с момента его создания до завершения и публикации результатов и за его пределами». Тем не менее, может быть различное понимание этики среди сообществ, которые авторы этого руководства не имели возможности детально анализировать; но понимание этики должно обсуждаться с целью последующего использования в работе НПО и сообществ.

---

<sup>1</sup> Например, такой обзор был проведен для DFID и документ можно найти по ссылке: <https://www.oecd.org/dac/evaluation/DFID-Ethics-Principles-Report.pdf> ). Есть и публикации в научных журналах, например, Gopichandran V, Indira Krishna AK Monitoring 'monitoring' and evaluating 'evaluation': an ethical framework for monitoring and evaluation in public health Journal of Medical Ethics 2013;39:31-35

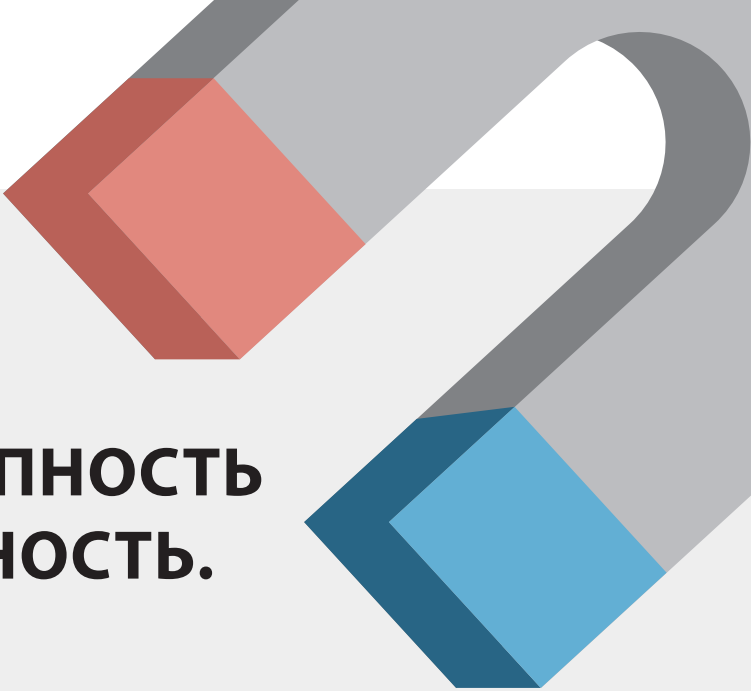
В общем, этика считается чем-то «хорошим» и связана с «правильной практикой». Это очень упрощенное определение — это то, что мы «приняли» и использовали для руководства нашей дискуссией. Важным аспектом этики является также то, что он действует по-разному на личном, профессиональном и глобальном уровнях, как это предлагает Колеро.

Мы сочли полезным классифицировать различные этические соображения по трем основным категориям:

**Уровни:** личные, организационные, общинные и глобальные / общие.

**Цель:** мониторинг, оценка или исследование;

**Организация процесса:** разработка, внедрение, анализ и публикация / распространение.



## 3. УСЛУГИ: КАЧЕСТВО, ДОСТУПНОСТЬ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ.

### ОБЗОР МОДЕЛЕЙ/КОНЦЕПЦИИ КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ

Эта информация поможет нам при формулировке вопросов и разработке инструментов исследования, в котором будет принимать участие сообщество.

**Качество и доступность** услуг являются наиболее важными характеристиками услуг, которые предоставляются людям, принадлежавшим к ключевым группам. В документах и в исследованиях нет единого подхода в определении этих терминов:

**Иногда определение «качество» включает в себя следующие критерии:**

- Качественные сервисы доступны для пользователей в финансовом ключе: за них не надо платить, либо сумма оплаты не является преградой;
- Качественные сервисы физически доступны: провайдер услуги находится близко/легко пройти или доехать; рабочие часы и дни удобны для пользователей.

**Иногда в понимание «доступных сервисов» включены такие понятия, которые выходят за рамки физической или финансовой доступности:**

- Безопасность услуг
- Конфиденциальность и анонимность бенефициаров
- Отношение медицинского персонала к бенефициарам и т.д.

Отсутствие четкого понимания качества может являться преградой при проведении исследований. Ниже приводятся разные модели понимания качества, что может помочь пользователям сформулировать свое понимание качества. В рамках рабочей встречи, было предложено более широкое распространение понимания качества по Модели «Триада Донабедиана», так как эта модель дает определения составных частей «качества услуг» и позволяет пользоваться разным пониманием самой концепции качества.

Важной характеристикой услуг является их **приемлемость**. Приемлемость услуг для пациентов определяется совокупностью всех параметров услуг и тем, как они отображаются на

субъективном восприятии услуг пациентом. Услугами, которые не приемлемы, пациенты не будут пользоваться (по крайней мере, добровольно). Например, тестирование на ВИЧ по месту работы: если человек знает свой ВИЧ-статус или подозревает о наличии этой инфекции, он, скорее всего, будет всячески избегать участия в организованной кампании по тестированию на рабочем месте.

Как мы уже указывали выше, в мире нет консенсуса в понимании концепции доступности и качества услуг. Например, пациентская ассоциация «Patient Access Partnership»<sup>2</sup>, выработала концепцию «5А», и в определение доступности включает 5 составляющих частей, как это показано ниже в таблице:

**ТАБЛИЦА 1.**

**Концепция 5А — определение “доступности”**

На английском	На русском	Определение
Availability	Доступность	В первую очередь, доступна ли, существует ли эта услуга.
Adequacy	Адекватность	Имеется ли адекватный и непрерывный доступ к имеющимся услугам.
Accessibility	Доступность (физическая)	Доступны ли услуги пользователям, по факту. Доступ, измеряемый с точки зрения использования, т.е. какое количество/часть людей нуждающихся в услугах, ими пользуется (это также может означать, например, время получения необходимой медицинской помощи).
Affordability	Финансовая доступность	Система финансирования медицинских услуг такова, что люди не испытывают финансовых трудностей при их использовании.
Appropriateness	Уместность	Имеющиеся услуги должны быть релевантными для различных групп населения с точки зрения их потребностей в здравоохранении, материальных и культурных условий и ценностей. Другими словами, имеющиеся услуги должны удовлетворять потребности различных групп населения.

**Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)** предлагает один из самых распространённых подходов характеристики наличия медицинских работников. Модель называется

<sup>2</sup> [www.eupatientaccess.eu](http://www.eupatientaccess.eu)

АААQ от английского «Availability, Accessibility, Acceptability and Quality» («Доступность» (количество медработников с соответствующими знаниями), «Доступность» (распределение по географическому признаку, по демографии и т.д.), «Приемлемость» (возраст, культура, пол и т.д.), «Качество» (компетенции, навыки и т.д.)).

**Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам** рекомендует государствам-участникам применять стандарты равенства и недискриминации для обеспечения права на здоровье, предусмотренных программами социальной защиты:

**НАЛИЧИЕ:** Государство-участник должно располагать достаточным количеством функционирующих учреждений, товаров и услуг в сфере здравоохранения и медицинской помощи, а также соответствующими программами. Точный характер этих учреждений, товаров и услуг будет варьироваться в зависимости от целого ряда факторов, включая уровень развития государства-участника.

**ДОСТУПНОСТЬ:** Учреждения, товары и услуги здравоохранения должны быть доступны каждому человеку, подпадающему под юрисдикцию государства-участника без какой бы то ни было дискриминации. Доступность имеет четыре взаимосвязанных аспекта:

- **Недискриминация:** учреждения, товары и услуги здравоохранения должны быть де-юре и де-факто доступны для всех, особенно для наиболее уязвимых или социально отчужденных слоев населения, без дискриминации по какому-либо из запрещенных признаков;
- **Физическая доступность:** учреждения, товары и услуги здравоохранения должны находиться в физической досягаемости для всех групп населения, особенно для уязвимых или социально незащищенных, таких, как этнические меньшинства и коренные народы, женщины, дети, подростки, пожилые люди, инвалиды и лица, инфицированные ВИЧ и больные СПИДом.
- **Экономическая доступность** (доступность с точки зрения расходов): доступ к учреждениям, товарам и услугам здравоохранения должны иметь прозрачные схемы оплаты, основываться на принципе справедливости, который гарантирует всем, в том числе социально незащищенным группам, доступность этих услуг, как в частном, так и в государственном секторах. Принцип справедливости означает, что менее обеспеченные домашние хозяйства не должны нести непропорционально высокие затраты на медицинское обслуживание по сравнению с более состоятельными;
- **Доступность информации:** доступность включает право искать, получать и распространять информацию и идеи, касающиеся вопросов здоровья. Однако доступность информации не должна наносить ущерб праву на конфиденциальность личных медицинских данных.

**ПРИЕМЛЕМОСТЬ:** Все учреждения, товары и услуги здравоохранения должны соответствовать принципам медицинской этики и культурным критериям, т.е. культуре отдельных лиц, меньшинств, народов и общин, учитывать требования в отношении гендерной проблематики и жизненного уклада, а также быть направленными на сохранение конфиденциальности и улучшение состояния здоровья соответствующих лиц.

**КАЧЕСТВО.** Учреждения, товары и услуги здравоохранения наряду с их культурной адекватностью должны быть также приемлемыми с научной и медицинской точек зрения и характеризоваться высоким качеством. Для этого, в частности, требуется наличие квалифи-

цированного медицинского персонала, научно проверенных и пригодных медикаментов и медицинского оборудования, безопасной питьевой воды и адекватных санитарных услуг.

По определению WHO, UNODC и UNAIDS «Качество включает в себе объем, полноту, эффективность и безопасность вмешательств и, что важно, приемлемость для целевой группы»<sup>3</sup>.

## КОМПОНЕНТЫ КАЧЕСТВА

Качество является комплексным концептом, которое может по-разному пониматься и в разных сферах по-разному формулироваться. Ниже приводится общее определение:

**КАЧЕСТВО** — совокупность характеристик объекта, относящихся к его способности **удовлетворять установленные и предполагаемые потребности**.

В сфере медицины, понимание качества очень дискуссионный вопрос. С одной стороны, про качество медицинских услуг наиболее трудно судить; а с другой стороны, качественные услуги важны, так как от них часто зависит жизнь пациента. Поэтому, подходы и модели измерения качества наиболее развиты именно в сфере медицины.

**КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ** — совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи **имеющимся потребностям пациента, его ожиданиям, современному уровню медицинской науки, технологиям и стандартам**.

### ЗАМЕТКА 1.



Например, если покупать хлеб, с лёгкостью можно назвать какими критериями качества мы будем обосновывать наш выбор: вкус, свежесть, запах, опрятный магазин и продавец, цена и т.д.

Но определение качества в здравоохранении отличается от покупки хлеба.

Что хотим «купить», когда обращаемся к врачу?

- Здоровье... Одно здоровье? Здоровье и ...? **НО Здоровье не продаётся и не покупается.**

А что врачи нам взамен «продают»?

- Лекарства — не факт, что вылечат; неприятно их принимать и т.д.
- Медицинские услуги — не факт, что вылечат; болезненно, при операции можно умереть...

В результате мы имеем «квази» продукт и «квази» услуги, так как покупаем не тот продукт, который мы хотим; и покупаем сервисы, которые ассоциируются с болью и риском для здоровья в надежде на получение истинного «объекта желания».

3 WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users 2012 revision

## КЛАССИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ КАЧЕСТВА

Классическая модель качества (или Триада Донабедиана) имеет долгую историю. Модель была разработана врачом Аведисом Донабедианом в Мичиганском университете в 1966 году. Несмотря на то, что существуют другие модели обеспечения качества, например у ВОЗ<sup>4</sup>, модель Донабедиана продолжает оставаться доминирующим подходом для оценки качества в медицине, как и в других сферах. Модель фокусируется на сфере предоставления услуг (хотя может быть применена и в других отраслях - например, производство), с акцентом выявления конкретных аспектов, которые можно улучшать. Модель имеет самое распространённое применение, но по иронии, не характеризует качество.

Модель определяет три типа информации, которые могут быть собраны для того, чтобы сделать выводы о качестве услуг:

## СТРУКТУРА

Структура включает все факторы, влияющие на контекст, в котором предоставляется услуга. Это включает в себя инфраструктуру, оборудование и человеческие ресурсы, а также организационные характеристики, например такие, как обучение персонала и способы оплаты. Обычно структуру легко исследовать, так как она обычно представлена «видимыми» ресурсами (хотя есть и «невидимая» структура, например инфекционный контроль).

## ПРОЦЕСС

Процесс — это сумма всех действий, составляющих предоставление услуги. Например, процесс включает диагностику, лечение, профилактику и обучение пациентов. Процессы могут быть далее классифицированы как технические, межличностные или способы оказания помощи (отношения между получателем и представителями услуг). Информация о процессе может быть получена из записей/внутриорганизационных регулирующих документов, интервью с клиентами или путем наблюдений за процессом предоставления услуг.

## РЕЗУЛЬТАТ

Результат содержит все последствия медицинского обслуживания для отдельного пациента или группы населения, включая изменения состояния здоровья, поведения или знаний, а также удовлетворенность пациента и его качество жизни, связанные со здоровьем.

**Результаты иногда рассматриваются как наиболее важные показатели качества, поскольку их достижение является основной целью предоставления услуг.** Однако точное измерение достижения результатов провести очень трудно. Выявление связи между процессом и результатами часто требует проведения исследования среди большого количества людей по случайному принципу и долгосрочных наблюдений, поскольку требуется значительное время для того, чтобы результатам стать «видимыми».

---

4 WHO (2006) “Quality of care: a process for making strategic choices in health systems”, [https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare\\_B.Def.pdf](https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf)

## ХАРАКТЕРИСТИКА ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ /СВОЙСТВА ПАЦИЕНТА

Как было сказано выше, модели Донабедиана более 50 лет, но она все-таки продолжает оставаться доминирующим подходом для оценки качества в медицине. Одно из главных изменений в этой модели — это добавление четвертого компонента, влияющего на качество услуг. Этим компонентом является характеристика окружающей среды /свойства пациента, которые являются важными факторами для оценки качества лечения. Исследователи Coyle and Battles предполагают, что эти факторы имеют очень важное значение для полного понимания эффективности медицинского ухода. Свойства пациента включают генетику, социальную демографию, стиль жизни, убеждения, отношения и предпочтения. К факторам окружающей среды относятся культурные, социальные и политические факторы<sup>5</sup>.

Качество структуры	Качество процесса	Качество результата	Характеристика окружающей среды / свойства пациента
Условия оказания помощи, включающее квалификацию кадров, наличие и состояние оборудования, состояние помещений, обеспечение лекарствами и т.д.	Комплекс лечебных мероприятий; технологии профилактики, диагностики, лечения, реабилитации (соблюдение принципов и стандартов)	Изменения в состоянии пациента, в том числе и его удовлетворённость услугами	Генетика, социальные факторы, среда...

## УНИКАЛЬНЫЕ ЗНАНИЯ КЛИЕНТА: УДОВЛЕТВОРЁННОСТЬ УСЛУГАМИ

Удовлетворенность услугами является одним из ключевых факторов, который влияет на обращение и продолжительность получения услуги, прием лекарств, отношение к лечению и т.д. Оценка удовлетворённости услугой, как метод сохранения клиентской базы, измеряют все бизнес компании. В сфере здравоохранения тоже доказано, что удовлетворённость позитивно влияет на клинические результаты лечения.

У получателей услуг есть знания/информация, которыми можно пользоваться для оценки качества. Например, от пациентов можно узнать многое, в т.ч. и о составляющих частях качества услуги:

- Качество структуры: хорошее здание, хорошая аппаратура, качество лекарств, знание врача или других представителей медицинского персонала
- Качество процесса: был ли выбран правильный подход к лечению? Насколько правильно был поставлен диагноз?
- Качество результата: нашлось ли оптимальное решение проблем со здоровьем?

<sup>5</sup> Более детальную информацию можно получить на сайте Agency for Healthcare Research and Quality: <https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/index.html>



Те же вопросы помимо пациента можно задавать и другим людям – источникам информации. Например, качество таких инфраструктурных компонентов, как здание, наверно лучше проверять при помощи экспертов, которые могут оценить не только визуальную сторону здания, но и ее сейсмическую устойчивость, безопасность при случае пожара, насколько здание архитектурно помогает контролировать инфекции, отделению «чистых» зон от «грязных», защите анонимности и т.д.

Но если аспекты полученных услуг, о которых знает только пациент – только он может оценить эти услуги: *Доволен ли он/она: (1) сервисами и (2) результатами которые получил(а) от лечения?*

## **ИЗМЕРЕНИЯ УДОВЛЕТВОРЁННОСТИ**

Удовлетворенность – феномен субъективный, поэтому, подходы к измерению обычно связаны с собиранием качественных данных, для чего чаще всего используются такие методы, как: фокус-группы, опрос мнения, индивидуальные интервью и т.д.

Качественными данными очень трудно пользоваться. Поэтому для оценки удовлетворенности тоже было выработано множество инструментов, позволяющих высчитывать индекс и давать сравнительные данные. Например, для ОЗТ есть, как минимум 3, валидированных (подтвердивших возможность их использования) инструмента: Verona Service Satisfaction Scale for Methadone treatment (VSSS-MT), SASMAT-METHER, SASMAT-BRUNER, PEQ-ITSD и другие. **Создание инструмента требует тщательного анализа литературы, создание первичного документа и его валидацию (проверку и подтверждение того, что этот инструмент точно будет мерить исследуемые нами вопросы). Это долгий процесс, который большинство НПО будет сложно сделать на должном уровне. Поэтому рекомендуется использовать уже существующие инструменты или делать их специально адаптированные (под свои нужды) версии.**

## **ПЯТЬ ОСНОВНЫХ АСПЕКТОВ УДОВЛЕТВОРЁННОСТИ**

Во многих исследованиях «удовлетворенность» понимается по-разному. Поэтому очень важно определить, какие аспекты включает термин удовлетворенность.

Пять основных аспектов удовлетворенности, которые важно измерять с точки зрения получателя услуг:

1. Доступность услуг
2. Приемлемость услуг для пользователей
3. Непрерывность
4. Связи между услугами
5. Безопасность услуг

Несмотря на то, что мы выделили удовлетворённость как сферу, где позиция получателя этих услуг уникальна и незаменима при проведении исследований, получатели услуг и сообщество могут и должны вовлекаться в оценку других аспектов качества (структура, процесс, характеристика среды и т.д.). Только для этого процесса надо будет иметь некоторые базовые знания и навыки. Заинтересованность в качестве услуг, которая есть у сообщества, очень важна для сохранения и улучшения услуг для ключевых групп.

## 4. РОЛЬ СООБЩЕСТВ В МОНИТОРИНГЕ, ОЦЕНКЕ И ИССЛЕДОВАНИЯХ

В английском языке существует несколько терминов, которые обозначают участие сообщества в проведении исследований, мониторинге и оценке. Во многих текстах они используются как синонимы, также доноры/большие организации формулируют свою таксономию терминов и используют только один термин, имея ввиду весь спектр вовлечения членов сообществ в процессы работы.

Во время рабочей встречи обсуждалась эта таксономия с целью достижения консенсуса и общего понимания указанных терминов. Мы сфокусировались на двух ключевых терминах:

- **Community-based** — на базе сообществ/с участием сообществ
- **Community-led** или **community-driven** — силами сообществ

Различия между этими терминами не всегда ясны. Очень часто авторы/организации не задумываются как эти понятия употребляются. Одна из академических работ, изучающих концептуальные истоки этих терминов для доноров в сфере развития, суммирует, что **community-led/driven** является частью **community-based** подходов, и критерием определения того, что **community-led/driven** **инициируется сообществом**<sup>6</sup>.

Глобальный фонд, являющийся одним из основных доноров программ для ключевых групп в регионе ВЕЦА, пользуется термином «community-based» и по сути под этой «шапкой» подразумевает также все возможные усилия ключевых сообществ.

Во время обсуждения этих подходов рабочая группа сфокусировалась на двух основных различиях между этими терминами:

**ИНИЦИАТИВА:** очень часто инициаторы исследования вопросов, связанных с ключевыми группами, сами не являются членами группы сообществ. Например, таковыми есть

<sup>6</sup> <http://www.edaethiopia.org/images/DR%20Blog/Community%20Driven%20Development%20Vs%20Community%20Based%20Development%201%20Final.pdf>

IBBS исследования, которые проводятся почти в каждой стране при финансовой поддержке Глобального фонда, обычно иницируются учреждениями, отвечающими за общественное здоровье в стране<sup>7</sup>. Такие исследования рабочая группа отнесла к группе исследований «на базе сообществ». Также индекс стигмы очень часто иницируется сообществом; но даже если сама аналитическая работа проводится не самим сообществом, такие исследования необходимо классифицировать как «силами сообщества».

**ЭТАПЫ ВОВЛЕЧЕНИЯ СООБЩЕСТВА:** в рамках каждого исследования есть отдельные этапы (см. 6. Процесс исследования). Если сообщество лидирует в большинстве этапов, является инициатором и заказчиком исследования, их тоже надо рассматривать как «силами сообщества».

Инициация	Заказчик/исполнитель	Планирование	Проведение	Анализ	Использование ресурсов
Проводит сообщество	Проводит сообщество	Проводит сообщество	Проводит сообщество	Проводит сообщество	Проводит сообщество
Проводят другие заинтересованные стороны (ООН, фонды и т.д.)	Проводят другие заинтересованные стороны (ООН, фонды и т.д.)	Проводят другие заинтересованные стороны (ООН, фонды и т.д.)	Проводят другие заинтересованные стороны (ООН, фонды и т.д.)	Проводят другие заинтересованные стороны (ООН, фонды и т.д.)	Проводят другие заинтересованные стороны (ООН, фонды и т.д.)
<div style="text-align: center;"><b>Силами сообщества</b></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 30px; height: 10px; background-color: gray;"></div> <div style="flex-grow: 1; border-top: 1px solid gray;"></div> <div style="width: 30px; height: 10px; background-color: gray;"></div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">← При лидирующей роли сообщества →</div>					
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="width: 20%; text-align: center; padding-right: 10px;">По инициативе сообщества</div> <div style="width: 80%; height: 10px; background-color: gray;"></div> </div>					
<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 30%; height: 10px; background-color: gray;"></div> <div style="flex-grow: 1; border-top: 1px solid gray;"></div> <div style="width: 30%; height: 10px; background-color: gray;"></div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">← На базе сообществ →</div>					
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="width: 25%; text-align: center; padding-right: 10px;">ООН, другие доноры</div> <div style="width: 50%; height: 10px; background-color: gray;"></div> <div style="width: 25%; text-align: center; padding-left: 10px;">При участии сообществ</div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">С вовлечением сообществ</div>					
Проводит сообщество	Проводят другие заинтересованные стороны (ООН, фонды и т.д.)				

7 Хотя есть исключения, например, Украина, где инициатором таких эпидемиологических исследований является сообщество.

Как видим из этих определений, исследования силами сообщества (community-led) понимаются как подход, требующий более высокого вовлечения и экспертных знаний от сообществ. По сути, проведение исследования полностью силами сообществ может быть невозможной и нереалистичной задачей. Есть технические аспекты процесса исследования, которые влияют на качество работы и требуют специального образования, опыта и знаний. Например, статистический анализ, разработка выборки, опросника, визуализация результатов и т.д. Не каждая организация сообществ будет иметь эти навыки. Использование экспертных ресурсов во время проведения исследований никак не будет уменьшать роль сообщества, если оно является «заказчиком» такого анализа, и не должно восприниматься как уход от лидирующей роли ключевых групп.

Дискуссия выше отражает ситуацию с исследованиями и с оценкой, так как эти два процесса имеют много общих подходов, используют по сути одинаковые инструменты и т.д. Для сравнения — ситуация, связанная с мониторингом, немного отличается:


**Мониторинг** — это систематический и регулярный сбор информации из проектов и программ. Проведение мониторинга силами сообщества (т.е. когда представитель сообщества сам проводит мониторинг) или проведение мониторинга с участием сообщества (т.е. когда человек, который ведет мониторинг, не является членом сообщества) может сильно повлиять на результаты мониторинга, которые собираются от бенефициаров. Феномен, который вызывает эти отличия называется перспектива оценщика или наличие связи с сообществом (shared experiences/общий опыт). По сути, с одной стороны, это может привести к более субъективной оценке, но с другой стороны, только человек, понимающий ситуацию ключевых групп, может определить специфичные проблемы этого сообщества. Несмотря на это, каждый сотрудник НПО, относящийся к ключевым группам и являющийся специалистом по мониторингу, должен проходить специальную подготовку, чтобы минимизировать свое субъективное влияние на процессы. Тем не менее, когда сами представители ключевых групп принимают участие в мониторинге, мы просто учитываем эту уникальную позицию и планируем мониторинг с учетом этого фактора.

Как мы знаем, и как много лет указывает в своих документах ВОЗ и другие организации, занимающиеся проблемами здравоохранения, социальные факторы, такие как бедность, наличие образования, место проживания, социальный статус и т.д. определяют здоровье человека (и влияют даже на такие показатели здоровья ЛЖВ как устойчивое снижение вирусной нагрузки, хотя в контексте участия сообществ мы не рассматриваем какие механизмы к этому приводят). Социальные факторы играют наиболее важную роль в определении здоровья ключевых групп. Считается, что инициативы, идущие от сообществ, помогают справиться с этим вызовом<sup>8</sup>.

Если проводится мониторинг документации, например, финансовой, тогда главным фактором «влияния» специалиста по мониторингу является компетенция этого человека, его навыки общения с людьми и т.д., а также его принадлежность к тому или иному сообществу, что, в свою очередь, может никак и не влиять на сам процесс мониторинга.

---

8 См. разработанную модель и описание подходов, предложенных Jane Dailly and Alan Barr «Understanding a Community-led Approach to Health Improvement» 2008: <https://static1.squarespace.com/static/5943c23a440243c1fa28585f/t/5bfd61e021c67c2cdd6a326d/1543332329487/Understanding+a+community-led+approach+to+health+improvement.pdf>



## 5. МОНИТОРИНГ НА БАЗЕ СООБЩЕСТВ — МЕТОДОЛОГИЯ, ПОДХОДЫ И ОПЫТ ГЛОБАЛЬНОГО ФОНДА

### ОБЩАЯ КАРТИНА

Совет Глобального фонда подтвердил свою приверженность к участию гражданского общества и сообщества в Стратегии Глобального фонда на 2017-2022 гг., направленной на ликвидацию эпидемии. В частности, Стратегическая цель 2 «Создание устойчивых систем для охраны здоровья» определяет сообщества как важнейшие действующие лица для обеспечения открытого доступа к медицинскому обслуживанию и обязывает укреплять системы сообществ и реагирования.

На глобальном уровне, реализация программ мониторинга силами сообществ (Community based monitoring (CBM/ МСС) недостаточна. Лишь ~ 1 из 5 концептуальных записок включали элементы СВМ. Региональные заявки, фокус которых направлен на адвокацию и предоставление поддержки социально уязвимым слоям населения, почти всегда включают программные элементы МСС. Большинство концептуальных записок, которые включали элементы СВМ, были поданы по компоненту ВИЧ, в рамках модуля «Укрепление сообществ». В текущем грантовом цикле (2017–2019) в регионе ВЕЦА только Казахстан включил МСС — на общую сумму 75 тыс. долл. В предыдущем цикле (2014–2016) мероприятия по МСС были включены в гранты таких стран как Грузия, Молдова, Россия, Украина, а также регионального гранта ВЕЦА на общую сумму 717 тыс. долл.

### МОНИТОРИНГ НА БАЗЕ СООБЩЕСТВ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГФ

Глобальный фонд определяет мониторинг на базе сообществ как **процесс, в рамках которого пользователи услуг или местные сообщества собирают и используют информацию о предоставлении услуг или об условиях, влияющих на эффективность оказания этих услуг (с целью повышения их гибкости, качества и равного доступа, а также определения ответственных лиц и организаций, предоставляющих данные услуги).**

МСС в рамках вопросов охраны здоровья может быть общим (например, оценочный лист для анализа медицинских услуг на уровне сообщества) или специфическим — по какому-либо заболеванию или программе (например, мониторинг доступа к лечению ВИЧ или правовых барьеров для КГН). В последнее время наблюдается тенденция отхода от инструментов СВМ специфических только для ВИЧ или ТБ, к более общим, универсальным.

## ПРИНЦИПЫ ЭФФЕКТИВНОГО МОНИТОРИНГА

- **Автономность:** функционирование системы МСС не зависит от услуг или программ, которые являются объектом мониторинга.
- **Подотчетность, прозрачность и обратная связь:** провайдеры услуг или программ могут обеспечить обратную связь сообществу за счет предоставления доступа к данным о качестве выполняемой работы и обеспечения конфиденциальности обратной связи.
- **Целеполагание,** основанное на приоритетах сообщества: сообщества КГН будут проводить мониторинг исключительно тех аспектов, которые являются наиболее важными по их мнению, без использования абстрактных индикаторов.
- Мониторинг подразумевает не только обработку большого объема данных или, в конечном итоге, изменений на политическом уровне. Результаты МСС должны в первую очередь стать основой для изменений на **локальном** уровне, принятия действий и последующих долгосрочных изменений.
- **Эффективно** организованный мониторинг базируется на эффективном **взаимодействии и мобилизации сообщества:** недостаточно лишь заложить основы и обеспечить финансирование системы мониторинга, важно создать механизмы эффективных взаимосвязей внутри.
- Мониторинг должен создать **основу для реальных действий:** сообщества будут взаимодействовать, поскольку будут осознавать, что их усилия приведут к реальным изменениям.
- **Достоверность** данных: подходы в рамках МСС должны быть надежными и верифицируемыми.
- **Всеобъемлющий характер** МСС — сообщества заинтересованы в создании лучших условий для всей среды, в которой они проживают, тем самым эффективная система мониторинга выходит за рамки реализуемых программ.
- **Доверие и безопасность:** сообщества берут на себя риск в процессе реализации мониторинга качества услуг, прав человека; провайдеры услуг и фонды должны предпринимать усилия для их снижения.
- Способность к **постоянному развитию и адаптации:** эффективная система МСС развивается под влиянием постоянно меняющихся проблем и адаптируется под новые концепты и изменения контекста.

## МОДЕЛИ МОНИТОРИНГА СИЛАМИ СООБЩЕСТВА

Модели мониторинга силами сообщества, которые предлагает Глобальный фонд, были разработаны Лондонской школой экономики, Копенгагенским университетом и Международным Альянсом по ВИЧ/СПИДу. Они включают:

**Модель 1 «НИСХОДЯЩАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ»** (Downward accountability) — модель, в которой услуги включают в себя механизмы, позволяющие их пользователям давать обратную связь и, как следствие, приводить в исполнение рычаги воздействия на медицинские услуги (например, система работы с жалобами и претензиями).

**Модель 2 «ГРАЖДАНЕ КАК «ВОЧДОГИ» ОКАЗАНИЯ УСЛУГ»** (Citizens as Service Delivery Watchdogs) — модель, в которой граждане мобилизуются с целью организации независимого мониторинга услуг (например, документация отсутствия жизненно необходимых лекарств — stock-outs of essential drugs).

**Модель 3 «МЕХАНИЗМЫ МЕСТНЫХ ОРГАНОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»** (Local Health Governance Mechanisms) — модель, в которой роли по осуществлению мониторинга предоставляются органам здравоохранения, в рамках которых есть представители сообществ (например, областные департаменты охраны здоровья)

**Модель 4 «СОЦИАЛЬНЫЙ АУДИТ»** (Social Audit) — члены сообществ проходят тренинг и получают навыки проведения оценки работы медицинских структур, участвуют в общественных слушаниях с целью привлечения к ответственности лиц оказывающих услуги. Данный подход является комплексным, включает в себя широкий спектр инструментов и процессов, в некоторых случаях регламентированный правительственными органами.

## ПРИМЕРЫ МОДЕЛЕЙ МОНИТОРИНГА СИЛАМИ СООБЩЕСТВ В РАМКАХ ГРАНТОВ ГЛОБАЛЬНОГО ФОНДА

Модель 1	Как проводится мониторинг?	Кто вовлечен?	Почему это важно?	Методология сбора данных
«Нисходящая ответственность» Проект ИГРС в 10 странах Западной Африки	Обсерватории сообществ по лечению (Community Treatment Observatories) осуществляют систематический сбор информации для отслеживания изменений в доступе к лечению ВИЧ на протяжении всего каскада и принятия соответствующих действий.	Национальные сети ЛЖВ	<ul style="list-style-type: none"><li>• Укрепление сообществ: сообщество, будучи информированными, получают право голоса</li><li>• Доказательная база: качество процесса сбора данных</li><li>• Адвокация: призыв и продвижение идей социальной ответственности</li><li>• Укрепление партнерств</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Группа ответственная за мониторинг данных осуществляет контроль на ключевых этапах генерации информации – с целью контроля качества и триангуляция на страновом уровне</li><li>• Группа ответственная за сбор данных – отвечает за первичный сбор данных</li><li>• Обсерватории собирают количественную и качественную информацию</li></ul>



Модель 2	Как проводится мониторинг?	Кто вовлечен?	Почему это важно?	Методология сбора данных
<p>«Граждане как вочдоги оказания услуг»</p> <p>UCOP+, Демократическая Республика Конго</p>	<p>Системы оповещения (alert systems) для мониторинга отсутствия АРВ препаратов и др продуктов</p> <p><b>Ввиду того что ключевым аспектом данной модели является мониторинг отсутствия лекарств, важными элементами анализа также являются мониторинг закупок и поставок, запасы и хранение</b></p>	<p>UCOP+ и исследователи от сообществ.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Снизить риск возникновения ситуаций с отсутствием запасов АРВ-препаратов</li> <li>• Обеспечить доступ к качественным медицинским услугам</li> <li>• Обеспечить лучшую координацию действий в области здравоохранения</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Мобильное приложение</li> <li>• Анкетирование</li> </ul>

Модель 3	Как проводится мониторинг?	Кто вовлечен?	Почему это важно?	Методология сбора данных
<p><b>Механизмы местных органов здравоохранения</b></p> <p>Обсерватории сообществ по лечению реализуемые Сеть организаций ЛЖВИЧ в Кот Д'Ивуаре</p>	<p>Мониторинг и система оповещения, чтобы обозначить случаи плохого обращения с ЛЖВ в медицинских центрах и запасы АРВ.</p>	<p>Социальные работники предупреждают о потенциально возможных дефицитах лекарств после информационного аудита и триангуляции данных от:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Сообществ ЛЖВ, обращающихся в медицинские центры;</li> <li>• Местных аптек и координаторов по программам ВИЧ</li> </ul>	<p>Позволяет внедрить систему оповещения и механизм сбора и мониторинга и анализа информации</p> <p>Способствует снижению ситуаций с дефицитом АРВ-препаратов, а также других услуг предоставляемых в мед центрах</p> <p>Возможность лучше контролировать цепочку поставок АРВ-препаратов, материалов и др. лабораторного оборудования для предоставления качественных услуг</p> <p>Повышение уровня осведомленности сообществ на местном и национальном уровнях</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сообщества ЛЖВ, предупреждающие о любых и потенциально возможных дефицитах АРВ-препаратов</li> <li>• Информация собранная сообществе осуществляется на уровне центров здравоохранения</li> </ul>

Модель 4	Как проводится мониторинг?	Кто вовлечен?	Почему это важно?	Методология сбора данных
<b>Социальный аудит</b>  Обсерватории сообществ по мониторингу доступа к медицинским услугам (Буркина Фасо, Нигер, Гвинея)	Независимая обсерватория сообществ КГН, которая обеспечивает беспристрастное и регулярное представление информации в режиме реального времени об узких местах, связанных с доступом к медицинским услугам, продуктам и уходу за ВИЧ, малярией и туберкулезом. В центре внимания – мониторинг запасов лекарств и других товаров медицинского назначения, стоимости медицинских услуг, системы здравоохранения (слабая децентрализация медицинских услуг)	ЛЖВИЧ, люди затронутые ТБ и малярией	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Позволяет сообществам вносить свой вклад в улучшение доступа и качества медицинской помощи на нац уровне</li> <li>• Создает систему предупреждения и мониторинга, а также постоянный сбор информации о факторах, препятствующих доступу к медицинским услугам для ЛЖВ, и лиц, затронутых малярией и туберкулезом.</li> <li>• Задаёт вектор и информирует лиц, принимающих решения, на основе фактических данных, при принятии соответствующих мер</li> </ul>	Опросные листы; Обзоры в медицинских центрах; Телефон горячей линии; Радио

## ДОСТОИНСТВА И НЕДОСТАТКИ КАЖДОЙ МОДЕЛИ

Тип модели	Достоинства	Недостатки
<b>Нисходящая ответственность</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Легкость внедрения, имеются стандартные инструменты (горячие линии, community boards).</li> <li>• Обеспечение конфиденциальности информации и жалоб, что способствует снижению уровня жестких мер со стороны провайдеров услуг.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Во многом управляемые поставщиками услуг; ограничены возможности сообществ влиять на исполнение и контроль за случаями нарушений.</li> <li>• Проверка и обработка жалоб требует много времени и ресурсов</li> </ul>

Тип модели	Достоинства	Недостатки
<p><b>Граждане как «вочдоги» оказания услуг</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Широкий охват аудитории, в особенности с помощью онлайн и/или смс-методов.</li> <li>• Высокий потенциал для адвокации</li> <li>• Зачастую сочетает активизм со стороны сообществ в сочетании с исследованиями на базе сообществ.</li> <li>• Продвижение аспектов медицинской грамотности среди сообществ.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Доступность ИКТ, особенно среди труднодоступных групп населения, сомнительна; сложно увеличить охват КГН.</li> <li>• Верификация отчетов требует много времени и ресурсов</li> </ul>
<p><b>Механизмы местных органов здравоохранения</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Помимо мониторинга у сообщества есть роль в управлении здравоохранением (планирование, обзор, бюджетирование).</li> <li>• Сообщества наделены полномочиями влиять на принятие решений на государственном уровне.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Социально незащищенные КГН зачастую исключены из процессов принятия решений.</li> <li>• Медленно реагирует на вновь возникающие проблемы с оказанием услуг.</li> <li>• Сложно управлять группами, имеющими конфликт интересов.</li> </ul>
<p><b>Социальный аудит</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Высокий потенциал для расширения охвата, поддержка от государства.</li> <li>• Возможность обеспечения ответственности всех вовлеченных партнеров.</li> <li>• Научно обоснованное и ориентированное на результат планирование работы медицинских организаций.</li> <li>• Предоставление прав и полномочий сообществам участвовать в принятии решений.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Требуется много ресурсных вложений: социальные аудиторы должны пройти подготовительный тренинг и владеть инструментами для проведения такого мониторинга.</li> <li>• Подход, основанный на достижении эффективности, может создать враждебную обстановку и конфликт интересов среди поставщиков услуг.</li> </ul>

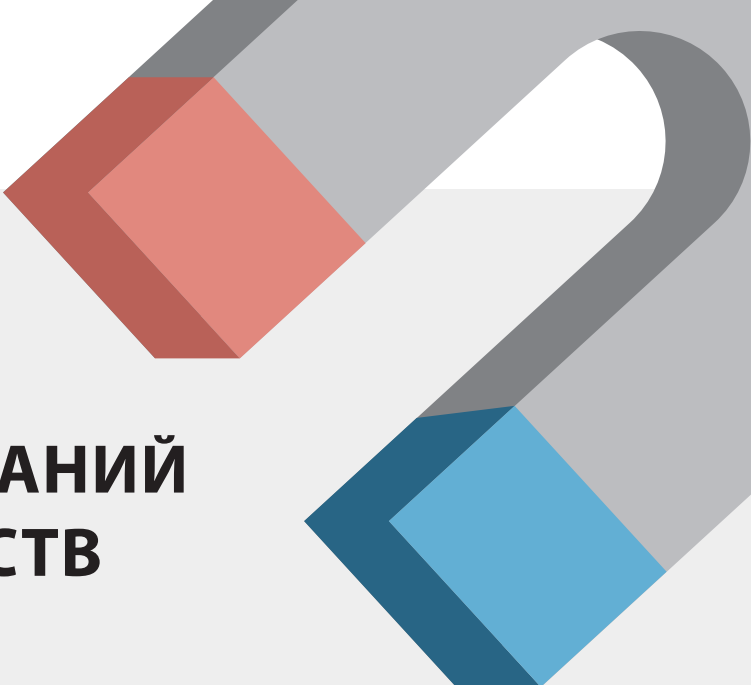
## **АСПЕКТЫ МОНИТОРИНГА НА БАЗЕ СООБЩЕСТВ**

Нельзя рассматривать МСС как изолированное, однократное мероприятие. Он должен стать постоянной частью программных мероприятий. Мониторинг должен включать механизмы, которые способны обеспечить необходимые изменения, в том числе на политическом уровне.

Местные приоритеты сообщества должны быть в центре внимания мониторинга, и процесс должен учитывать репрезентативность и инклюзивность различных КГН.

Мониторинг на базе сообществ дает возможность найти варианты решений для широкого спектра вопросов, в том числе:

- **Доступ к услугам**
- **Барьеры, связанные с вопросами гендера и прав человека**
- **Качество сервисов**
- **Бюджетный мониторинг**
- **Наиболее острые нужды сообщества**
- **Локальный характер принимаемых решений**



## 6. ОБЗОР ОПЫТА ИССЛЕДОВАНИЙ СИЛАМИ СООБЩЕСТВ В РЕГИОНЕ ВЕЦА


В странах региона ВЕЦА много уже делалось разными сообществами в сфере исследований. Представители сообществ регулярно участвуют в конференциях, где представляют свой опыт и результаты своих исследований.

В рамках подготовки этого методологического руководства была собрана информация о проведенных исследованиях в регионе ВЕЦА от участников встреч. Суммированная информация предоставлена в Приложении 2: Существующие исследования силами сообществ в ВЕЦА.

Обзор исследований, проведенных в регионе, показывает, что в основном выбор делается на кросс-секционном типе исследований. Ниже (см. п. 7. Методы исследования) приводится более детальное описание разных типов исследований. Но про кросс-секционный тип можно сказать, что он не показывает причинно-следственную связь между переменными. Например, используя этот метод, нельзя будет делать выводы о том, что измеряемое нами явление (например, приверженность к лечению) следственно связано или нет с программными действиями или интервенциями.

В большинстве публикаций, в части обзора литературы, часто отсутствует информация как была сформирована модель исследования. В основном литературный обзор используется для общей характеристики ситуации и для обоснования, что изучаемый вопрос важен. Это, естественно, тоже важный вопрос; но изучение других исследований по смежной тематике также должно быть включено.

Так как в основном данные собираются путем опросов, было бы предпочтительнее больше внимания обращать на формирование необходимой базы инструментария исследований. Валидный (прошедший проверку на достоверность) инструментарий, который позволяет высчитывать соответствующий индекс исследуемых нами явлений, позволяет трансформировать качественную информацию в количественную и использовать эти данные для сравнительного анализа.



## 7. ПРОЦЕСС ИССЛЕДОВАНИЯ

Не смотря на тот факт, что исследования могут отличаться в подходах, начиная с опроса и заканчивая обзором литературы, в каждом процессе исследования присутствует 4 важных этапа:

- **Планирование,**
- **Проведение,**
- **Анализ**
- **Коммуникация результатов**

Исследование — это систематический процесс, который может привести нас к выводам. Этот процесс используется во всех исследованиях – в том числе при оценке проектов, независимо от применяемых методов. В процессе исследования все шаги документируются таким образом, чтобы другой человек, повторив все этапы, придет точно к такому же результату – это определяющий принцип научных исследований.

### **ШАГ 1: ПЛАНИРОВАНИЕ**

**1.1. ОПРЕДЕЛИТЕ ПРОБЛЕМУ.** Первым шагом в этом процессе является выявление проблемы; по-другому этот шаг называется — формулировка вопроса исследования.

**1.2. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.** Когда проблема выявлена, исследователь должен узнать больше об исследуемой теме – провести обзор литературы, связанной с проблемой исследования. Этот шаг предоставляет базовые знания о проблемной области. Обзор литературы также информирует исследователя о том, какие аналитические работы проводились в прошлом, каким образом, и каковы были выводы и результаты. Информация, найденная на этом этапе, помогает исследователю понять масштабы проблемы, распознать будущие последствия.

Именно для этого и важно, чтобы люди, которые проводят исследования, публиковали свой результаты. Только при их использовании, при планировании других исследований, мы улучшаем знания в выбранной нами сфере.

**1.3. ПРОЯСНИТЬ ПРОБЛЕМУ/ОПРЕДЕЛИТЬ ФОКУС.** Обычно, первоначально выделенная проблема большая, с широким охватом определенной области. После обзора литературы, когда исследователь уже больше понимает проблему, необходимо сузить объем анализа, сфокусироваться на более конкретных вещах. Это может быть сделано только после обзора литературы.

**1.4. ЧЕТКО ОПРЕДЕЛИТЕ ТЕРМИНЫ И ПОНЯТИЯ.** Термины и понятия — это та терминология, которая используется в описании исследования и затем в отчете. Термины и понятия должны иметь четкие формулировки, так как часто могут по-разному пониматься в зависимости от того, кто читает исследование.

**1.5. ОПРЕДЕЛИТЕ ПОПУЛЯЦИЮ.** Исследовательские проекты обычно сосредоточены на определенных группах людей, объектах и т.д. Например, аналитическая работа может изучить конкретную возрастную группу, мужчин или женщин, людей, живущих в определенной географической области или принадлежащих к определенной социальной группе. Задача исследования и исследователя точно определить эту группу, чтобы она была максимально однородная (однообразная, однородная). Группу в исследовании мы всегда называем популяцией.

Например, если изучаем причины прекращения АРВ терапии, и нам надо опросить людей, которые прекратили принимать лекарства, необходимо четко определить, кто включается в эту группу: люди, которые не принимали лекарства один день? 2 дня? 1 неделя? 1 месяц?

**1.6. РАЗРАБОТКА ДИЗАЙНА ИССЛЕДОВАНИЯ И ИНСТРУМЕНТОВ (ПРОТОКОЛ).** Точный дизайн (методология) исследования отражается в документе, который мы называем протоколом. Кроме вышеупомянутых аспектов, в протокол входят следующие вопросы: как, когда и где проводится исследование, как собираются данные и т.д. Инструмент - это способ сбора данных. Например, если мы проводим опрос, инструментом будет опросник (анкета); при кабинетном исследовании, инструмент – это формат поиска информации, которую мы будем анализировать (ключевые слова, в каких публикациях и т.д.).

## **ШАГ 2: СБОР ДАННЫХ**

Фактически исследование начинается со сбора данных, который является критически важным шагом в проведении исследований. **Каждое исследование включает в себя сбор данных определенного типа, чтобы ответить на вопрос исследования.** Таким образом, данные могут быть собраны с помощью опросников, с помощью наблюдений или из литературы.

## **ШАГ 3: АНАЛИЗ ДАННЫХ**

Анализ почти завершающий этап исследования. План анализа должен быть описан в протоколе исследования.

**3.1. ВВОД ДАННЫХ.** Собранные данные должны вводиться в определенную форму, которая позволит их проанализировать. Например, информация, собранная с помощью опросников, вводится в специальные статистические программы, с помощью которых можно делать анализ. Качественная информация, которую мы собрали путем наблюдений, или глубинные

интервью тоже можно вводить в специальные аналитические программы; также можно распределить информацию в файле по темам и затем проанализировать – например, если у нас есть 5 интервью от представителей власти, в этих интервью мы ищем, что они сказали про одну конкретную тему, далее эти ответы группируются для проведения анализа.

**3.2: СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДАННЫХ.** Если собираются количественные данные, проводится статистический анализ. Отличают два основных вида статистического анализа:

- **Дескриптивный**, который описывает частоту данных (например, 48% опрошенных были мужчины (n: 96), а 47% (n: 94) — женщины, остальные предпочли не указывать пол).
- **Инференциальная статистика**, которая используется для выявления связи (корреляции) между переменными.

**3.3. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ.** Исходные результаты должны быть проанализированы, чтобы дать читателю информацию, насколько эти результаты отвечают на вопрос исследования.

## ШАГ 4: ПРЕЗЕНТАЦИЯ ДАННЫХ

Презентация данных один из наиболее важных шагов в процессе исследования. Этот процесс детально обсуждается в части документа — Прикладной пример 1: Презентация данных.

### СХЕМА ПРОЦЕССА ИССЛЕДОВАНИЯ:



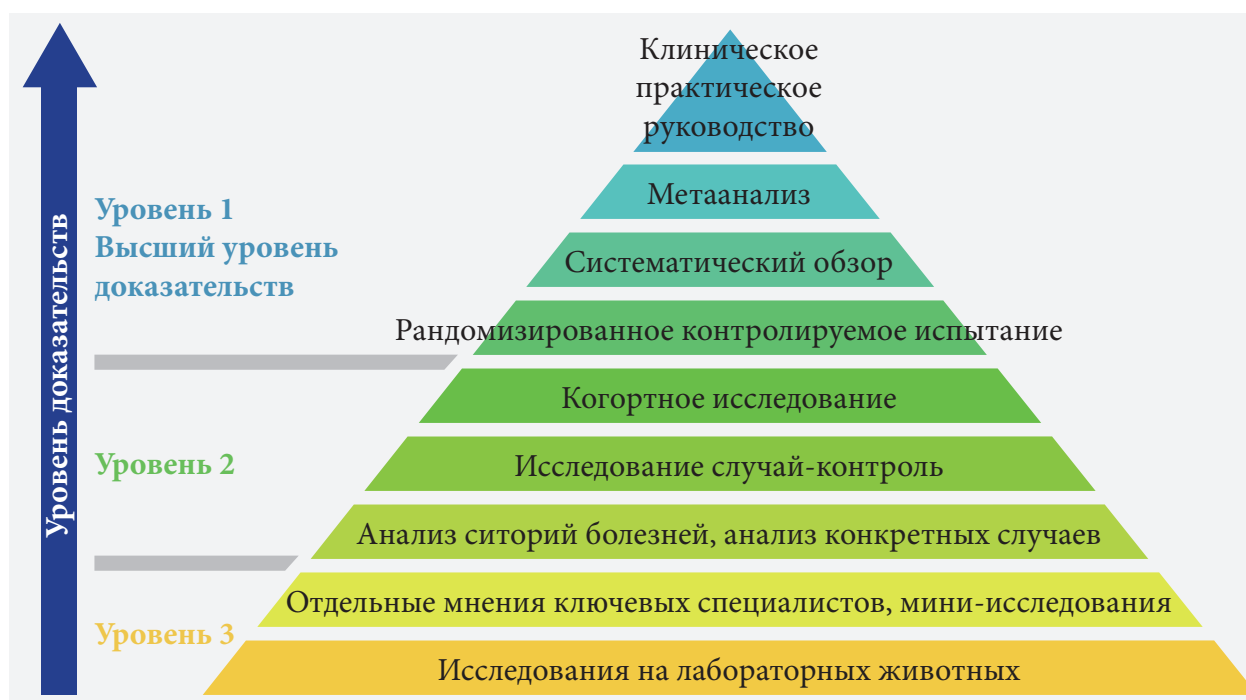


## 8. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование — это научный процесс поиска ответов на вопросы с использованием данных. Есть несколько важных причин почему проводятся исследования:

- Мы хотим узнать что-то новое,
- Мы хотим проверить гипотезу,
- Мы хотим установить причинно-следственные отношения между переменными (установить **каузальность**).

Исследования проводятся для получения результатов, которые будут доказательными. Не каждые методы исследования дают результаты, а их «доказательный» вес не всегда бывает одинаковым. Ниже приводится схематическое изображение классификации методов исследования по их уровню доказательств.



## КЛАССИФИКАЦИЯ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Методов проведения исследований достаточно много; но есть те, которые «подходят» для ответа на поставленный нами вопрос. Удобно изначально различить несколько больших групп исследований:

- **Биомедицинские исследования:** сюда входят все биологические, медицинские и клинические исследования, а также разработка и оценка биомедицинских продуктов.
- **Популяционные исследования:** это включает эпидемиологические, демографические и социально-поведенческие исследования.
- **Исследование политики:** включает в себя исследования по вопросам политики, систем и услуг. Исследования, такие как экономический анализ, также являются частью этой группы исследований.

Исследования, которых чаще всего проводят представители сообществ попадают во вторую или в третью группу. Исследования первой группы чаще используют экспериментальный дизайн.

Важно различать **фундаментальные и прикладные исследования**. Уже в XVII веке Фрэнсис Бэкон различил два типа экспериментов: эксперименты для создания света (знаний) и для фруктов (результаты). Фундаментальные исследования создают знания и в результате расширяют наше понимание мира. Прикладные исследования «применяют» эти базовые знания к вмешательствам, которые улучшают жизнь людей. Несмотря на то, что результаты прикладных исследований являются наиболее важными, и мы их используем/применяем для решения существующих проблем, но вот знания, полученные в результате фундаментальных исследований, позволяют проводить прикладные исследования.

Еще одними из важных отличий являются различия между **качественными и количественными исследованиями**. Их нельзя считать несовместимыми. Исследователь может начать с количественного исследования. Например, подумайте об индексе стигмы, который преобразовывает индивидуальные, субъективные взгляды и опыт в числовые данные, которые можно сравнить между различными группами. С другой стороны, качественные данные могут помочь понять количественную информацию. Например, когда у нас есть информация о распространенности ВИЧ в различных подгруппах, проведение сбора качественных данных способствует определению различия между группами и дает нам ценную информацию для понимания эпидемии ВИЧ в стране.



## ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

**ЭКСПЕРИМЕНТ** — это метод научного исследования, при котором объекты погружаются в искусственно созданную среду, а их поведение управляется экспериментатором. Главная цель такого действия — **проверка гипотезы**, поиск новых фактов, которые могут ответить на важные для науки вопросы.

Выделяются два основных типа эксперимента:

- Контролируемый/лабораторный/полевой: сравнение происходит между 2-мя группами (выборка)/клинические испытания
- Натуральный/квази экспериментальный: предполагает проведение опытов в естественных условиях существования объекта исследования и наблюдение над изменениями.

**НАБЛЮДЕНИЕ** — это метод исследования, при котором наблюдатель изучает свойства исследуемого объекта и фиксирует их. Вмешательство в естественную среду минимально. Он в себя включает (1) субъекта/наблюдателя, (2) объекта наблюдения (на ком ведется наблюдение) и (3) средства наблюдения.

Есть несколько основных видов наблюдения:

- Полевой (в повседневной жизни) и лабораторный,
- Явный и скрытый,
- Непосредственный и опосредованный,
- Включенный (которое может быть открытым и закрытым) и невключенный,
- Прямой и косвенный,
- Сплошной и выборочный (по определенным параметрам).

Выделяют следующие этапы наблюдения:

- Определение предмета наблюдения (поведение)
- Выбор объекта и регистрация данных (индивид (один человек) или группа)
- Построение плана наблюдения (ситуации-объект-время)
- Выбор метода обработки результатов
- Обработка и интерпретация полученной информации

### Примечание:

Что такое статистически значимые и достоверные результаты?

**Статистически значимы (significance):** различия между группами были достаточно большими, что можно было бы объяснить случайностью.

**Статистически достоверные:** уровень, на котором мы считаем, доказывает, что результаты значимы.

p value: 0.05 (95%), 0.1 (90%)



**КАЧЕСТВЕННЫЕ МЕТОДЫ** исследования – поисковые исследования, которые помогают понять мотивации и глубинные установки людей относительно изучаемого предмета. Основные типы качественных исследований:

- Фокус-группы (фокус-групповые дискуссии)
- Глубинные интервью
- Глубинные интервью с экспертами

**ФИЛЕТИРОВАННАЯ ИНФОРМАЦИЯ** – особый тип исследования, который базируется на анализе уже проведенных исследований. Есть два типа анализа:

- **Мета-анализ** — объединения результатов различных исследований;
- **Систематический обзор** — анализ исследований, суть которых сводится к тематическому подбору и изучению всех доступных статей на определенную тему.

### **ОБСЕРВАЦИОННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

- **Кросс-секционные исследования** (cross-sectional survey): определяют наличия связи между экспозицией и результатом в данный момент, например изучение определённой ключевой группы людей и их предпочтений к безопасному сексу в данный момент, (например, превалентность); эти исследования не помогут нам установить каузальность (причинно-следственные связи).
- **Когортные исследования** (cohort studies): наблюдение ведется за выделенной по определенным признакам группой здоровых людей, у кого не наблюдаются измеряемые нами «результаты» (например болезнь). Измеряется подверженность к болезни, влияние тех или иных факторов на появление «результата». Эти исследования долгосрочные и тоже не определяют каузальность (причинно-следственные связи).
- **Случай контроль** (case-control): “перевернутое» когортное исследование, т.е. выбирают люди с интересующим нас «результатом», и исследуется их прошлая жизнь (экспозиция).

## **КАК УГАДАТЬ МЕТОД: СХЕМА «3 ВОПРОСА»**

### **1. Что является целью исследования?**

- Описать популяцию → дескриптивная.
- Дать количественную оценку взаимосвязи между факторами → аналитическая.

### **2. Если аналитическое, было ли использовано случайное распределение (рандомизация)?**

- Да → RCT
- Нет → наблюдение

*Для наблюдательного исследования основные типы будут зависеть от времени измерения, результата, поэтому ставится и третий вопрос:*

### 3. Когда были определены результаты?

- Через некоторое время после экспозиции → когортное исследование («проспективное исследование»);
- В момент исследования (в тоже время, что и результат) → межсекционное исследование;
- До определения экспозиции → случай-контроль.

## ПРИКЛАДНОЙ ПРИМЕР 1: ПРЕЗЕНТАЦИЯ ДАННЫХ

Когда исследование завершено, особенно важно представить результаты и сообщить свои «находки»/результаты другим. Хотя это выглядит как очевидный аспект исследования, многие организации и исследователи по факту не доходят до этой стадии. А если и дошли, то форма презентации результатов не всегда адекватна, либо полный отчет выкладывается на веб-странице, которая со временем теряется. Печатные отчеты лежат и пылятся в офисах.

В академических кругах публикация результатов исследования в виде статьи и монографии считается одним из наиважнейших этапов работы. Научные работники могут даже годами стараться опубликовать свою статью. Так же опубликованные данные могут быть использованы другими исследователями и количество таких случаев – цитируемость – самая большая награда ученого. Даже до эпохи интернета и электронных библиотек, статьи и другие виды публикации были доступны благодаря библиотекам.

Так, если это так ценно, почему НКО и сообщества не всегда доходят до этого этапа. А если дошли, то часто ли это делается неадекватно? В конце концов, эти исследования же проводятся с целью рассказать другим, что мы нашли?

Очень часто проведение исследований финансируется донорами. По мере того, как результаты в виде отчета дорабатываются и доводятся до сведения донора, некоторые организации перестают использовать результаты своих же исследований. Причины могут быть разными: начиная с того факта, что организация не нуждается в этих результатах для своей адвокационной работы, полученные результаты низко приоритетны, организация может просто не иметь ресурсов для надлежащей презентации данных, например деньги на дизайн для разработки инфографики, редактуру текста и т.д.

Теперь все больше доноров требуют план коммуникации/презентации результатов, как часть заявки на предоставление гранта на исследование. Это означает, что получатель такого гранта не сможет «закрыть» контракт без использования результатов. Однако, если это не так: вы можете сами включить коммуникацию/презентацию результатов как часть вашего исследовательского проекта, так как исследование без коммуникации заключений не дает никаких результатов.

Результаты исследования должны быть адекватно представлены целевой аудитории. Как и в любой коммуникационной стратегии, представление результатов исследования должно отвечать на **5 основных вопросов**:

1. **Цель и задачи презентации/коммуникации:** почему мы хотим сообщить результаты нашего исследования? Мы хотим улучшить знания и понимание определенных вопросов, хотим ли мы изменить мнение правительственных чиновников? Цели варьируются в зависимости от разных целевых аудиторий. Это является нормой в адвокационных

кампаниях, поскольку первичная и вторичная целевая аудитории должны быть достигнуты по-разному и, вероятно, должны получить информацию с помощью различных видов коммуникации.

2. **Разработайте ключевые сообщения, которые эффективно сообщают ваш «меседж» целевой аудитории:** ключевые сообщения должны быть адаптированы для целевой аудитории. Возможно, надо будет подготовить различные версии сообщения для доступа к различным аудиториям. Например, сообщение о том, что «насилие в отношении женщин, употребляющих наркотики, является нарушением прав человека» может быть понято по-разному парламентарием, населением или самим сообществом. Возможно, его нужно будет скорректировать, чтобы лучше понять. Также важно рассмотреть, кто будет доставлять сообщения.
3. **Определите эффективные каналы коммуникации, методы и инструменты:** когда дело доходит до публикации результатов, печать отчета является лишь одним из способов передачи результатов. Считается необходимым иметь отчет, в котором будут представлены все детали исследования, включая все данные, используемые инструменты, ссылки и т.д. Однако использование такого отчета как способа представления результатов исследования было бы хорошим выбором — только если вы студент в университете и это ваша курсовая работа или диссертация. Поэтому, поскольку исследования, основанные на данных сообществ, чаще всего проводятся для других целей, чем получение диплома в университете. Следовательно, внимательно изучите, как вы хотите сообщить результаты.

Трудно представить, что будет выбран только один формат связи, и этого будет достаточно для достижения вашей целевой аудитории. Начиная с межличностных каналов (контакт «один на один»), к общественным каналам, использующим существующие социальные сети и медиа-каналам (включая современные средства массовой информации, такие как радио и телевидение, «новые медиа», такие как Интернет и SMS) – все из них к вашим услугам, чтобы найти наиболее подходящие режимы коммуникации. Спросите себя, каковы методы и инструменты/каналы коммуникации, которые, скорее всего, смогут эффективно охватить ваши целевые аудитории?

4. **Доступ к коммуникационным ресурсам:** они включают, например, доступ к бесплатно эфиру или работе экспертов; наличие подходящих материалов от других (например, международных и национальных), таких как шаблоны для инфографики, и т.п.
5. **Разработайте свой план для передачи результатов:** для достижения ваших целей, особенно важно разработать план — подробные мероприятия для передачи результатов исследования, наметить ответственные стороны, необходимые ресурсы и сроки. Вам также необходимо следить за реализацией. Это не только помогает вам оставаться в «форме», но также позволяет внести некоторые изменения, если вы видите, что некоторые подходы не работают.

## НАПОМИНАЛКА 1

Передача результатов исследования/результатов требует времени и ресурсов. Планируйте это.

## НАПОМИНАЛКА 2

Ваше исследование должно генерировать два типа результатов:

**1. Результаты исследования:** данные, которые вы собрали в рамках своего исследования. Например, 37% респондентов заявили, что им приходится сталкиваться с проблемами при доступе к услугам по профилактике ВИЧ; 85% респондентов сказали, что сервисные центры слишком далеки от того места, где они живут.

Такие «сухие» факты надо анализировать, чтоб дойти до настоящих «результатов» (анализ может быть статистическим или просто интерпретирующим — как Вы видите результаты): «большинство респондентов сталкиваются с проблемой посещения услуги по ВИЧ».

**2. Обсуждение, выводы или рекомендации:** хотя все эти термины означают несколько разные вещи, основная идея заключается в том, что это относится к разделу вашей работы, когда вы делаете некоторые выводы и интерпретацию этих данных: «расстояние (или редкость центров ВИЧ) представляют собой серьезный барьер в доступе к услугам».

Чаще всего в вашем исследовании будет собрано гораздо больше данных, чем необходимо для формулировки ключевых выводов вашего исследования. Хотя, в идеале, вы сообщаете обо всех ваших данных в отчете, для коммуникации вам нужно будет выбрать только несколько моментов, которые будут использованы для передачи результатов целевой аудитории.

Очень часто, несмотря на наличие большого количества данных, **люди склонны «приходить» к выводам, которые фактически не основаны на этих данных** (это называется «контекстно необоснованным»). Убедитесь, что ваши данные, действительно, поддерживают сделанные вами выводы.

*«... основная задача написания [о наших исследованиях] включает в себя разработку, как найти контекстно обоснованные теоретические моменты, которые рассматриваются как вклад соответствующего профессионального сообщества читателей».*

(Golden-Biddle & Locke, 1997, стр. 20)

Разные люди могут назвать то же самое разными именами. Например, вторая часть этой заметки «обсуждение, заключение или рекомендации» часто называют «анализом» во многих работах. По своей сути анализ — это процесс: «Я проанализировал данные», а результаты этого процесса более точно называются «результатами», «выводами», «заключением» и т.д. Статистический анализ никогда не является выводом. Даже если вы используете комплексный статистический анализ, такое как факторный анализ, результаты этих аналитических тестов, все равно, следует отдельно проанализировать, и только после этого предоставить их как вывод/заключение.

## СТАНДАРТНЫЙ ФОРМАТ ОТЧЕТА О ПРОВЕДЕНИИ ИССЛЕДОВАНИЙ

Отчеты об исследованиях обычно имеют стандартные форматы — этот подход давно используется в научных кругах, научных журналах и т.д., и, как правило, читатели привыкли к чтению текста, который структурирован в таком формате. Хотя без этого стандартного формата вы не опубликуете работу в научном журнале, но при других целях вы можете сами определить инновационный формат.

Однако, как мы согласились выше, каждое исследование **должно генерировать отчет** (как бы ни скучно это могло показаться, это лучший способ документировать вашу работу, известную человечеству до сих пор).

В приведенной ниже схеме вы найдете стандартные разделы, которые следует включить в отчет об исследовании:

Раздел отчета об исследовании	Ключевые элементы
1. Название и реферат	А. Четкое, информативное название. В. «Структурированный реферат» краткое изложение, включающий определение структуры исследования.
2. Предыстория и цель	А. Исходная информация об изучаемом вмешательстве / феномене. В. Цель исследования, включая вопрос(ы) исследования, на которые исследование пытается ответить.
3. Методы	А. Описание исследования (например, место и время проведения). В. Описание выборки исследования (включая количество членов выборки и то, как они были привлечены в исследование). С. Конкретные детали вмешательства и то, как они отличаются от того, что получилось в группе контроля / сравнения. D. Описание того, как и когда были измерены результаты (включая доказательства что тесты / инструменты, используемые для измерения, являются надежными и действительными). E. Статистические методы, используемые для сравнения результатов для групп вмешательства и контроля / сравнения (или результатов до и после вмешательства).
4. Результаты	А. Показатели того, успешно ли проведено исследование (например, низкий показатель «нет ответов» (non-response rate)). В. Любые описательные данные о том, как изучаемое вмешательство имплементировано (внедрено). С. Полученные данные
5. Обсуждение	А. Интерпретация: какие результаты говорят об эффективности вмешательства. В. Степень, в которой результаты могут быть обобщены для других групп, которые получают или могут получить вмешательство. С. Значимость результатов для политиков и исследователей. D. Факторы, которые могут объяснять эффект вмешательства (или его отсутствие). E. Любые ограничения исследования (например, маленький размер выборки)



## **ФОРМАТ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЙ**

### **ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Результаты экспериментов почти всегда представлены отдельно от обсуждения.

- Представьте результаты в таблицах и цифрах.
- Используйте таблицы и рисунки, чтобы позволить читателю информативно ознакомиться с ключевыми результатами.
- Отметьте различия и взаимосвязи, предоставьте информацию о них.
- Включите отрицательные результаты (затем попытайтесь объяснить их в разделе обсуждения).

### **КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Существуют общепринятые руководящие принципы представления результатов статистического анализа данных о населении или группах людей. Важно, чтобы результаты были представлены информативным образом.

- Демографические данные, описывающие образец, обычно представлены сначала.
- Напомните читателю рассматриваемый вопрос исследования или проверяемую гипотезу.
- Выделите состояние, которое имеет существенные отличия.
- Выделите важные тенденции и различия / сравнения.
- Укажите, поддерживается ли гипотеза или нет.

### **КАЧЕСТВЕННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Презентация и обсуждение качественных данных часто сочетаются. Качественные данные трудно представить аккуратно в таблицах и цифрах. Обычно они выражаются в словах, и это приводит к большому количеству письменного материала, при помощи которого вы должны направлять читателя. Поэтому структура отчета очень важна.

Постарайтесь, чтобы ваши разделы и подразделы отражали темы, возникшие в результате анализа данных, и чтобы ваш читатель знал, как эти темы развивались. Заголовки и подзаголовки, а также указания для читателя - это формы инструктирования, которые вы можете использовать для облегчения поиска информации по этим главам.

## ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ДАННЫХ: ПОЧУВСТВУЙ РАЗНИЦУ

Визуализация данных очень важный этап представления результатов исследования читателям. Даже если данные не количественные, а качественные, находя способ их передать через визуальный имидж, вы влияете больше на вашего читателя, так как картинки и текст воспринимаются разными частями головного мозга и впечатление становится более запоминающимся.

В этой части мы решили сконцентрироваться на предоставлении количественных данных.

### ЦИФРЫ

В кратком отчете, скорее всего, вы выберете несколько главных результатов исследования и будете предоставлять читателям данные, связанные с этими результатами. Надо учесть несколько «золотых» правил:

- **Таблица:** если данные представляются в виде таблицы (что очень удобно для данных, которые меняются с каким-то промежутком; например, в промежутке времени или по группам), то в одной колонке все данные должны быть представлены в одной единице и формат должен совпадать. Например, если это вес, то все данные должны быть в килограммах или граммах. Единица представления данных должна быть четко указана.
- **Цифры:** если цифра большая, в тысячах или в миллионах, лучше всего прописать часть словами: вместо «3 000 000.00» напишите «3 миллиона». Так информация легче воспринимается и запоминается.
- Удобнее словами писать, что «один участник ответил», «было выявлено два случая нарушения инструкции по отчетности»; но если количество превышает единичное число, лучше всего их отражать цифрами: 24 участника, 33 теста.

### ГРАФИКИ

**Линейные графики:** Линейные диаграммы часто используются для отображения данных (конкретных количеств, таких как количество случаев ВИЧ) в течение определенного периода времени. Такие данные иногда называют данными временных рядов (time-series data).

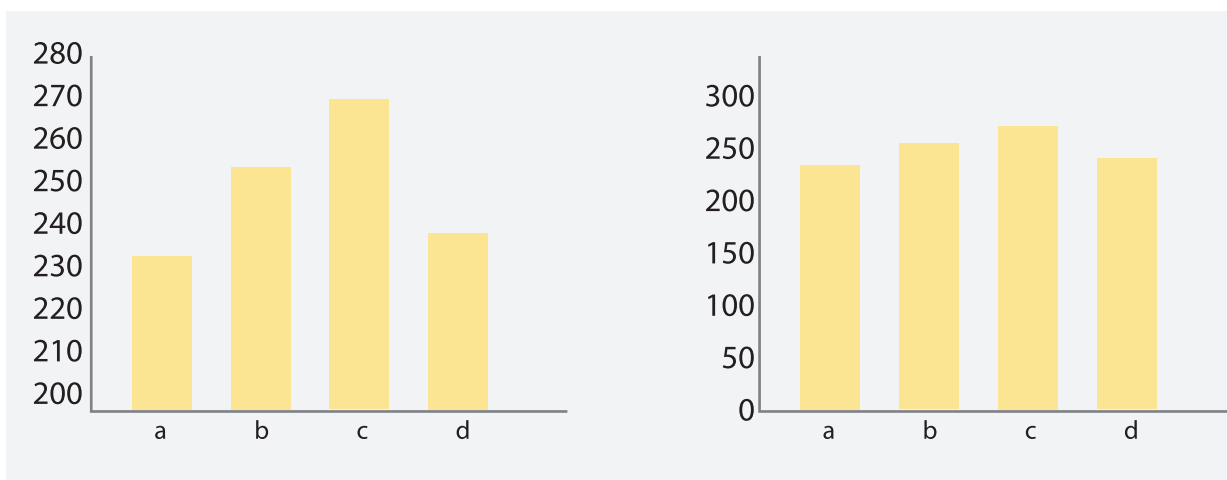
Для того, чтобы линейная диаграмма была информативной, исходная точка графика (то есть значение на вертикальной оси, где она пересекается с горизонтальной осью), часто выбирается так, чтобы диаграмма отражала изменения в данных. Учтите несколько правил:

- Обычно, временные данные обозначаются на горизонтальной оси;
- Если временные данные обозначены на горизонтальной оси, последняя точка диапазона на вертикальной оси, должна быть больше, чем максимальный показатель тех данных, которые мы наносим на график.
- Если дается несколько графиков, которые описывают сравнительные данные, то у них диапазоны обеих осей должны совпадать (напр. распространение ВИЧ в нескольких регионах).
- Масштаб диапазона должен совпадать. Так, в графике снизу, масштаб на вертикальной оси не одинаковый, что внушает читателю, что изменения в последнем периоде были более радикальными, чем на самом деле.



**Гистограмма (столбчатая диаграмма):** Столбчатые диаграммы могут использоваться для данных разных видов – например, показатели среди женщин и мужчин в разных возрастных группах.

Определение сходной точки (пересечение вертикальной оси, с горизонтальной осью) играет самую важную роль, как график будет восприниматься читателем. К примеру, два графика снизу отражают одну и ту же информацию, но визуально воспринимаются по-разному:



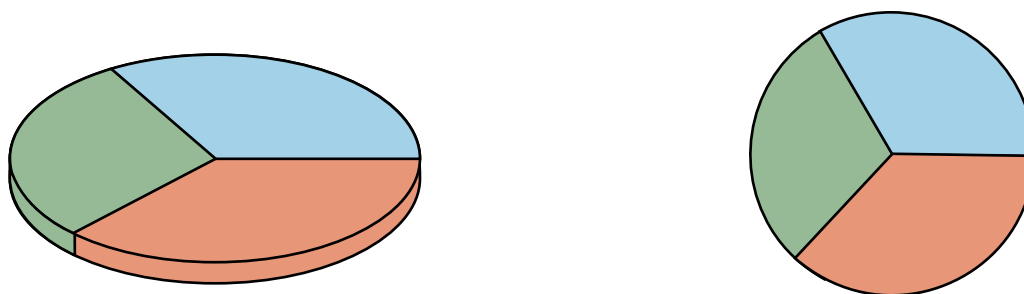
**Секторная/круговая диаграмма:** Круговые диаграммы одни из наиболее встречающихся графических изображений, хотя их трудно читать, и они часто вводят в заблуждение.

Круговые диаграммы используются для представления распределения «пропорций целого». Например, если вы проводите опрос среди 100 человек, вы можете использовать круговую диаграмму; во всех других случаях круговая диаграмма будет отображать часть 100%-ной распределения. Поэтому важно:

- При использовании некоторых диаграмм, кроме части (% целого) еще указать количество данных, так как круговая диаграмма будет отображать часть целого, которое состояло из 5 человек и из 1000.

Также возможно ввести в заблуждение читателей в их восприятии единой диаграммы. Например, в круговых диаграммах, представленных ниже, перспектива представления данных может ввести любого читателя в заблуждение.

Использование визуализации этично, не манипулируя мнением читателей.



## ПРИКЛАДНОЙ ПРИМЕР 2: ВЫБОРКА

Исследования проводятся с целью выявления объективной реальности. Очень часто те вопросы, которыми мы задаемся требуют больших усилий, чтобы установить объективную реальность. Например, если нам интересно узнать рост нашего соседа, мы можем его спросить или замерить и, таким образом, установить истину. Но если перед нами вопрос, какой средний рост человека, тогда информация от нашего соседа больше не будет соответствовать правде. Для того, чтобы ответить на этот вопрос, нам надо опросить всех (или измерить), собрать эти данные и вывести средний показатель.

Естественно, «опрос всех» — это невозможная задача в реальном мире. Поэтому, было разработано понятие **выборка**. **Генеральная популяция** включает всех объектов, которые нас интересуют, а **выборка** в этом только часть популяции.

Когда используются формулы, параметры, которые свойственны популяциям, они обозначаются греческими буквами ( $\theta$ ,  $\eta$ ,  $\lambda$ ), а для обозначения выборки, используются латинские буквы ( $x$ ,  $s$  и т.д.).

Мы обычно не можем исследовать популяции, то есть всех объектов нашего интереса, поэтому выделяется выборка для исследований, и те показатели (statistics), которые устанавливаются для выборки, используются для оценки параметров (parameters) популяции.

Существует 5 основных подходов для составления выборки:

1. **Случайная выборка** (random sampling): когда каждый объект из популяции имеет равный шанс, чтобы попасть в выборку. Это как подброс монеты — шанс, что выпадет лицевая или обратная сторона равны — 50/50. Этот подход считается самым «лучшим», но очень часто его трудно осуществить в реальной ситуации.
2. **Системная выборка** (systematic sampling) — это когда из популяции выбирают объекты в группу выборки по какому-то определенному принципу, например, каждый 9 попадает в группы исследования.

3. **Выборка по удобству** (convenience sampling) — это самый распространенный способ, поскольку его очень легко осуществить, но притом, самый неблагоприятный. Выборка формируется по принципу «кто первый пришел, того и включили».
4. **Кластерная выборка** (cluster sampling) — популяция делится на группы, так называемые кластеры, после чего по случайному принципу выбираются группы, а в выбранных группах исследуются все члены. Обычно при разработке кластеров, используется географический принцип.
5. **Стратифицированная выборка** (stratified sample) — популяция делится на группы по какому-то принципу (не географическому), который называем «стратами» и потом из каждой страты по-отдельности делается выборка по случайному принципу или по удобству. Самые распространенные «страты» — это поделить популяцию на женщин и мужчин, на возрастные группы и т.д.

## КАК ОПРЕДЕЛИТЬ РАЗМЕР ВЫБОРКИ

Определение размера выборки зависит от очень многих факторов, которые здесь только поверхностно обсуждаются. Так как его размер определяет достоверность ваших результатов, не надо пренебрегать помощью людей, которые имеют экспертные знания в этой сфере (статистики, эпидемиологи и т.д.).

Чем больше респондентов, тем достовернее результаты (то есть, чем ближе размер выборки к размеру генеральной популяции, тем достовернее показатели исследования отразят показатели генеральной популяции). Но, к сожалению, размер выборки близко коррелируется с расходами на исследования, поэтому очень часто мы не можем себе позволить провести очень большое исследование.

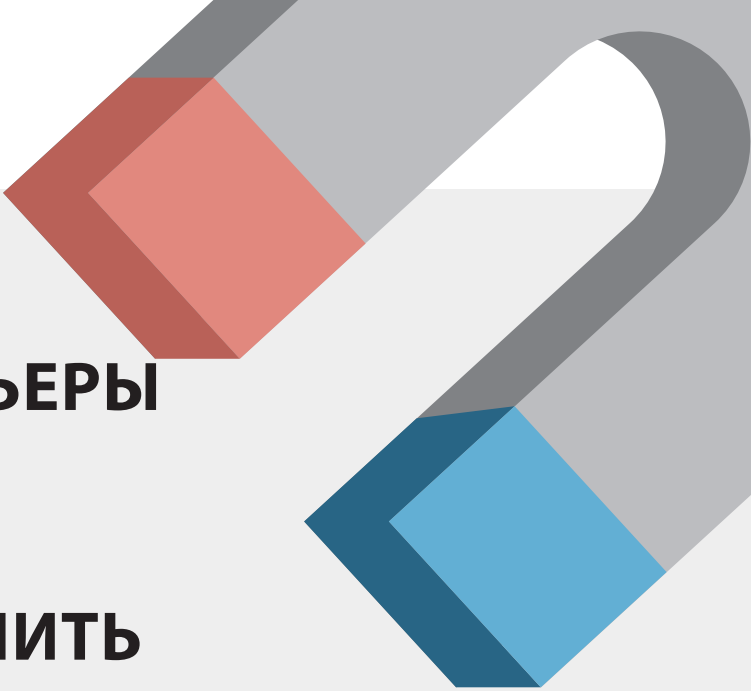
До того, как рассчитать размер выборки, надо иметь представление/ответы на некоторые вопросы (то есть, когда вы привлечёте эксперта для расчёта выборки, он тоже будет задавать те же вопросы:

- **Размер генеральной популяции:** количество объектов (людей), которые нас интересуют. Например, если мы хотим изучить удовлетворенность ЛЖВ услугами лечения ВИЧ в нашей стране, нам надо сначала узнать количество ЛЖВ, которые находятся на лечении. Если нам надо узнать причины, по которым ЛЖВ не получают лечение, тогда нам надо знать количество ЛЖВ, которые не находятся на лечении. Эти группы называются «генеральной популяцией» или просто «популяцией».
- **Уровень доверия (или предел ошибки) / Confidence interval (or Margin of Error):** идеальной выборки не существует, так что вы должны определить какой предел ошибки допустим. Этот предел отражает насколько могут полученные результаты расходиться с реальными: на +/- 5%? на +/-1%? +/- на 10? Во время опросов, обычно 5% считается приемлемым уровнем.
- **Степень уверенности (confidence level):** насколько вы уверены, что полученные вами результаты отражают реальность? С определенной степенью уверенности говорить, насколько мы убеждены, что наши результаты правдивы, сложно. Но если быть более точными и если из генеральной популяции по тому же принципу сделать выборку такого же размера, то полученные результаты от этих групп будут совпадать с результатами, которые мы получили (если степень уверенности равен 95%, то и 95% случаев при опросе новой выборки даст тот же результат).

В интернете в свободном доступе есть специальные калькуляторы, которые помогут рассчитать размер выборки. Их много и ими можно пользоваться для предварительных расчетов; хотя, исходя из важности и технической сложности определения выборки, лучше либо самому хорошо изучить вопрос, либо воспользоваться помощью экспертов, так как выборка будет определять достоверность всех ваших результатов.

Бесплатный калькулятор выборки:

<https://www.surveysystem.com/sscalc.htm>



## 9. ОСНОВНЫЕ БАРЬЕРЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИССЛЕДОВАНИЙ И КАК ИХ ОПРЕДЕЛИТЬ

Организации сообществ и представители сообществ сами по себе не являются и не обязаны быть профессионалами в сфере исследований и поэтому регулярно сталкиваются с проблемами в процессе их проведения. Во время рабочей встречи мы попросили участников составить перечень тех барьеров, с которыми они столкнулись во время такой работы.

### 1. Проблемы с формированием приоритетов:

- Завышение ожидания от заказчиков.
- Навязывание заказчиком своих приоритетов и мнения.
- Проблема формулировки нужд исходя из глобальных трендов, а не национальных вопросов.

**Решение:** в процессе планирования исследования, особенно в рамках литературного обзора, очень важно, с одной стороны, уменьшить масштаб и сфокусировать исследовательский вопрос, а с другой стороны, предоставить обоснование приоритета исследования.

**2. Нехватка квалификации и компетенции.** Проблемы с недостаточными знаниями и навыками возникают на каждом этапе исследования. Это снижает качество исследования.

- Низкие навыки анализа данных
- Неправильный выбор методов
- Нехватка инноваций/современных технологий
- Низкое качество данных (из-за нехватки квалификации)
- Низкая квалификация интервьюеров из сообществ (могут пропустить вопросы)
- Нет знаний об «академических» подходах
- Невозможно контролировать качество

**Решение:** Привлечение экспертов с нужными знаниями, является наиболее рациональным

решением этих проблем. Выращивать своих экспертов из сообщества, также один из возможных подходов. Обзор литературы и ознакомление с похожими исследованиями, помогает четче сформулировать приоритеты и определить методы вашего исследования.

### **3. Проблемы, связанные с финансовыми ресурсами:**

- Нехватка технологии/диктофонов, видеокамер и т.д.
- Нехватка финансовых ресурсов на наймы экспертов
- Нехватка ресурсов на мониторинг полевой работы
- Дорогое программное обеспечение

**Решение:** лучшее решение финансовых проблем — это найти источник финансирования. Для этого важно составлять чёткий план и бюджет и обговаривать финансирование с донором. Но это не всегда возможно. В плане исследования надо учесть такие подходы, которые минимизируют затраты. Например, использовать диктофон телефона, найти бесплатные программы для анализа и т.д.

### **4. Оплата работников:**

- Низкая мотивация интервьюеров, так как им часто приходится работать волонтерами, или недостойная оплата их гонораров

**Решение:** волонтерская работа часто учитывается в грантовых заявках. Хотя работа интервьюера и других работников может быть довольно трудоемкой и привести к «выгоранию» работников. Рекомендуется всегда учесть оплату работников в грантовых заявках на исследования.

### **5. Языковые барьеры:**

- Недоступность инструментов/протоколов на родном языке

**Решение:** использование валидированных инструментов улучшает качество исследования. Поэтому затраты на перевод должны предусматриваться бюджетом проекта. Каждый инструментальный требует пилотирования после перевода с целью подтверждения эквивалентности перевода.

### **6. Проблемы, связанные с анализом данных:**

- Нехватка фокуса анализа
- Проблемы с вводом данных
- Отсутствие «бейслайна», данных, от которых вы можете отталкиваться с чем сравнивать
- Невозможность контролировать качество анализа
- Сложный язык отчета
- Неполноценный анализ (не дает ответов «что?», «почему?», «кто?» и т.д.)

**Решение:** План анализа должен быть частью протокола, что помогает сохранить фокус. При необходимости можно привлечь внешнего эксперта. Формулирование четкого плана по контролю качества проводимого исследования и учет расходов, связанных с внедрением этих мер контроля.



## **7. Проблемы, связанные с презентациями результатов:**

- Проблемы с коммуникацией результатов: форма подачи, нехватка навыков.
- Трудности с работой по дизайну и некачественная инфографика.
- «Торговля» цифрами и политические решения в интерпретации результатов.

**Решение:** Расходы по презентации и коммуникации результатов должны быть учтены, как часть исследовательского бюджета. Также разработка коммуникационного плана помогает сохранить фокус и достичь изначальных целей.

## **8. Другие проблемы:**

- Проблемы конфиденциальности и анонимности
- Мало представителей сообществ в группах по разработке приоритетных направлений исследований
- Невозможно обосновывать исследования пока нет данных
- Очень мало/отсутствие научных статей
- Отсутствие литературного обзора
- Недоступность некоторых целевых групп исследования
- Исследования силами сообществ не дают реальных результатов

**Матрица** по выбору приоритетных вопросов и методов исследования разработана во время встречи и прилагается — см. Приложение 3: Таблица ключевых вопросов и подходов для исследований силами сообщества.





# ПРИЛОЖЕНИЯ

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1: ГЛОССАРИЙ

- **Силами сообщества:** исследования, где сообщество лидирует на всех этапах имплементации (особенно в определении вопроса исследования, является инициатором) и при использовании результатов.
- **На базе сообщества:** общее определение всех типов исследований, где вовлекается сообщество.
- **С вовлечением сообщества:** исследования, где сообщество выступает только в роли респондента или интервьюера.
- **Мониторинг:** систематический и регулярный сбор информации из проектов и программ. Это **организованный процесс**, который отслеживает прогресс в отношении установленных планов и проверяет соответствие установленным стандартам.
- **Оценка:** используются для того, чтобы делать выводы о релевантности проекта/программы, эффективности и устойчивости. Оценка представляет собой процесс анализа или интерпретации собранных данных, рассматривает последствия и общее влияние проекта/программы.
- **Исследования:** Исследование — это описательный процесс, который используется для изучения каких-либо явлений, задавая такие вопросы, как «что есть/было?», или «в чем отличия?» или «что случается, когда есть определенные условия?»

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2: СУЩЕСТВУЮЩИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СИЛАМИ СООБЩЕСТВ В ВЕЦА

В процессе разработки этого документа, была собрана информация о проведенных исследованиях силами сообщества и участников рабочей встречи. Таблица ниже суммирует эти исследования.

Название	Страна	КГН	Донор/ год/тип публикации	Тип исследования	Контроль качества	Ограничения
<b>Совместная работа с ключевыми группами населения Кыргызстана с ограниченным доступом к услугам: что работает?</b>	Кыргызстан	Секс-работники, потребители наркотиков, лесбиянки, геи, бисексуалы и трансгендерные люди (ЛГБТ)	Несколько 2016 Отчет	Операционное исследование  Кросс-секционный дизайн	Подход описан для процесса ввода и анализа данных	Указано

Цели и задачи	Методология	Лит. обзор Описание выборки Этические вопросы	Инструментарии
<p>1. Оценить социально-экономическое положение ключевых групп населения</p> <p>2. Установить, что способствует и что препятствует доступу к услугам (в том числе медицинским, правовым и психосоциальным).</p> <p>3. Оценить степень удовлетворенности и ожидания ключевых групп населения от программ профилактики (в частности, относительно спектра предоставляемых услуг, взаимодействия с сотрудниками НПО и обеспечения информационными материалами).</p> <p>4. Оценить качество услуг, предоставляемых аутрич-работниками по следующим параметрам:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• информирование о работе организаций и программах для ключевых групп населения;</li> <li>• распределение лекарственных и гигиенических средств;</li> <li>• консультирование по вопросам ВИЧ, инфекций, передаваемых половым путем, ВГВ, ВГС и ТБ;</li> <li>• раздача ИОМ, информирование об операциях и их качестве;</li> <li>• перенаправление в медицинские учреждения и другие организации;</li> <li>• формирование доверительных отношений.</li> </ul> <p>5. Выявить факторы, которые могут негативно сказываться на желании участвовать в программе.</p>	<p>Для достижения целей исследования использовалась комбинация качественных и количественных методов сбора данных. Основным методом были полуструктурированные глубинные интервью, а также проводились и формальные интервью.</p> <p>Были опрошены 437 представителей трех ключевых групп – ЛУН, СР и ЛГБТ – старше 18 лет, ранее участвовавшие в программах профилактики ВИЧ.</p> <p>В опросе также участвовали 10 аутрич-работников и четыре менеджера неправительственных организаций-партнеров (НПО), т.е. всего 450 респондентов.</p> <p>Данные собирали обученные интервьюеры и представители сообщества.</p>	<p>Да (очень фрагментарный)</p> <p>Указано; respondent-driven sampling</p> <p>Обсуждаются; от участников было собрано письменное информированное согласие</p> <p>Было получено одобрение от биоэтического комитета</p>	

Название	Страна	КГН	Донор/ год/тип публикации	Тип исследова- ния	Контроль качества	Огра- ниче- ния
<b>A STUDY OF THE MANIFESTATION OF DISCRIMINATION AGAINST PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS, LGBT INDIVIDUALS AND INTRAVENOUS DRUG USERS IN VARIOUS SPHERES OF SOCIETY</b>	Армения	ЛЖВ, потребители наркотиков, лесбиянки, геи, бисексуалы и трансгендерные люди (ЛГБТ)	ГФ 2018 Report	Cross-sectional study/Survey (not stated)	For data collection (field interview); details not provided	For data collection (field interview); details not provided

Цели и задачи	Методология	Лит. обзор Описание выборки Этические вопросы	Инструментарии
<p>This study aims to examine the manifestation of discrimination in family relationships, work, education, public health and the availability and provision of services in other spheres against 300 representatives from the aforementioned 3 groups living in the city of Yerevan and the regions of the Republic of Armenia</p> <p>A quantitative analysis was performed within the framework of the study, which aims to examine the manifestation of stigma and discrimination against the 3 groups – People Living with HIV/AIDS, LGBT Individuals, and IV Drug users in family relationships and the availability and provision of services in the spheres of employment, education, public health, and others.</p> <p>The study addressed the following questions:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Causes, Spheres, and Frequency of Instances of Discrimination</li> <li>2. Types of Discrimination,</li> <li>3. Factors Influencing Discrimination in Society,</li> <li>4. Models of Behavior When Faced with Discrimination</li> <li>5. Mechanisms to Combat Discrimination and Their Effectiveness</li> </ol>	<p>Semi-structured face-to-face interviews; the study claims to being able to identify "cause-and-effect" relationship, which is not scientifically possible in the given study design. Correlations have been calculated without statistical significant testing (ANOVA, T-test), meaning that the validity of results are questionable.</p>	<p>Not provided</p> <p>200 respondents (sampling methodology not explained)</p> <p>Not covered</p>	<p>Provided</p>

Название	Страна	КГН	Донор/ год/тип публикации	Тип исследова- ния	Контроль качества	Огра- ниче- ния
<p><b>Обзор опыта внедрения тестирования на ВИЧ силами сообщества и рекомендации по внедрению этих практик в странах Восточной Европы и Центральной Азии</b></p> <p><b>Описание рекомендуемой оптимальной модели тестирования, сопровождения и лечение ВИЧ силами сообществ на примере Эстонии</b></p>	Эстония	ЛЖВ, потребители наркотиков, лесбиянки, геи, бисексуалы и трансгендерные люди (ЛГБТ)	ГФ 2018 Отчет	Кросс-секционный (не указано)	Не указано	Да



Цели и задачи	Методология	Лит. обзор Описание выборки Этические вопросы	Инструментарии
<p>Цель настоящего обзора – провести анализ и выработать рекомендации по внедрению подхода к тестированию на ВИЧ силами сообщества и НКО, включая сопровождение на лечение для стран региона Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА).</p> <p>Задачи:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Изучить и проанализировать имеющийся опыт и международные рекомендации в области организации тестирования на ВИЧ силами сообществ, включая сопровождение на лечение в странах региона ВЕЦА.</li> <li>• Описать опыт успешных практик организации тестирования на ВИЧ силами сообществ.</li> <li>• Разработать оптимальную модель предоставления услуг тестирования на ВИЧ силами сообществ, включая структуру расходов и рекомендации по внедрению для Эстонии.</li> <li>• Предоставить представителям сообщества обоснованную информацию для адвокации программы тестирования на ВИЧ силами сообщества в Эстонии.</li> </ul>	<p>Методология включает три основных компонента:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) анализ документации, описывающей имеющийся опыт и международные рекомендации в области организации тестирования на ВИЧ силами сообществ, включая сопровождение на лечение в странах региона Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА);</li> <li>2) описание опыта, включая успешные модели организации тестирования на ВИЧ силами сообществ на основе анализа документов, интервью ключевых респондентов и опроса целевого населения;</li> <li>3) совместная разработка оптимальной модели предоставления услуг тестирования на ВИЧ силами сообществ и рекомендации по внедрению путем всестороннего обсуждения и выработки рекомендаций всех заинтересованных сторон.</li> </ol>	<p>Да</p> <p>Нет</p> <p>Нет</p>	<p>Не прилагается</p>

Название	Страна	КГН	Донор/ год/тип публикации	Тип исследова- ния	Контроль качества	Огра- ниче- ния
<b>Результаты оценки барьеров для расширения охвата лечением ВИЧ</b>	Кыргызстан	ЛЖВ	Не указанно 2018 Отчет	Кросс- секционный (не указанно)	Да (в процессе ввода и анализа данных)	Не обсуж- дается

Цели и задачи	Методология	Лит. обзор Описание выборки Этические вопросы	Инструментарии
<p>Цели: Изучение проблем, связанных с подключением ЛЖВ к АРВ-терапии и низкой приверженностью к АРВ-терапии, среди ЛЖВ, принимающих лечение, для разработки дальнейших рекомендаций по их устранению.</p> <p>Задачи:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Изучить факторы, являющиеся барьерами для начала АРВ-терапии.</li> <li>2. Изучить факторы, влияющие на приверженность антиретровирусной терапии больных ВИЧ-инфекцией, связанных и не связанных с основным заболеванием (демографических, социальных, факторов инъекционного и полового поведения, причины смены схемы АРВ-терапии, психологические особенности пациентов с ВИЧ-инфекцией, др.).</li> <li>3. Разработка рекомендаций и инструментов по созданию условий для расширенного охвата АРТ и повышению приверженности к лечению среди ЛУИН/ЛЖВ.</li> <li>4. Содействовать внедрению рекомендаций и инструментов, которые позволят расширить охват и улучшить приверженность ЛУИН/ЛЖВ к лечению ВИЧ, на национальном уровне.</li> </ol>	<p>Использованный подход предполагает качественные и количественные методики сбора данных, включая: обзор литературы и проектной документации, опрос ключевых респондентов, фокусные группы и опрос/анкетирование представителей целевых групп – получателей услуг, а также фасилитируемые дискуссии представителей ключевых заинтересованных сторон.</p> <p>Прикладное исследование согласно календарному плану с использованием сочетания методик качественного и количественного исследования, включая:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• обзор соответствующих документов;</li> <li>• глубинные интервью с ключевыми заинтересованными сторонами;</li> <li>• глубинные интервью с сотрудниками медицинских учреждений;</li> <li>• опрос ЛУИН/ЛЖВ;</li> <li>• глубинные интервью с представителями НПО.</li> </ul>	<p>Да</p> <p>Да</p> <p>Да, было получено информированное согласие</p>	<p>Не прилагается</p>

Название	Страна	КГН	Донор/ год/тип публикации	Тип иссле- дования	Контроль качества	Огра- ниче- ния
<b>На пути к 90: Анализ закупок и предоставле- ния АРВ- препаратов в 7 странах ВЕЦА</b>	Армения, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Молдова, Россия, Украина	ЛЖВ	Не указанно 2018  Отчет	Кабинетное исследова- ние	Нет	Нет
<b>СОБЛЮДЕ- НИЕ ПРАВ СЕКС-РА- БОТНИКОВ В КЫРГЫЗ- СКОЙ РЕ- СПУБЛИКЕ</b>	Кыргызстан	РС	Сорос- Кыргызстан 2014  Отчет	Кросс- секционный (не указанно)	Нет	Нет
<b>Barriers to access to HIV testing for adolescents and youth in three EECA countries: Russia, Ukraine and Georgia</b>	Georgia, Ukraine, Russia.	Youth	UNAIDS Regional Office in EECA region and ViiV Healthcare  2017  Report	Assessment	Not explained	Not listed

Цели и задачи	Методология	Лит. обзор Описание выборки Этические вопросы	Инструментарии
<p>Основная цель этого документа – оказать содействие усилиям, предпринимаемым государственными органами стран Восточной Европы и центральной Азии в борьбе против эпидемии ВИЧ-инфекции.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Анализ законодательства, относящегося к сфере закупок и предоставления АРВ-препаратов</li> <li>2. Анализ закупок и предоставления антиретровирусных препаратов в 2017 году</li> <li>3. Выводы и рекомендации по результатам анализа.</li> </ol>	<p>Нет (анализ типичных исследований не присутствует, а так, методология сам по себе является обзором)</p> <p>Нет</p> <p>Нет</p>	<p>Нет</p>
<p>Описание групп РС и ситуацию по нарушениям прав секс-работников</p>	<p>Опрос РС (n: 590) с использованием полуструктурированных анкет Интервью с 33 сотрудников ОВД</p>	<p>Да</p> <p>Да (частично)</p> <p>Да, было получено информированное согласие</p>	<p>Не прилагается</p>
<p>Identify youth-friendly HIV services</p>	<p>Site-visits and evaluation using a pre-defined checklist</p>	<p>Not provided</p> <p>No</p> <p>No</p>	<p>Not included</p>

Название	Страна	КГН	Донор/ год/тип публикации	Тип исследова- ния	Контроль качества	Огра- ниче- ния
<b>МОНИТО- РИНГОВОЕ ИССЛЕ- ДОВАНИЕ КОНДОМ- СВЯЗАННОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ИНФОР- МИРОВАН- НОСТЬ СЕКС-РАБОТ- НИКОВ О ВИЧ И ИПП В КЫРГЫЗ- СКОЙ РЕСПУБЛИКЕ</b>	Кыргызстан	РС	ЮНФПА 2014 Отчет	Кросс- секционное исследова- ние (часть лонгитуд- ного исследова- ния)	Не указанно	Не обсуж- дается

Цели и задачи	Методология	Лит. обзор Описание выборки Этические вопросы	Инструментарии
<p>Цель исследования – оценить эффективность вмешательств программ по профилактике ВИЧ/СПИД/ИППП с секс-работниками в Киргизской Республике на протяжении десяти лет реализации. Исследование впервые включает специальный обзор использования женского презерватива.</p> <p>Задачи исследования:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Оценить изменения знаний и установок секс-работников, связанных с ВИЧ/СПИД</li> <li>2. Оценить изменения в поведении секс-работников, связанного с использованием презерватива</li> <li>3. Оценить изменения в поведении секс-работников, связанного с получением медицинских услуг.</li> </ol>	<p>Опрос с использованием инструмента Международной Организацией по охране здоровья семьи (FHI - Family Health International)</p>	<p>Нет</p> <p>Да (Кластерная)</p>	<p>Не прилагается</p>

## ПРИЛОЖЕНИЕ 3: ТАБЛИЦА КЛЮЧЕВЫХ ВОПРОСОВ И ПОДХОДОВ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЙ СИЛАМИ СООБЩЕСТВА

	Что мы изучаем Вопросы исследования?	Кто проводит исследование/ оценку	Как (методы)	Роль сообщества
<b>СТРУКТУРА</b>				
Профилактика	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Квалификация консультантов</li> <li>2. наличие и качество расходных материалов</li> <li>3. наличие и качество информационных материалов</li> <li>4. наличие низкопороговых центров</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. сообщество и эксперты</li> <li>2. сообщество</li> <li>3. эксперты и сообщество</li> <li>4. сообщество</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. тайный клиент, оценка на соответствие принятым стандартам</li> <li>2. опрос</li> <li>3. опрос</li> <li>4. тайный клиент</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. партнер</li> <li>2. силами сообщества</li> <li>3. партнер</li> <li>4. силами сообщества</li> </ol>
Тестирование	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. наличие и качество (расположение, часы работы, анонимность, конфиденциальность) кабинетов по тестированию</li> <li>2. наличие и качество тестов</li> <li>3. наличие и качество сопровождения клиентов</li> <li>4. алгоритм тестирования</li> <li>5. возможность диверсифицировать производство наборов для самостоятельного тестирования (преквалифицированные ВОЗ)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. сообщество и эксперты</li> <li>2. эксперты</li> <li>3. эксперты и сообщество</li> <li>4. эксперты</li> <li>5. эксперты</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. соответствие рекомендациям ВОЗ и опрос</li> <li>2. референс-лаборатория</li> <li>3. тайный клиент, оценка на соответствие принятым стандартам</li> <li>4. соответствие рекомендациям ВОЗ</li> <li>5. исследование рынка</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. партнер</li> <li>2. n/a</li> <li>3. вовлечение</li> <li>4. n/a</li> <li>5. n/a</li> </ol>
Лечение	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. квалификация медперсонала и соц. работников</li> <li>2. доступность лечения (как вовлечение медперсонала разных специальностей повысить охват и доступность)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. эксперты</li> <li>2. эксперты и сообщество</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. сертификация</li> <li>1. feasibility study и опрос</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. n/a</li> <li>2. вовлечение</li> </ol>



	Что мы изучаем Вопросы исследования?	Кто проводит исследование/ оценку	Как (методы)	Роль сообщества
--	---	---	--------------	--------------------

## ПРОЦЕСС

Профилактика	Сколько клиентов аутизм работник может охватить за единицу времени чтобы предоставить качественные услуги?	Сообщество	Опросник, анализ вторичной информации, наблюдение	Заказчик, участник, исполнитель presenter
Тестирование	Сколько клиентов аутизм работник может охватить за единицу времени, чтобы предоставить качественные услуги?	Сообщество	Опросник, анализ вторичной информации, наблюдение	Заказчик, участник, исполнитель presenter
Лечение	Какие основные причины отказа от приема АРВ?	НПО (independent experts), клиника, государственные институции	Опросник, анкета, интервью	Заказчик, участник, исполнитель, оценку делать, презентация Заказчик
Социальное сопровождение. Права человека	Где паллиативный уход наиболее эффективный: на дому или в хосписе?	Service providers (state, non-state), independent expert	Наблюдение, сравнительный анализ, опросник/интервью клиента, анализ случаев	Recipient and presenter

	Что мы изучаем Вопросы исследования?	Кто проводит исследование/ оценку	Как (методы)	Роль сообщества
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ</b>				
Профилактика	Результат качества профилактики смерти от передозировки	С участием сообщества. Инициация со стороны сообщества.	1. Исследование -Построение эгоцентрической социальной сети потребителей инъекционных наркотиков. 2. Планирование базовой оценки и финальной оценки 3. Анализ документации и практики при фиксации смерти. 4. Картирование по сети.	Инициатор Интервьюер Респондент
Тестирование	Результат качества тестирования и его доступности среди беременных на ВИЧ.  (including pre-pregnancy period, as a part of family planning process, with aim that women know HIV status beforehand)	Силами сообщества.	Исследование количественное Качественное интервью чек листом  (evaluation of intervention to increase pre-pregnancy HIV testing)+study of patients knowledge on basics of HIV testing	Инициатор Интервьюер Респондент
Лечение	1. Результат качества лечения ВИЧ/СПИДа (удовлетворенность) и наличие побочных (quality of life) 2. Cooperative analysis of ARV protocols	Сообщество	Исследование Полуструктурированный опрос	Инициатор Интервьюер Респондент
Социальное сопровождение Права человека	Результат качества обращения с клиентами в местах несвободы и в медучреждениях	Силами сообщества	Сбор и анализ кейсов.	Инициатор Интервьюер Респондент

	Что мы изучаем Вопросы исследования?	Кто проводит исследование/ оценку	Как (методы)	Роль сообщества
--	---	---	--------------	--------------------

## ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТА

Профилактика	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оценка количества подростков, употребляющих наркотики</li> <li>• Какие виды наркотиков доступны для подростков и какие способы их употребления?</li> <li>• Связан ли вид наркотиков с рискованными практиками (небезопасный секс, общее использование шприцев)?</li> <li>• Какие характеристики этой группы (возраст, пол, уровень достатка, образование)?</li> <li>• Знают ли они о риске, путях передачи ВИЧ и способах защиты от ВИЧ?</li> </ul>	Организация на базе сообществ	Личные интервью  Качественные опросы	Инициатор
Тестирование	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Существуют ли барьеры по тестированию подростков в законодательной базе?</li> <li>• Тестируются ли эти люди вообще и с чем это связано?</li> <li>• Существует ли система перенаправления при позитивном результате на ВИЧ?</li> </ul>	Организация на базе сообществ	Личные интервью  Качественные опросы	Инициатор
Лечение	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Насколько доктора готовы общаться с подростками без родителей?</li> <li>• Может ли подросток принять решение о лечении самостоятельно (без родителей или опекунов – законодательная база)?</li> <li>• Доступны ли в медучреждении лекарства для подростков?</li> <li>• Как поддерживается приверженность к терапии у подростков?</li> <li>• Как узнают о прерывании лечения? С чем это связано?</li> </ul>			
Социальное сопровождение. Права человека	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Есть ли равные консультанты для подростков?</li> <li>• Существуют ли профильные учреждения по социальной защите для подростков?</li> <li>• Существуют ли бесплатные психологические консультации для подростков с зависимостями?</li> </ul>			

