



# Программы снижения вреда среди гражданского населения и в пенитенциарном секторе Российской Федерации

## Оценка передового опыта





**Программы снижения вреда  
среди гражданского населения  
и в пенитенциарном секторе  
Российской Федерации**

Оценка передового опыта

Открытый Институт Здоровья

Москва

2007

### **Выражение признательности**

Этот отчет был подготовлен благодаря командной работе специалистов Открытого Института Здоровья (ОИЗ) и целого ряда исследователей из партнерских организаций. Особенно ценный вклад внесли сотрудники ОИЗ: Ксения Ерошина, Кирилл Данишевский, Алексей Бобрик, Наталья Васильева; приглашенные специалисты: Святослав Плавинский и Елена Корнышева; несколько сотрудников Всероссийской сети снижения вреда, в том числе Виталий Джума и Наталья Коржаева; исследователи, обеспечившие основной сбор полевых данных: Елена Землянова и Алексей Шабашов, а также многие другие. Логистическая и техническая поддержка проекта была осуществлена административными и финансовыми сотрудниками ОИЗ. Открытый Институт Здоровья выражает признательность Всемирному банку за финансирование работ по проведению исследования и подготовке данного отчета.



## Содержание

Список аббревиатур	4
Резюме	5
Введение	7
Методы	11
Обзор литературы	15
Результаты: Полуструктурированные интервью	37
Результаты: Методика репертуарных решеток	58
Заключение	75
Основные выводы	78
Приложения	79



## Список аббревиатур

АРВТ	антиретровирусная терапия
ВГС	вирусный гепатит С
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВССВ	Всероссийская сеть снижения вреда
ГФСТМ	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией
ДИ	доверительный интервал
ДКТ	добровольное консультирование и тестирование
ИОО	Институт «Открытое общество»
ИППП	инфекции, передающиеся половым путем
НПО	неправительственная организация
НKK	Национальный Координационный Комитет
ОИЗ	Открытый Институт Здоровья
ПИН	потребитель инъекционных наркотиков
ПОШ	программа обмена шприцев
ПСВ	программа/проект снижения вреда
РКС	работник коммерческого секса
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
ТБ	туберкулез
УИС	уголовно-исполнительная система
ЮНЭЙДС	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу
DFID	Department for International Development — Министерство международного развития Великобритании
FHI	Family Health International — Международная организация «Здоровье семьи»
INRD	International Harm Reduction Development Program — Международная программа снижения вреда
MDM	Médecins du Monde — Организация «Врачи мира»
MSF	Médecins Sans Frontières — Организация «Врачи без границ»



## Резюме

Данный отчет посвящен исследованию передового опыта программ снижения вреда, связанного с употреблением наркотиков (далее просто «снижение вреда») среди гражданского населения и в пенитенциарной системе Российской Федерации. Сначала был проведен обзор литературы с целью обнаружения всей доступной информации по профилактике ВИЧ-инфекции, связанной с инъекционным употреблением наркотиков. Были проанализированы все имеющиеся источники, в том числе статьи в биомедицинских журналах, официальные документы и пр. За обзором литературы последовало проведение полуструктурированных интервью и применение методики репертуарных решеток, что позволило дать количественную оценку уровней успешности, основанную на оценках полевых проектов экспертами снижения вреда.

Обзор литературы показал, что в 2001 году была предпринята масштабная попытка изучения передового опыта в области снижения вреда в России. При этом продемонстрирована важность понимания эволюции снижения вреда в России и факторов, определяющих успехи и неудачи данной стратегии. Для целей исследования передового опыта в реализации программ снижения вреда на основе выявленной информации была сформулирована концептуальная рамка. Она позволила ранжировать контекстуальные факторы по степени их стабильности — от тех, на которые передовой опыт снижения вреда мог оказать значительное влияние, до тех, которые оставались неизменны. При определении концептуальной рамки было отмечено, что передовые про-

граммы снижения вреда — это те, которые достигают хороших результатов даже в неблагоприятной среде с труднодоступным и ограниченным финансированием; способны улучшить факторы контекста, которые могут быть изменены; и наконец — достигают как запланированных целевых показателей, так и межсекторального сотрудничества и устойчивости.

Кроме того, был проведен анализ расшифровок 57 анонимных полуструктурированных интервью, проведенных с представителями ключевых групп респондентов в шести регионах России, и семи интервью с лицами, принимающими решения на федеральном уровне. Анализ репертуарных решеток был основан на 36 решетках, заполненных экспертами по снижению вреда в гражданском обществе, и 5 репертуарных решетках, заполненных экспертами тюремных проектов. Основные результаты анализа полуструктурированных интервью и репертуарных решеток демонстрируют важность внешних факторов. Социальная среда и достаточное финансирование, предпочтительно как со стороны местных властей, так и со стороны внешних доноров, оказались в ряду важнейших факторов в достижении устойчивости программ снижения вреда (ПСВ). Поддержка властей и правоохранительных органов была отмечена как дополнительный и необходимый фактор успеха. Неоднократно упоминалась проблема сопротивления со стороны младшего состава патрульно-постовых служб. Эту проблему трудно решить посредством тренингов в силу большой текучести этих сотрудников милиции.

Среди внутренних факторов, влияющих на работу ПСВ, оказались наличие в программе опытного персонала, широкий спектр предоставляемых услуг, а также обеспечение осведомленности целевой группы о наличии программ снижения вреда. Подчеркивалась важность вовлечения бывших потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) в аутрич-работу. Учитывая существующий сегодня закрытый характер систем распространения наркотиков, подчеркивалась потенциальная важность роли активных ПИН в установлении связей с клиентами. Однако привлечение к профилактической работе ПИН было сопряжено с рядом проблем, в том числе с точки зрения менеджмента, исключая случаи, когда речь шла о бывших ПИН, которые уже на протяжении значительного срока воздерживались от употребления наркотиков.

Анализ данных по тюремным программам выявил проблемы доступа к услугам, недостаточного охвата и ограниченной длительности программ. Основной выявленной проблемой оказалась ограниченность спектра услуг, предоставляемых в тюрьмах, по сравнению с гражданскими программами. Также подчеркивалась необходимость установления контактов тюремных проектов СВ с гражданскими неправительственными организациями для профилактической работы с потребителями наркотиков. Основным отличием тюремных проектов оказалась меньшая подверженность воздействию внешних факторов по причине закрытой природы данных учреждений. Влияние на деятельность проектов в основном ограничивается администрацией мест лишения свободы и Федеральной службой исполнения наказаний. В целом специалисты тюремных проектов были более пессимистичны в отношении будущего программ снижения вреда для заключенных по сравнению с гражданскими проектами.





## Введение

ВИЧ/СПИД — это глобальная угроза здоровью человечества во всем мире. Сегодня скорость распространения ВИЧ-инфекции в некоторых восточно-европейских странах является одной из самых высоких в мире. До середины 1990-х годов число случаев ВИЧ, ежегодно диагностировавшихся в России, было менее 200, а общее число случаев по стране в 1995 г. составляло всего около 1000<sup>1</sup>. Однако начиная с 1996 г. заболеваемость ВИЧ в России начала резко возрастать. К середине 2001 года официально было выявлено уже более 140 тысяч инфицированных<sup>2</sup>, а к концу 2006 года число только зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции достигло 370 тысяч. Показатели заболеваемости сокращались между 2001-м и 2004 годами; однако в 2005-м и 2006 годах количество новых случаев вновь несколько превысило цифры предыдущего года, возможно, обозначив вторую волну эпидемии, что вполне вероятно, учитывая, что ВИЧ-инфекция имеет несколько путей передачи (рисунок 1). До сих пор неясно, действительно ли это была вторая волна, поскольку некоторые специалисты утверждают, что низкие показатели 2002–2004 гг. объясняются сокращением охвата тестированием. Кроме того, нельзя однозначно утверждать, связан ли недавний прирост с поло-

вым или инъекционным путями передачи, поскольку более чем в 55% случаев путь передачи был неизвестен<sup>3</sup>.

Однако большинство экспертов сходятся во мнении, что скорее всего реальное число случаев ВИЧ-инфекции в Российской Федерации в несколько раз превышает официальные данные. Государственная статистика отражает только случаи, выявленные в результате тестирования тех, кто обеспокоен своим ВИЧ-статусом, или при рутинном скрининге. В то же время риск ВИЧ-инфицирования крайне неравномерно распределен среди российского населения, то есть те, кто подвергаются наибольшему риску, нередко имеют меньше всего шансов пройти тестирование. По данным ЮНЭЙДС (Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу), сейчас в России примерно 860 000 человек живут с ВИЧ/СПИДом, с разбросом экспертных оценок в диапазоне от 420 000 до 1,4 миллиона<sup>4</sup>.

ВИЧ быстрее распространяется среди наиболее уязвимых групп, которые зачастую имеют ограниченный доступ к услугам здравоохранения и, следовательно, меньше шансов попасть на обследование или пройти тестирование добровольно. Так,

<sup>1</sup> UNAIDS — ВИЧ-инфекция в Восточной Европе, Женева, Швейцария: Объединенная программа ООН/ВОЗ по СПИДу, 1998.

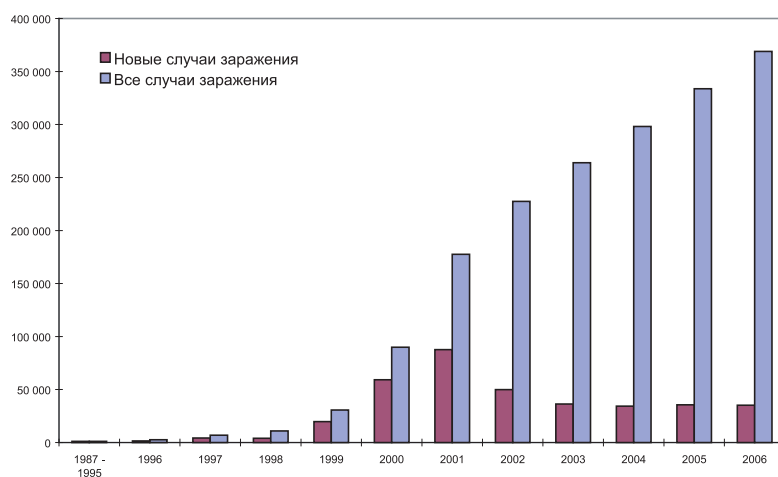
<sup>2</sup> Покровский В. Отчет Российского федерального центра по предотвращению СПИДа. Москва, Россия: Федеральный научно-методический Центр по профилактике и борьбе со СПИДом, январь 2001 г.

<sup>3</sup> Федеральный научно-методический Центр по профилактике и борьбе со СПИДом. Отчет 2005 г.

<sup>4</sup> Отчет 2005 года по Российской Федерации. Развитие человека, UNDP, 2005 г.

потребители инъекционных наркотиков склонны избегать контактов с официальной системой здравоохранения. Несмотря на то, что доля случаев ВИЧ-инфекции, связанных с употреблением инъекционных наркотиков, снизилась с 90%<sup>5</sup> всех зарегистрированных случаев в 2003 году

примерно до 70% случаев в 2004–2005 гг.<sup>6</sup>, этот путь передачи еще остается основным в России. Кроме того, учитывая сложности с точным установлением пути передачи инфекции, и к этим цифрам следует относиться с осторожностью.



**Рисунок 1.** Новые случаи и общее количество случаев ВИЧ-инфекции, зарегистрированные в Российской Федерации в 1996–2006 гг. (по данным Федерального научно-методического Центра по профилактике и борьбе со СПИДом)

Оценки распространенности употребления нелегальных инъекционных наркотиков в России также неоднозначны. Согласно данным российского Министерства внутренних дел, число ПИН может составлять от 3 до 4 миллионов человек, в то время как по оценке Национального научно-исследовательского центра наркологии, их примерно 2 миллиона<sup>7</sup>. Исследование с применением методики «захват-повторный захват»,

проведенное в одном из городов России, определило оценочный показатель распространенности ПИН, равный 5,4% от общего населения<sup>8</sup>.

В связи с тем, что оценки размеров групп риска часто неоднозначны, сложно предсказать будущее распространения эпидемии ВИЧ-инфекции в России. По различным прогнозам предполагается, что

<sup>5</sup> Федеральный научно-методический Центр по профилактике и борьбе со СПИДом. ВИЧ-инфекция: Информационный бюллетень (Номер 25). Москва: Федеральный центр СПИД, 2003 г.

<sup>6</sup> Федеральный научно-методический Центр по профилактике и борьбе со СПИДом, ежегодный доклад, 2003 г.

<sup>7</sup> Кошкина Е. Распространение болезней, связанных с наркоманией, в Российской Федерации в 2000 г., согласно официальной статистике. Вопросы наркологии, 2001 г., 3, с. 61–71.

<sup>8</sup> Платт Л., Хикман М., Родс Т. Распространение употребления инъекционных наркотиков в российском городе: показания для снижения вреда и зоны охвата. Addiction, ноябрь 2004 г., 99(11), с. 1230–1238.

в период до 2025 гг. количество новых случаев ВИЧ в России может достигнуть 4–19 миллионов, в то время как количество смертей от СПИДа может составить 3–12 миллионов<sup>9,10</sup>. По оценкам руководителя Федерального научно-методического Центра по профилактике и борьбе со СПИДом профессора Вадима Покровского, в отсутствие широкого доступа к антиретровирусной терапии (АРВТ) к 2010 году смертность от СПИДа в России достигнет 100 000 случаев в год, даже если основываться только на цифрах и динамике официально зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции. Согласно модели, основанной на допущении того, что число ПИН в России составляет примерно 2,5 миллиона человек и эпидемия ВИЧ в ближайшие 3–4 года будет по-прежнему концентрироваться в среде ПИН, прогнозируется, что к 2008 году до 50% всех потребителей инъекционных наркотиков могут быть инфицированы ВИЧ и, следовательно, количество случаев ВИЧ в России к 2008 году достигнет приблизительно 1,25 миллиона<sup>11</sup>.

Некоторые эксперты в своих исследованиях пытались выйти за рамки показателей инфицирования. К. Рюль, В. Покровский и В. Виноградов смоделировали экономические последствия ВИЧ в России<sup>12</sup>. Согласно этому прогнозу, в отсутствие должного доступа к современному лечению, ВИЧ/СПИД способен оказать серьезное влияние на российскую экономику. Даже по оптимистическому прогнозу смертность от СПИДа в России достигнет уровня 21 000 человек в месяц к 2020 году. Те же

авторы предполагают, что если не будут приняты соответствующие меры, то рост валового внутреннего продукта (ВВП) в России может сократиться на 4,15% к 2010 году и на 10% к 2020 году. Ожидается, что рост инвестиций будет снижаться быстрее, чем ВВП: на 5,5% к 2010 году и на 14,5% к 2020 году, что нанесет сильнейший ущерб экономическому развитию.

Учитывая неутешительные тенденции развития эпидемии ВИЧ-инфекции в России и важную роль, которую играют в ней потребители инъекционных наркотиков, представляется весьма важным обратить серьезное внимание на эту проблему. Однако стратегия запрета наркотиков, в той или иной степени применяемая во всех странах мира для борьбы со спросом и предложением определенных психоактивных веществ (например, «Война с наркотиками», объявленная правительством США), в XXI веке столкнулась с целым рядом препятствий. По мнению некоторых специалистов, запрет наркотиков сам по себе не может эффективно сдерживать растущий спрос и предложение нелегальных наркотиков в мире<sup>13</sup>. В то же время в эру ВИЧ/СПИДа изолированная политика запрета на наркотики может значительно увеличить риск дальнейшего распространения эпидемии<sup>14</sup>. Еще одна проблема, решение которой лежит вне сферы борьбы с поставками нелегальных наркотиков, связана с преодолением наркотической зависимости. Исследование, проведенное среди ПИН в Москве в 2002 году, показало, что две трети активных ПИН в Москве пытались прекратить употреблять наркотики,

<sup>9</sup> Николас Эберштадт. Будущее СПИДа. *Foreign Affairs*, ноябрь/декабрь 2002, том 81: Номер 6.

<sup>10</sup> Национальный разведывательный совет. Следующая волна ВИЧ/СПИД: Нигерия, Эфиопия, Россия, Индия и Китай. ICA 2002–04D, сентябрь 2002 г., с. 11–12.

<sup>11</sup> Покровский В. В. ВИЧ-инфекция в России: прогноз. *Вопросы вирусологии*. 3, 2004 г., с. 31–34.

<sup>12</sup> Рюль К., Покровский В., Виноградов В. Экономические последствия ВИЧ в России.

<sup>13</sup> Гарри Г. Левайн. Глобальный запрет наркотиков: его применение и кризис. *International Journal of Drug Policy* 14 (2003), с. 145–153.

<sup>14</sup> Блюменталь Р. Н., Лорвик Д., Крал А. Х. Побочный ущерб в войне с наркотиками: поведение, связанное с риском инфицирования ВИЧ, среди потребителей инъекционных наркотиков. *International Journal of Drug Policy* 10, 1999 г., с. 25–38.

как с помощью специалистов специализированных медицинских учреждений, так и самостоятельно. В большинстве случаев (62,2%) период воздержания не превышал шести месяцев. В результате многочисленных исследований в других странах также было выявлено большое количество неудачных попыток прекращения употребления наркотиков<sup>15</sup>. Так, доля ПИН, которые смогли воздерживаться от инъекций наркотиков дольше года в репрезентативной выборке ПИН в Санкт-Петербурге, не превысила 8%<sup>16</sup>. Таким образом, независимо от того, насколько успешна политика по борьбе с наркотиками в той или иной стране, при низкой эффективности существующих методов лечения наркозависимости, мало-

вероятно, чтобы большинство потребителей наркотиков были бы способны в короткое время преодолеть зависимость. Эта ситуация требует использования дополнительных стратегий, предусматривающих работу с активными потребителями наркотиков с целью предотвращения распространения ВИЧ-инфекции среди этой категории населения и за ее пределы. Тем самым обеспечивается как защита общества от эпидемии, так и соблюдение основных прав человека. Такие реалистичные подходы, не требующие для начала профилактической работы безусловного отказа от употребления психоактивных веществ, получили название «снижение вреда».

15 Амато Л., Даволи М., Ферри М., Али Р. Метадон в постепенно снижающихся дозах в целях управления отказом от опиоидов. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2004 18 октября (4): CD003409.

16 Мусатов В. А. Воздержание от наркотиков и снижение вреда: за и против. Презентация на Шестой школе журналистов, пишущих по вопросам здравоохранения. Пушкино, 24.05.06.



## Методы

В ходе начальной фазы исследования был проведен обзор литературы с целью обнаружения доступной информации по профилактике ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков. Поиск литературы и ее анализ включал в том числе статьи в биомедицинских журналах, официальные документы и другие соответствующие информационные источники. Обзор литературы был структурирован по следующим главам: введение, общая информация об эпидемии ВИЧ и употреблении наркотиков; введение в концепцию снижения вреда; история развития программ снижения вреда и программ профилактики ВИЧ-инфекции в пенитенциарной системе; данные об эффективности снижения вреда, в том числе в пенитенциарной системе; экономическая оценка снижения вреда; концепция передового опыта в снижении вреда. В завершение обзора была сформулирована концептуальная рамка исследования.

Участники исследования дважды встречались в Москве для обсуждения и утверждения методологии исследования, его концептуальной рамки и инструментария. В ходе этих встреч также были определены регионы проведения исследования. Участниками рабочих встреч были представители Всероссийской сети снижения вреда, Санкт-Петербургской школы общественного здравоохранения, Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, а также Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения.

Для исследования были выбраны следующие регионы: Псков, Казань, Вологда, Тверь, Воронеж и Балаково.

Псков и Казань были включены в исследование как города, в которых наиболее успешно реализуются проекты снижения вреда как среди гражданского населения, так и среди заключенных. Для сравнения были выбраны Вологда и Тверь, где также реализуются проекты снижения вреда среди данных групп населения. В дополнение к указанным регионам в исследование были включены Воронеж и Балаково, где реализуются программы снижения вреда среди гражданского населения, при дополнительной поддержке со стороны Всероссийской сети снижения вреда (ВССВ).

Кроме того, методология и инструментарий исследования были высланы по электронной почте ключевым лицам, которые не смогли присутствовать на встречах, с просьбой высказать свои замечания и предложения. Ответы были получены от представителей ННЦ наркологии Министерства здравоохранения и социального развития России, а также от представителей Международной программы снижения вреда (IHRD). Все полученные замечания были учтены и отражены в окончательном варианте используемого в исследовании инструментария.

Инструментарий исследования включает в себя анкету (Приложение 1) и репертуарные решетки (Приложения 2 и 3). До применения в выбранных регионах оба инструмента

были протестированы в Москве и Мытищах, а затем использованы для изучения факторов, определяющих эффективность гражданских программ снижения вреда и про-

грамм профилактики ВИЧ в местах заключения. Предварительные интервью также были включены в последующий анализ.

Анкета была использована в ходе полуструктурированных интервью с ключевыми лицами.

### В каждом регионе были взяты интервью у следующих групп респондентов:

- сотрудники проектов снижения вреда: руководители гражданских программ снижения вреда и программ профилактики ВИЧ/СПИДа в местах заключения, медицинские консультанты, менеджеры аутрич, руководители медицинских служб в местах лишения свободы и равные консультанты;
- лица, принимающие решения на региональном уровне: представители Федеральной службы по контролю за незаконным оборотом наркотиков, Центров СПИД и наркологических диспансеров;
- клиенты программ снижения вреда/программ профилактики ВИЧ: потребители наркотиков и заключенные.

### Стандартный список респондентов в каждом регионе включал в себя:

- представителей региональных центров СПИД;
- представителей Федеральной службы по контролю за незаконным оборотом наркотиков;
- руководителей проектов снижения вреда (гражданских и тюремных);
- медицинских консультантов проектов снижения вреда;
- менеджеров аутрич и самих аутрич-работников;
- потребителей инъекционных наркотиков, работниц коммерческого секса;
- представителей наркологических диспансеров;
- равных консультантов (тюремные проекты);
- начальников медицинских служб (тюремные проекты).

Таблица 1. Количество интервью на регион

Количество респондентов менялось от региона к региону в зависимости от желания, интереса, наличия времени и, наконец, согласия потенциальных респондентов на участие в исследовании (таблица 1). Число респондентов по группам представлено в таблице 2.

Город	Количество интервью
Казань	14
Вологда	7
Псков	11
Тверь	5
Воронеж	11
Балаково	9
<b>Всего</b>	<b>57</b>

Среднее количество респондентов в каждом из регионов, выбранных для исследования, было равно 10. Кроме интервью, взятых в ключевых регионах, несколько дополнительных

интервью было взято в Мытищах у менеджера по работе аутрич местной программы снижения вреда и у главного врача наркологического диспансера. В Москве допол-

Таблица 2. Количество респондентов из шести регионов по группам

Группа	Количество респондентов
Федеральная служба по контролю за незаконным оборотом наркотиков	3
Руководители программ снижения вреда	6 (двое из них были одновременно руководителями программ снижения вреда и главными врачами СПИД-центров)
Менеджеры программ снижения вреда и аутрич-работники	18
Доверенные врачи программ снижения вреда (медицинские консультанты)	5
Центры СПИД	2 (плюс два, которые были сосчитаны в группе «Руководители программ снижения вреда»)
Наркологические диспансеры	4
Клиенты программ снижения вреда	8
Равные консультанты тюремных проектов	3
Руководители тюремных проектов	4
Начальники медицинских служб в местах лишения свободы	4
<b>Всего</b>	<b>57</b>

нительные интервью были взяты у представителей ННЦ наркологии Министерства здравоохранения и социального развития России, Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, а также неправительственных организаций.

В результате интервью была получена информация об основных достижениях, проблемах и барьерах в работе снижения вреда как среди гражданского населения, так и среди заключенных; об основных стратегиях, используемых для развития и расширения

программ снижения вреда; основных факторах, влияющих на развитие и повседневную работу программ; отношении к стратегиям снижения вреда со стороны различных ключевых лиц и других аспектах. Каждое интервью длилось около 40 минут, все интервью записывались на диктофон, расшифровывались и анализировались.

Большинство опрошенных респондентов также заполнили репертуарные решетки. Важнейшее преимущество методики репертуарных решеток заключается в том, что в ней сочетается структура открытого интервью

с количественными данными анкеты. Используя такой подход, можно проводить контент-анализ интервью и затем сравнивать с важностью различных критериев.

Среди недостатков методики репертуарных решеток необходимо отметить ее времязатратность (по сравнению с другими методами с использованием анкет). Также анализ данных, собранных в ходе применения данной методологии, зачастую невозможен в стандартных пакетах статистического программного обеспечения.

Кроме того, репертуарная решетка — это идиосинкратический метод, и его трудно использовать при анализе небольшого количества решеток, что в практике часто ограничивает его применение за пределами клинической психологии. Нужно отметить, что ситуация меняется и современные учебники по методике репертуарных решеток включают в себя главы по суммарному анализу небольшого количества решеток и в других дисциплинах<sup>17</sup>.

В рамках проекта репертуарные решетки заполнялись экспертами снижения вреда. В число экспертов входили сотрудники

программ снижения вреда и внешние эксперты, которые периодически посещают программы снижения вреда для мониторинга и оказания технической помощи. В данном исследовании использовались два типа репертуарных решеток. Первый тип был предназначен для экспертов, знакомых с одним из проектов СВ, либо гражданским, либо тюремным, в течение длительного времени. Второй тип был предназначен для экспертов, знакомых с тремя различными программами снижения вреда, либо тюремными, либо гражданскими. Все репертуарные решетки заполнялись специалистами в присутствии интервьюеров для того, чтобы избежать возможных ошибок во время заполнения. Всего было заполнено 36 репертуарных решеток экспертами гражданских программ снижения вреда и 5 репертуарных решеток — экспертами тюремных программ. Меньшее число репертуарных решеток, заполненных по тюремным программам, объясняется относительно короткой историей проектов профилактики ВИЧ/СПИДа в российской пенитенциарной системе и недостаточным количеством специалистов, знакомых с этими программами.

<sup>17</sup> Янкович Д. Простое руководство по репертуарным решеткам. John Wiley and Sons, 2004.





## Обзор литературы

### Введение в концепцию снижения вреда

Перед тем как перейти к обобщению передового опыта тех, кто пытается предотвратить распространение ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков, необходимо попытаться определить понятие «снижение вреда». Зачастую лица, принимающие решения в России и во многих других странах, плохо понимают концепцию снижения вреда. Рассмотрение данного понятия в правильном контексте имеет большое значение для конструктивного обсуждения. Концепция снижения вреда довольно широка и охватывает не только инъекционные наркотики. В узком определении снижение вреда — это «любая политика или программа, направленная на уменьшение связанного с наркотиками вреда, не требующая при этом обязательного прекращения употребления наркотиков. Подобные программы могут быть нацелены на отдельную личность, семью, сообщество или общество в целом». К примерам вмешательства, направленного на снижение вреда, в более широком смысле, за пределами области ВИЧ/СПИДа и нелегального употребления наркотиков, относятся такие программы, как уменьшение последствий употребления алкоголя в общественных местах, создание среды, снижающей вред от табакокурения как для активных, так и для пассивных курильщиков, использование ремней безопасности для снижения риска серьезных травм в автомобильных авариях, и т. д.<sup>18</sup>

Таким образом, в практике здравоохранения подход, основанный на снижении вреда, очень часто используется для предотвращения или сокращения негативных для здоровья последствий определенного поведения в тех случаях, когда невозможно полностью пресечь такое поведение. Что касается инъекционного употребления наркотиков, компоненты «снижения вреда» в рамках комплексного вмешательства в основном направлены на предотвращение передачи ВИЧ и других инфекций, передающихся через совместное использование нестерильного инъекционного инструментария и приготовление наркотиков. Данные компоненты также направлены на сокращение других негативных последствий, связанных с наркотиками, таких как передозировка опиатов, бактериальные инфекции мягких тканей, социальная маргинализация и т. д. Что касается мест лишения свободы, то снижение вреда часто описывается как стратегия, направленная на предотвращение или уменьшение наносимого здоровью вреда, связанного с определенными типами поведения (такими как инъекционное употребление наркотиков, татуировка и т. д.), лишением свободы, переполнением исправительных учреждений, а также с негативным воздействием на психическое здоровье<sup>19</sup>. Необходимо отметить, что конкретные интерпретации понятия «снижения вреда» на сегодняшний день широко варьируются среди специалистов, занимающихся профилактикой распространения ВИЧ-инфекции.

<sup>18</sup> <http://www.doctordeluca.com/Library/AbstinenceHR/CAMH&HR03.htm>

<sup>19</sup> Региональное представительство ВОЗ в Европе. Доклад о состоянии тюрем, наркотиках и сокращении вреда, май 2005 г.

Национальная кампания против злоупотребления наркотиками в Австралии в 1989 году определила снижение вреда как ряд стратегий, которые хотя и не обязательно направлены на сокращение употребления наркотиков, фактически снижают вероятность нанесения вреда в результате этого употребления<sup>20</sup>. В 1993 году Министерский совет по политике в отношении наркотиков определил снижение (минимизацию) вреда как подход, направленный на сокращение вредных медицинских, социальных и экономических последствий употребления алкоголя и других наркотиков путем минимизации или ограничения вреда и рисков, связанных с употреблением наркотиков, как для сообществ, так и для личности, без обязательного прекращения их употребления<sup>21</sup>.

В 1993–1997 гг. в рамках оценки Австралийской национальной стратегии в отношении наркотиков было рекомендовано следующее определение снижения вреда: «компромиссная позиция, согласно которой люди с сильно различающимися взглядами на политику в отношении наркотиков могут договориться друг с другом в отношении практических, немедленных мер по снижению вреда, связанного с наркотиками». В определении также говорится, что «минимизация вреда должна укреплять партнерские отношения между организациями и поддерживать как можно более широкое разнообразие потенциально эффективных вмешательств со стороны всех, кто разделяет цели снижения вреда, связанного с наркотиками, даже если они могут расходиться друг с другом в отношении главных полити-

ческих подходов к предотвращению злоупотребления наркотиками как такового»<sup>22</sup>.

В качестве альтернативы термину «снижение вреда» иногда используется «минимизация вреда», который подразумевает, что предпринимаются попытки уменьшить вред до самого низкого из возможных уровней. Всегда трудно удостовериться в том, что вред сведен до минимума, намного легче установить, что вред был уменьшен. Кроме того, термин «снижение» подразумевает включение в него термина «минимизация». Последнее определение, предложенное в 1998 г. австралийским Министерским советом по политике в отношении наркотиков, уже подразумевает более широкое определение: минимизация вреда — это комплекс мер и программ, направленных на снижение вреда, связанного с наркотиками<sup>23</sup>.

Альянс снижения вреда Великобритании определяет снижение вреда как концепцию, включающую в себя политику, программы, услуги и действия, направленные на сокращение медицинского, социального и экономического вреда, наносимого отдельным личностям, сообществам и обществу в целом<sup>23</sup>.

Следующее определение стратегий снижения вреда было предложено Канадским центром по проблемам злоупотребления наркотиками: «Политика или программа, направленная на сокращение вредных медицинских, социальных и экономических последствий употребления наркотиков, не требующая воздержания от употребления наркотиков»<sup>24</sup>.

<sup>20</sup> Национальная кампания против злоупотребления наркотиками 1985–1988. В: Оценка и будущие направления. В: Национальная кампания против злоупотребления наркотиками, том 12. Канберра: Издательская служба правительства Австралии, 1989 г., с. 37.

<sup>21</sup> Министерский совет по политике в отношении наркотиков. План национальной стратегии в отношении наркотиков на 1993–1997 гг. Канберра: Издательская служба правительства Австралии, 1993 г., с. 20.

<sup>22</sup> Министерский совет по политике в отношении наркотиков. Концепция национальной стратегии в отношении наркотиков с 1998–1999 гг. по 2002–2003 гг. В: Построение партнерств: Стратегия снижения вреда, вызываемого наркотиками в нашем сообществе. Канберра: Австралийский Союз, 1998 г., с.15.

<sup>23</sup> [http://www.ukhra.org/harm\\_reduction\\_definition.html](http://www.ukhra.org/harm_reduction_definition.html)

<sup>24</sup> [http://epe.lac-bac.gc.ca/100/200/300/ccsa-cclat/harm\\_reduction\\_plicy/wgharm/htm](http://epe.lac-bac.gc.ca/100/200/300/ccsa-cclat/harm_reduction_plicy/wgharm/htm)

В данном документе также используется термин «программа снижения вреда» (ПСВ), в рамках которой рассматривается и деятельность по обмену игл, представляющая собой один из ключевых компонентов по снижению вреда от употребления наркотиков

в гражданских проектах на территории России. Выбор конкретного термина будет зависеть от той программы, которая рассматривается или на которую обращается особое внимание.

В рамках концепции снижения вреда существует иерархия рисков, направленная на предотвращение ВИЧ-инфицирования при употреблении наркотиков:

1. Прекрати или никогда не начинай употреблять наркотики.
2. Если употребляешь, не делай это инъекционным путем.
3. Если делаешь инъекции, используй только новый (стерильный) инструментарий и не делись иглами, шприцами, ложками, водой или наркотиками.
4. Если нет возможности каждый раз пользоваться стерильным шприцем, по крайней мере, никогда не пользуйся чужим.
5. Если приходится пользоваться общим инструментарием, всегда дезинфицируй его перед использованием.

## История снижения вреда

Первая программа снижения вреда была внедрена в Амстердаме, Нидерланды, в 1984 году. Начало реализации программы было положено самоорганизацией потребителей наркотиков, но затем она была принята муниципальным управлением здравоохранения Амстердама. С середины 1980-х годов произошло глобальное распространение ПСВ по всему миру. К декабрю 2000 года насчитывалось не менее 46 регионов, стран и территорий, которые сообщали о наличии хотя бы одной программы снижения вреда<sup>25</sup>.

В 1995 году Литва стала первой из стран бывшего Советского Союза, которая ввела меры предупреждения распространения ВИЧ/СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков, переняв опыт, доказавший свою эффективность в ряде развитых и развивающихся стран<sup>26</sup>. Три литовских программы профилактики ВИЧ были включены в сборник примеров передового опыта, опубликованный Объединенной программой ООН по ВИЧ/СПИД (ЮНЭЙДС) и Управлением ООН по наркотикам и преступности.

<sup>25</sup> Стефани А. Стрэтди, Дэйвид Влахов. Эффективность программ обмена игл: обзор научных достижений и политики. *AIDSscience*, том 1, № 16, 13 декабря 2001 г.

<sup>26</sup> Предотвращение распространения ВИЧ/СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков в Литве: передовой опыт. Сеть снижения вреда Центральной и Восточной Европы, октябрь 2003 г.

Первые известные ПСВ в России появились в 1996 году. К концу 1997 г. существовало четыре программы, направленные на предотвращение распространения ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков:

- **Московская аутрич-программа**, осуществлявшаяся и финансирувавшаяся организацией «Врачи без границ – Голландия» (MSF).
- **Санкт-Петербургский автобус по обмену шприцев**, деятельность которого осуществлялась российской неправительственной организацией «Возрождение» и финансировалась французской организацией «Врачи мира» (MDM).
- **Ярославская программа обмена шприцев и вмешательства, основанного на принципе равного консультирования**, где лица, употреблявшие наркотики, участвовали в просветительских программах и обучали других потребителей наркотиков. Программу осуществляли российская неправительственная организация «Друзья помогают друзьям» и проект ЕСНО, реализуемый Университетом штата Коннектикут при финансировании Международной программы снижения вреда (IHRD).
- **Пензенская программа обмена шприцев и просветительской деятельности**, проводимая и финансируемая местными властями.

Кроме того, в течение нескольких месяцев 1997 года экспериментальная программа по обмену игл, финансирувавшаяся местными властями, действовала в Республике Чувашия. В 1996 году частным лицом была организована краткосрочная программа обмена игл в Москве, при содействии Сети по предотвращению распространения СПИДа (США) и финансировании Института «Открытое общество».

Хотя эти вмешательства и были важны как пилотные проекты, их деятельности было недостаточно для предотвращения или контроля эпидемии ВИЧ среди потребителей наркотиков в силу краткосрочности их существования, нехватки опыта и невозможности охватить достаточное число потребителей инъекционных наркотиков. В конце 1997 года программа здравоохранения российского отделения Института «Открытое общество» совместно с Министерством здравоохранения России, организациями «Врачи без границ» и «Врачи

мира», немецкой неправительственной организацией Interactive Drogenhilfe и Университетом штата Коннектикут (США) начала программу RAPID с целью координации и расширения деятельности по предотвращению распространения ВИЧ-инфекции среди ПИН в Российской Федерации.

Эта инициатива состояла из трех ступеней:

- а) вводный тренинг по снижению вреда;
- б) экспресс-оценка ситуации (ЭОС) в участвующих городах и предоставление технической помощи международными участниками проекта;
- в) финансирование местных проектов, основанных на принципах снижения вреда.

В период с января 1998 г. по февраль 2000 г. голландская организация «Врачи без границ» проводила программу тренингов в целях подготовки российских специалистов по сочетанным вопросам ВИЧ-инфекции и употребления наркотиков, методологии

В проектах, поддержанных по этой программе, имелись следующие компоненты:

- обмен игл (стационарные и мобильные пункты);
- выдача ПИН презервативов и дезинфицирующих средств;
- аутрич-работа;
- информационная деятельность (через индивидуальное и групповое обучение ПИН и распространение печатных информационных материалов);
- анонимное консультирование и тестирование на ВИЧ-инфекцию и другие инфекционные заболевания;
- направления в соответствующие ЛПУ для оказания медицинской помощи;
- координация работы с местными властями (муниципальными администрациями, местными правоохранительными органами и органами здравоохранения).

проведения экспресс-оценки ситуации для определения распространенности употребления наркотиков и связанного с этим риска распространения ВИЧ. Обучение прошли свыше 200 участников из 61 российского города; в рамках обучения было проведено 62 экспресс-оценки ситуации.

В 1999 году совместно с Министерством здравоохранения Институт «Открытое общество» — Россия запустил программу «Профилактика ВИЧ-инфекции среди ПИН». Целью этой программы было снижение темпов распространения ВИЧ/ СПИДа в Российской Федерации, причем особое внимание уделялось потребителям инъекционных наркотиков. Механизм достижения цели заключался в предоставлении грантов российским организациям, работающим в области здравоохранения, как правительственным, так и неправительственным, и предоставлении всесторонней технической помощи получателям грантов.

Из 61 города, участвовавшего в начальном тренинге, проведенном организацией «Врачи без границ», 55 запросили у Института «Открытое общество» финансирование программ снижения вреда. К концу 2000 года ИОО поддержал 36 проектов снижения вреда в 32 регионах. В дополнение к предоставлению прямого финансирования всем проектам оказывалось значительное техническое содействие: в 2000–2001 гг. представители от каждого регионального проекта участвовали в трех международных тематических семинарах; технические консультанты посетили 47 пунктов реализации программ и т. д. В 2000 г., при поддержке со стороны Института «Открытое общество», организация «Врачи без границ» начала новый этап программы обучения, приглашая каждый российский проект в Москву на два тренинга в год, а также предоставляя краткосрочные тренинги на местах для полевых работников.

Первоначально Институт «Открытое общество» взял на себя обязательства по финансированию российских программ снижения вреда в течение трехлетнего периода. Ожидалось, что вскоре вступит в силу соглашение с Всемирным Банком о предоставлении Российской Федерации займа сроком на пять лет на программы борьбы с туберкулезом и ВИЧ/СПИДом, которое должно было также включать в себя комплексный компонент по снижению вреда. Однако переговоры были отложены по техническим причинам, связанным с закупками лекарств от туберкулеза. Чтобы сохранить данное направление и обеспечить стабильность проектов по профилактике ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, в 2001

году Министерство международного развития Великобритании выделило средства на продолжение профилактической деятельности через реализацию трехлетнего Переходного проекта по снижению вреда. Как видно из названия, проект был направлен на создание «перехода» между деятельностью Института «Открытое общество» по снижению вреда и предстоящим займом Всемирного Банка.

Таким образом, к концу 2002 года в 38 российских регионах осуществлялась 51 программа снижения вреда, 25 из них также охватывали работников коммерческого секса, а 6 проектов работали в учреждениях

#### Переходный проект по снижению вреда имел следующие цели:

- 1) расширение существующих комплексных программ снижения вреда для потребителей инъекционных наркотиков и работников коммерческого секса;
- 2) развитие мониторинга и оценки снижения вреда;
- 3) развитие внутренних возможностей страны по эффективному противодействию эпидемии;
- 4) расширение понимания лицами, принимающими решения, роли снижения вреда в комплексной профилактике ВИЧ-инфекции;
- 5) разработка устойчивой стратегии расширения деятельности по снижению вреда.

уголовно-исполнительной системы. Инновационные ПСВ стартовали в 11 малых российских городах с учетом особенностей малых интегрированных сообществ, часто имеющих одну аптеку и ограниченное число поставщиков медицинских услуг.

В 2003 году, по окончании четырехлетнего переговорного процесса, Россия получила от Всемирного Банка заем в размере 150 миллионов долларов США на борьбу с рас-

пространением СПИДа и туберкулеза. В том же году Открытый Институт Здоровья (ОИЗ) — правопреемник программы здравоохранения ИОО, ответственный за осуществление Переходного проекта по снижению вреда — стал основным получателем средств по крупному гранту 3 раунда Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФСТМ). Данный проект ГФСТМ, получивший название ГЛОБУС, реализуемый консорциумом из пяти неправительственных организаций, сегодня

общеизвестно является одним из самых успешных проектов по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа в России. Проект направлен на стимулирование эффективной национальной стратегии по профилактике ВИЧ/СПИДа в 10 регионах Российской Федерации. Одной из главных целей проекта является поддержка устойчивых программ профилактики, направленных на снижение передачи ВИЧ среди уязвимых групп населения, таких как потребители инъекционных наркотиков в гражданском секторе и в среде заключенных. К 2006 г. в рамках проекта ГЛОБУС непосредственную поддержку получали 25 программ снижения вреда в 10 российских регионах и 10 программ профилактики ВИЧ/СПИДа в системе исполнения наказаний. Проект ГЛОБУС совместно с Институтом «Открытое общество» и Фондом Форда также оказал поддержку 20 дополнительным програм-

мам снижения вреда в 18 регионах через Всероссийскую сеть снижения вреда.

В следующем году созданный в России национальный координационный комитет (НKK) разработал и подал заявку на четвертый раунд ГФСТМ. Заявка получила одобрение, и проект стартовал в сентябре 2005 года. В качестве основного получателя гранта НKK утвердил Фонд «Российское здравоохранение». Хотя данная программа в основном сконцентрирована на предоставлении антиретровирусного лечения, ожидается, что за пять лет ее реализации поддержку получат 59 программ снижения вреда для потребителей инъекционных наркотиков и 59 программ профилактики ВИЧ/СПИДа среди работников коммерческого секса.

Таблица 3. Ежегодное количество ПСВ в России по источникам финансирования

Источник финансирования	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Институт «Открытое общество»	23	36						
Министерство международного развития Великобритании (совместно с Институтом «Открытое общество»)			42	50				
Открытый Институт Здоровья (в 2003–2004 гг. при поддержке Министерства международного развития Великобритании и Института «Открытое общество», в 2004–2006 гг. – при финансировании ГФСТМ, в 2006 г. – при финансировании Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека)					51	45	25	39
Всероссийская сеть снижения вреда (при финансировании проекта ГЛОБУС, Института «Открытое общество» и Фонда Форда)							20	15
ВОЗ				3	5	2	2	
Организация «Врачи мира»	1	1	1					
Фонд «Российское здравоохранение» (при финансировании Всемирного банка и ГФСТМ)								14
Местные бюджеты				10	15	5		
Другие источники		1	1	3	3	3	3	3
<b>ИТОГО</b>	<b>24</b>	<b>38</b>	<b>44</b>	<b>66</b>	<b>74</b>	<b>55</b>	<b>50</b>	<b>71</b>

В 2005 году Всероссийская сеть снижения вреда подала успешную заявку в пятый раунд ГФСТМ. Основной целью этого проекта является развитие программ снижения вреда в России — ожидается поддержка 33 проектов.

В дополнение к инициативам, при международной поддержке, Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека также начала финансирование работ по профилактике ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков. В рамках Приоритетного национального проекта, объявленного Президентом Владимиром Путиным, в 2006 году Роспотребнадзор подписал контракт с Открытым Институтом Здоровья на реализацию 15 гражданских и 15 тюремных программ снижения вреда.

Таким образом, ситуация с количеством программ снижения вреда в России меняется очень быстро. Информация о ежегодном количестве программ снижения вреда в России, финансируемых из различных источников, обобщена Всероссийской сетью снижения вреда и приведена в таблице 3.

Тем не менее, исследование, опубликованное Родесом и др. в 2006 г., позволяет сделать вывод о том, что расширение программ снижения вреда в России продолжает оставаться важной задачей<sup>27</sup>. Исследование основано на результатах одномоментного исследования, охватывающего ПИН из Москвы, Волгограда и Барнаула. Участники исследования были протестированы на антитела к ВИЧ, вирусу гепатита С и на сифилис

с помощью анализа орального мазка. Результаты этого исследования оказались аналогичными выводам, сделанным в результате более раннего одномоментного исследования, проведенного среди ПИН в Тольятти в 2002 году, а именно: отсутствие комплексной государственной стратегии расширения работы по снижению вреда в России<sup>28</sup>. Недавний пересмотр данных о тенденциях распространения ВИЧ-инфекции, рискованных поведенческих практик и профилактики ВИЧ, связанной с употреблением инъекционных наркотиков в Российской Федерации, также показал, что государственная поддержка, направленная на максимизацию охвата ПИН программами снижения вреда, имеет жизненно важное значение<sup>29</sup>.

Необходимо отметить, что для эффективной борьбы с эпидемией ВИЧ/СПИДа в России, в силу огромных размеров страны, должно быть значительно увеличено финансирование профилактических проектов. Сегодня размер донорских грантов, которые в большинстве случаев являются единственным источником финансирования проектов снижения вреда, колеблется от 10 000 до 35 000 долларов США в год на одну городскую программу. В то время как в малых населенных пунктах эта сумма позволяет охватить комплексной профилактикой достаточное количество ПИН, в больших городах, таких как, например, Санкт-Петербург, существующего финансирования хватает только для охвата 3% ПИН, что явно недостаточно для эффективного контроля за распространением эпидемии. Следует, однако, заметить, что большинство исследований на местах проводилось до резкого изменения государствен-

<sup>27</sup> Родес Т., Платт Л., Максимова С., Кошкина Е. и др. Распространение ВИЧ, гепатита С и сифилиса среди потребителей инъекционных наркотиков в России: Исследование по нескольким городам. *Addiction*, февраль 2006 г., 101(2), с. 252–266.

<sup>28</sup> Родес Т., Лаундеса С., Джадд А. Взрывное распространение ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в г. Тольятти, Россия, *AIDS*, 2002 г., 16:F, с. 25–31.

<sup>29</sup> Родес Т., Саранг А., Бобрик А. Передача ВИЧ и предотвращение инфицирования ВИЧ, связанного с употреблением инъекционных наркотиков в Российской Федерации. *International Journal of Drug Policy* 15, 2004 г., с. 1–16.



ной политики и активного расширения деятельности крупных неправительственных организаций в 2005–2006 гг., поэтому возможно, что ситуация с тех пор несколько изменилась к лучшему.

Допуская, что оценки Министерства внутренних дел России правильны и число потребителей инъекционных наркотиков в стране составляет примерно 3–4 миллиона, и учитывая экспертные расчеты средних затрат на клиента программы снижения вреда, около 23 долларов США в год<sup>65</sup>, получается, что общая сумма, необходимая

для обеспечения полного охвата ПИН в РФ, составит немногим менее 100 миллионов долларов США в год. Эта сумма, однако, основана на устаревших данных и не включает затраты на обучение и адвокацию, а также стоимость информационных материалов и новых подходов к охвату ПИН в современной ситуации, что будет более подробно описано ниже. Следовательно, сумма, необходимая для полного комплексного охвата ПИН в России, вероятно, превышает приведенный показатель как минимум в два раза.

## Программы профилактики ВИЧ/СПИДа в российской пенитенциарной системе

Программы профилактики ВИЧ/СПИДа в пенитенциарной системе России были внедрены позднее проектов снижения вреда в гражданском секторе.

До конца 90-х годов Российская Федерация занимала первое место в мире по числу заключенных на душу населения, но широкомасштабная судебная реформа позволила в 2000 году освободить 200 000 осужденных из пенитенциарных учреждений. На конец 2002 года в 1014 учреждениях ГУИН Минюста РФ содержалось 877 тысяч человек, что соответствует 670 на 100 тысяч населения, это представляет все еще очень высокий показатель, однако сегодня он ниже, чем в США, где относительный показатель заключенных является наивысшим в мире — 702/100 000<sup>30,31</sup>.

В большинстве стран мира распространенность ВИЧ-инфекции намного выше среди

заключенных, чем среди населения в целом. Также различные страны значительно отличаются между собой по данному показателю. Распространенность ВИЧ-инфекции среди заключенных в целом выше в Восточной Европе по сравнению с Западной Европой, например: Эстония — 12% в 2002 г., Украина — 7% в 2000 г., Россия — 4% в 2002 г. В местах лишения свободы сосредоточено большое число потребителей наркотиков, и они часто продолжают употреблять наркотики, даже находясь в заключении. Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в местах лишения свободы вводятся в различных странах с начала 1990 годов. Профилактические меры, осуществляемые в тюрьмах, включают в себя просвещение по тематике ВИЧ/СПИД, добровольное тестирование и консультирование, распространение презервативов, спиртовых салфеток и других средств дезинфекции, обмен игл и шприцев и заместительную терапию<sup>19,32</sup>.

<sup>30</sup> Абрамкин В. Тюремное население России и других стран. Проблемы и тенденции. РОО «Центр содействия реформе уголовного правосудия», 2003 г., с. 27.

<sup>31</sup> Преступность и правопорядок в России. Статистический аспект. 2003. Стат. сб. Госкомстат России М., 2003 г., с. 85.

<sup>32</sup> Предотвращение и лечение ВИЧ/СПИДа, а также уход за больным и среди потребителей инъекционных наркотиков и в тюрьмах. Министерское совещание по «Срочным мерам по эпидемии ВИЧ/СПИДа в Содружестве Независимых Государств», UNAIDS, 2005 г.

В Руководстве ВОЗ 1993 года по профилактике ВИЧ и организации лечения в тюрьмах говорится, что «профилактические меры по ВИЧ/СПИД в местах лишения свободы должны дополнять меры, применяемые в обществе, и быть сравнимыми с ними. Также профилактические меры должны учитывать практики поведенческого риска в тюрьмах, особенно использование общих игл потребителями инъекционных наркотиков и незащищенный секс»<sup>33</sup>. Несколько обзоров, оценивающих тюремные программы обмена шприцев, говорят о том, что эти программы эффективны и действительно способствуют снижению рискованных поведенческих практик и передаче инфекции через кровь, без каких-либо непредвиденных негативных последствий<sup>34,35</sup>.

Обзор мер профилактики ВИЧ в местах лишения свободы Молдовы, Венгрии, Швейцарии, Италии и Нижегородской области Российской Федерации показал, что, несмотря на наличие и доступность международных руководств, профилактика и лечение ВИЧ/СПИДа в тюрьмах все еще находятся на неудовлетворительном уровне. Положения Руководства ВОЗ 1993 г. были полностью внедрены только в одной стране (Швейцария) и частично — в двух (Италия и Венгрия) из четырех исследованных. Авторы пришли к выводу, что требуются более значительные государственные и международные усилия для привлечения внимания к данной теме и достижения согласия в отношении деятельности по снижению вреда в тюрьмах<sup>36</sup>.

Несмотря на то, что ПСВ для ПИН реализуются во многих регионах России, в рамках пенитенциарной системы они не являются столь же доступными, как в гражданском обществе. Так, в российских тюрьмах запрещен обмен шприцев, а меры по профилактике ВИЧ/СПИДа обычно включают в себя информирование заключенных и персонала мест лишения свободы о ВИЧ-инфекции, путях ее передачи и методах профилактики, применение методики «равный обучает равного», а также обеспечение заключенных презервативами и средствами дезинфекции.

Исследование, проведенное в одной сибирской тюрьме для мужчин с наркотической зависимостью, показало, что после обучения заключенных по принципу «равный обучает равного» уровень знаний о путях передачи ВИЧ значительно увеличился. В то же время в ходе исследования не было обнаружено никакой разницы в частоте использования спиртовых салфеток при дезинфекции инструментария для нанесения татуировок или инъекционного инструментария до и после обучения по принципу «равный обучает равного»<sup>37</sup>.

Международная неправительственная организация «СПИД Фонд Восток-Запад» занимается внедрением программ профилактики ВИЧ/СПИДа в пенитенциарной системе России с 1999 года. Пятилетний проект (1999–2003 гг.) был поддержан Программой социальной трансформации (МАТРА) нидерландского Министерства иностранных дел, СПИД Фондом Элтона Джона и шведским Агентством международного

<sup>33</sup> Руководство ВОЗ по ВИЧ-инфекции и СПИД в тюрьмах. Глобальная программа ВОЗ по СПИДу. 1993:9.

<sup>34</sup> Долан К., Рюттер С., Водак А. Д. Программы обмена шприцев в местах заключения: Обзор международных исследований и разработок. *Addiction*. Февраль 2003 г., 98(2), с. 153–158.

<sup>35</sup> Стовер Х., Неллес Дж. Десятилетний опыт применения программ обмена игл и шприцев в европейских тюрьмах. *International Journal of Drug Policy*. 2003 г., 14, с. 437–444.

<sup>36</sup> Боллини П., Лапорт Дж. Д., Хардинг Т. В. Профилактика ВИЧ в тюрьмах. Имеют ли значение международные «Инструкции»? *Eur J Public Health*. Июнь 2002 г., 12(2), с. 83–89.

<sup>37</sup> Долан К. А., Биджл М., Уайт Б. Просвещение в отношении ВИЧ в сибирском ИТУ для наркозависимых заключенных. *Int J Equity Health*. 21 июня 2004 г., 3(1): с. 7.

развития. Целью проекта было создание устойчивых программ профилактики ВИЧ/СПИДа и пропаганда здорового образа жизни в тюрьмах четырех регионов России: Пензенской и Омской областей, Краснодарского края и Московской области. Свыше 600 заключенных из четырех тюрем были обучены аутрич-работниками; 500 профессиональных медиков и психологов были обучены проведению до- и посттестового консультирования; 560 сотрудников охраны и службы режима прошли тренинги по снижению риска на рабочем месте; 100 представителей региональных администраций пенитенциарной системы, главы различных учреждений Управления исполнения наказаний, а также начальники и администраторы колоний прошли тренинг по здоровому образу жизни в местах лишения свободы. Распространялись информационные материалы для заключенных и персонала тюрем, у заключенных был доступ к спиртовым салфеткам и презервативам<sup>38</sup>.

В 2001 году, когда Институт «Открытое общество» — Россия получил вышеупомянутый Переходный грант по снижению вреда от Министерства международного развития Великобритании для продолжения и расширения деятельности по профилактике ВИЧ в 2001—2004 гг., в него также был включен тюремный компонент. Институт «Открытое общество», а с 2003 года — Открытый Институт Здоровья, оказывал поддержку восьми программам профилактики ВИЧ/СПИДа в тюрьмах с 2001-го по 2004 год. С 2004 года большинство этих программ продолжают реализовываться при поддержке проекта ГЛОБУС.

В 2003 г. в двух российских колониях (в одной из которых реализуется программа профилактики ВИЧ, а в другой — нет) было проведено одномоментное исследование.

По 500 заключенных в каждой колонии заполнили анонимные анкеты, направленные на выявление распространенности рискованных поведенческих практик и оценку уровня знаний о ВИЧ/ СПИДе. С учетом того, что все заключенные при поступлении в места лишения свободы проходят тестирование на ВИЧ и некоторые другие инфекции, в ходе исследования заключенным в обеих колониях, которые при поступлении имели ВИЧ-отрицательный результат, было предложено пройти дополнительное тестирование крови на ВИЧ-инфекцию. Всем заключенным также было предложено пройти тестирование крови на сифилис и анонимные тесты мочи на содержание опиатов. Результаты показали более высокий уровень знаний о ВИЧ среди заключенных в колонии, где осуществлялась программа профилактики ВИЧ. Распространенность таких рискованных поведенческих практик, как незащищенный секс, использование нестерильного инъекционного инструментария и неиспользование средств дезинфекции, были существенно ниже в колонии, где реализуется программа профилактики ВИЧ. В колонии с действующей программой профилактики ВИЧ был обнаружен один новый случай ВИЧ, который с большой долей вероятности мог быть объяснен периодом «окна» между инфицированием ВИЧ до заключения и получением положительного результата теста на антитела ВИЧ. В обеих колониях было обнаружено большое количество новых случаев сифилиса, что, вероятно, может быть объяснено высоким уровнем его передачи внутри колоний. В колонии с программой профилактики ВИЧ не было отмечено положительных результатов теста на опиаты, в то время как в колонии без программы было выявлено пять положительных результатов (таблица 4). Это свидетельствует о том, что программы снижения вреда в тюрьмах не стимулируют употребление наркотиков<sup>39</sup>.

<sup>38</sup> [http://www.afew.org/english/projects\\_prison\\_rus.php](http://www.afew.org/english/projects_prison_rus.php)

<sup>39</sup> Бобрин А. Оценка уровня распространения ВИЧ, сифилиса и факторов риска их передачи в системе исполнения наказаний. Медико-социальные проблемы социально обусловленных заболеваний. Научные работы, Министерство здравоохранения, Центральный НИИ здравоохранения, Россия, Москва, 2004 г.

**Таблица 4. Рискованные поведенческие практики, уровень знаний и количество новых случаев ВИЧ и сифилиса среди заключенных в колонии с действующей программой профилактики ВИЧ и в колонии, где такая программа не реализуется**

	Тюрьма с программой профилактики ВИЧ	Тюрьма без программы профилактики ВИЧ
Употребление инъекционных наркотиков		
Секс		Одинаково
Тагуировка		
Уровень знаний о ВИЧ/СПИДе		>
Дезинфекция игл		>
Использование презервативов		>
Новые случаи ВИЧ-инфекции	1	—
Новые случаи сифилиса	7	14
Положительные тесты на опиаты	—	5

В рамках проекта ГЛОБУС программы профилактики ВИЧ/СПИДа в пенитенциарной системе получили поддержку в 10 регионах России. Свыше 700 медицинских и немедицинских сотрудников тюрем были обучены методам профилактики ВИЧ. В рамках данных программ в исправительные учреждения десяти регионов России были

закуплены и поставлены средства дезинфекции, витамины и презервативы для заключенных. Предполагается, что скоро в тюрьмах начнется реализация нескольких других проектов, включая проекты, финансируемые фондом «Российское здравоохранение», на средства займа Всемирного Банка и гранта ГФСТМ в рамках четвертого раунда.

## Эффективность снижения вреда

Существует несколько подходов к оценке эффективности вмешательств в здравоохранении, включая программы СВ и другие методы профилактики ВИЧ. Они могут быть основаны на краткосрочных результатах, которые легко поддаются измерению, или на долгосрочных результатах, измерять которые труднее. Поскольку некоторые из ожидаемых результатов программ СВ (такие как сокращение числа новых случаев ВИЧ-инфекции и т. д.) очень трудно поддаются измерению, в качестве основного индикатора эффективности ПСВ чаще всего используется снижение рискованных поведенческих практик. Даже несмотря на то, что большинство проведенных исследований доказали значительный уровень снижения

рискованного поведения, все еще продолжаются дискуссии по вопросу эффективности программ снижения вреда.

Нелонгитудинальные исследования, измеряющие изменения поведения только на основании опроса респондентов и проводимые не независимыми исследователями, вряд ли могут предоставить твердые эпидемиологические доказательства изменений поведения и требуют осторожной интерпретации; тем не менее, именно такой тип исследований проблемы снижения вреда наиболее распространен в Центральной и Восточной Европе. Например, одномоментное исследование, проведенное в городах Центральной/Восточной Европы —

Праге, Будапеште, Скопье, Кракове и Полтаве, — а также в пяти российских городах — Нижнем Новгороде, Пскове, Ростове-на-Дону, Санкт-Петербурге и Волгограде, было направлено на оценку поведения, связанного с риском инфицирования ВИЧ, среди участников программ обмена шприцев<sup>40</sup>. Интервью с потребителями инъекционных наркотиков, рекрутированными в программах обмена шприцев, включали в себя вопросы о рискованных инъекционных практиках за 30 дней до первого участия в программе обмена шприцев и за 30 дней до интервью (при участии в течение этого времени в программе обмена шприцев). Результаты дают основание полагать, что ПИН, участвующие в программе обмена шприцев, имеют тенденцию к более положительным ответам в отношении снижения совместного использования игл и шприцев.

Оценка снижения вреда в Нижнем Новгороде показала сокращение уровня совместного использования игл с 54% до 24%, совместного использования контейнеров с 59% до 22%, в то время как промывание шприцев ранее использованной для этого водой снизилось с 47% до 20%<sup>41</sup>.

В Свердловской области было проведено одномоментное исследование для сравнения изменений поведения в трех группах потребителей инъекционных наркотиков: ПИН за месяц до начала реализации про-

грамм СВ; ПИН, участвующие в программе СВ после ее начала, и ПИН, не участвующие в программе<sup>42</sup>. Результаты показывают, что у ПИН, участвовавших в программе СВ, чаще отмечалось менее рискованное в отношении ВИЧ поведение, чем у тех, кто не участвовал в программе.

В Светлогорске (Беларусь) в результате применения детерминированной эпидемиологической модели было выяснено, что с 1997-го по 2000 г. меры по обмену игл/шприцев предотвратили в Светлогорске 414 случаев инфицирования ВИЧ (95% ДИ, 180–690) и обусловили снижение распространенности ВИЧ среди ПИН на 6,5% по сравнению с гипотетической возможностью отсутствия данного вмешательства<sup>43</sup>.

Аналогичным образом организованные поведенческие исследования, направленные на оценку эффективности снижения вреда, проводились и в других местах. Например, исследование Де Жарле и др. в Нью-Йорке (США) показало, что программа обмена шприцев снижает рискованное инъекционное поведение на 73%, и потребители инъекционных наркотиков имеют на две трети меньше шансов инфицироваться ВИЧ<sup>44</sup>. В г. Окленд (США) ПИН, участвовавшие в ПОШ, через 6 месяцев имели в 2,5 раза больше шансов прекратить совместное использование шприцев, чем другие ПИН<sup>45</sup>. Обобщенные данные по четырем городам США говорят о том, что среди

<sup>40</sup> Де Жарле Д. С., Фридман П., Грюн Ж.-П., и др. Поведение, связанное с риском инфицирования ВИЧ, среди участников программ обмена шприцев в Центральной/Восточной Европе и России. *International Journal of Drug Policy*, том 13, издание 3, сентябрь 2002, 165–70.

<sup>41</sup> Мошковиц Г. Ф. Реализация проекта по снижению вреда в Нижегородской области. Доклад на первой российской научной конференции по ВИЧ-инфекции, СПИДу и гепатитам В и С. 13–15 ноября 2001 г. Суздаль.

<sup>42</sup> Пауер Р., Ножкина Н. Значение оценки процесса в устойчивом снижении вреда от ВИЧ в Российской Федерации. *AIDS* 2002, 16: 303–4.

<sup>43</sup> П. Викерман, С. Уоттс. Воздействие ВИЧ-профилактического вмешательства на потребителей инъекционных наркотиков в Светлогорске, Беларусь: модельные прогнозы. *International Journal of Drug Policy*, том 13, выпуск 3, сентябрь 2002 г., с. 149–164.

<sup>44</sup> Де Жарле Д. С., Мармор М., Паоне Д. Распространенность ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, участвующих в программе обмена шприцев в Нью-Йорке. *Lancet*, 1996 г., 348, с. 987–991.

<sup>45</sup> Блюменталь Р. Н., Крал А. Х., Джи Л., Эррингер И. А., Эдлин Б. Результаты применения обмена шприцев среди потребителей инъекционных наркотиков из группы высокого риска. Когортное исследование. *AIDS*, 2000 г., 14, с. 605–611.

участников программ обмена шприцев число инъекций на шприц уменьшилось на 44–85% и вероятность того, что шприцы будут использоваться только один раз, существенно возросла<sup>46</sup>.

Кластерные исследования, в которых делались попытки измерить влияние снижения вреда на распространенность ВИЧ, также принесли некоторые дополнительные доказательства, хотя и не столь значительные по строгим эпидемиологическим стандартам. Так, международное сравнение показало, что в 29 городах, где реализуются программы обмена шприцев, показатель распространенности ВИЧ снижался в среднем на 5,8% в год, однако он увеличивался в среднем на тот же процент в 51 городе, где эти программы не реализовывались<sup>47</sup>. Исследование с еще менее сильным эпидемиологическим дизайном, проведенное на Гавайях, где в 1990 году была запущена программа обмена шприцев, выявило, что показатель ВИЧ-инфицированности упал с 5% в 1989 году до 1,1% в 1996-м<sup>48</sup>.

В нескольких масштабных обзорах делались попытки обобщить имеющиеся к настоящему времени доказательства эффективности снижения вреда. Обзор 42 исследований эффективности программ обмена шприцев с точки зрения уменьшения рискованного поведения и сероконверсии ВИЧ среди

ПИН, проведенный Гибсоном и др.<sup>49</sup>, показал, что в 28 из рассмотренных исследований были выявлены положительные эффекты, связанный с использованием услуг обмена шприцев, в двух была показана негативная ассоциация и в 14 или не было замечено никаких ассоциаций, или была смесь положительных и отрицательных результатов. Главными недостатками рассмотренных исследований, отмеченными авторами, являлось невнимание к источнику получения шприца, описанному только в одном из 42 исследований, а также игнорирование биологических маркеров, которые использовались только в пяти исследованиях. Было предпринято лишь несколько систематических попыток идентифицировать и контролировать вмешивающиеся факторы, в то время как опосредованное использование программ обмена шприцев не учитывалось ни в одном из исследований. Хотя контроль таких вмешивающихся факторов, как возраст и пол, тип и доза употребляемого наркотика, представляется несложным, в исследованиях это делалось редко. Кроме того, очень трудно контролировать такие вмешивающиеся факторы, как отношение к собственному здоровью и «степень маргинализации» потребителей инъекционных наркотиков. Главным недостатком исследований, основанных только на данных, полученных в ходе опроса участников программ снижения вреда, является то, что различное сообщение неверных или

<sup>46</sup> Хэймер Р., Хошнуд К., Бигг Д., Гайдиш Дж., Юнге Б. Использование и повторное использование шприцев: результаты реализации программ обмена шприцев в четырех городах. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol.* 1998 г., Приложение 1:S, с. 37–44.

<sup>47</sup> Харлей С., Джолли Д., Калдор Дж., Эффективность программ обмена игл для профилактики ВИЧ-инфекции. *Lancet* 349, 1997 г.

<sup>48</sup> Фогт Р. Л., Бреда М. С., Де Жарле Д. С. Программа обмена шприцев в штате Гавайи. *American Journal of Public Health.* 1998 г., 88, с. 1403–1404.

<sup>49</sup> Дэйвид Р. Гибсон, Нейл М. Флинн, Дэниел Пералес. Эффективность программ обмена шприцев в смысле уменьшения ВИЧ-рискованного поведения и сероконверсии ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков. *AIDS* 2001 г., 15, с. 1329–1341.

неточных сведений участниками программ СВ может исказить итоговую оценку риска<sup>50,51</sup>.

Дж. М. МакНейл и Дж. Хогль провели обзор более 400 резюме социальных, поведенческих и оценочных научных исследований, проведенных в 45 латиноамериканских, африканских и азиатских странах за шесть лет<sup>52</sup>. Они также отметили, что в данных исследованиях не проводилось отслеживание биологических маркеров. Только в трех исследованиях измерялись новые случаи ВИЧ и других инфекций, передающихся половым путем.

Таким образом, в большинстве проведенных обзоров были отмечены следующие недостатки: немногочисленность исследований, включающих в себя биологические исходы, невнимание к альтернативным источникам шприцев и опосредованному участию в обменах, а также недостаточный контроль вмешивающихся факторов. Было также отмечено, что для проведения таких исследований идеально подходят лонгитудинальные дизайны исследований.

Мультисекторальное когортное исследование, которое было проведено в трех городах России и нацелено на оценку эффективности ПСВ, показало статистически достоверные различия в степенях рискованного поведения, распространенности ВИЧ и новых случаев ВИЧ среди ПИН в российских городах с различными уровнями активности снижения вреда, а также

между участниками и неучастниками программ СВ. Так, показатель распространенности ВИЧ среди ПИН в городе, где отсутствовало снижение вреда, составил 14,7%, что в 5 раз выше, чем показатель в городе, где программа реализовывалась в течение двух лет (2,1%), и в 15 раз выше, чем в городе, где программа снижения вреда работала с 1998 года (0,3%) ( $p \leq 0,001$ ). К концу годового периода наблюдения за когортой новые случаи ВИЧ составляли соответственно 13,2%, 2,5% и 0%, и разница была статистически значимой. Все новые случаи инфицирования ВИЧ были отмечены среди тех, кто не участвовал в ПСВ. Показатели такого рискованного вида поведения, как совместное использование шприцев, варьировались от 19% до 31% среди тех, кто не был клиентом ПСВ, и от 6% до 8% среди клиентов<sup>53</sup>. Статистически значимой разницы в возрасте, поле и социально-экономических характеристиках между клиентами и неклиентами не было.

Одно из затруднений при составлении выводов об эффективности ПСВ заключается в том, что во многих странах шприцы свободно продаются в аптеках без рецептов. Например, исследование, проведенное в Нью-Хэйвене, дало такие результаты: 41% ПИН сообщили, что шприцы были приобретены в аптеках, 13% — в ПОШ, 34% — и в аптеках, и в ПОШ, а 27% не назвали ни один из этих источников в качестве своего обычного источника приобретения шприцев за последние шесть месяцев. Тем не менее, у тех ПИН, которые посещали ПОШ, было

<sup>50</sup> М. Сафайян, Р. Брукмейер, Д. Влахов et al. Достоверность самоотчетов участников программ обмена игл среди потребителей инъекционных наркотиков: предпосылки для оценки программ. *American Journal of Epidemiology*, том 155 № 2: 169–75.

<sup>51</sup> Л. Гринфилд, Г. Е. Бигелу, Р. К. Брунер. Достоверность приведенных в самоотчетах потребителей инъекционных наркотиков данных об изменении высокорискованного по ВИЧ поведения в отношении употребления наркотиков. *Drug and Alcohol Dependence* 39 (1995) 91–98.

<sup>52</sup> Дж. М. МакНейл, Дж. Хогль. Приложение социальных, поведенческих и оценочных исследований к программам профилактики ВИЧ развивающихся стран. *AIDS* 1998, 12 (приложение): 99–108.

<sup>53</sup> К. Ерошина, et al. Когортное исследование эффективности российских программ обмена игл. Справочник 16-й Конференции по снижению вреда, связанного с употреблением наркотиков. Март, Белфаст, Северная Ирландия, 2005 г.

существенно меньше шансов выбросить на улицу использованные шприцы<sup>54</sup>. В тех странах, где шприцы отсутствуют в свободной продаже, программы снижения вреда представляют собой единственный источник приобретения инъекционного инструментария, следовательно, их роль там еще более значительна.

Исследование, проведенное в Балтиморе, США, направленное на изучение воздействия программы обмена шприцев на количество и географическое распределение выброшенных шприцев на улицах, дает основания считать, что программы обмена шприцев не приводят к увеличению числа шприцев, выброшенных на улице<sup>55</sup>.

Возможный негативный эффект ПОШ был продемонстрирован в когортном исследовании, проведенном в Монреале, Канада<sup>58</sup>. Когортное исследование показало, что участники ПОШ имели более высокие показатели сероконверсии, чем те, кто не участвовал в этих программах. Одно из возможных объяснений таких результатов связано с вмешивающимися факторами, поскольку программы обмена шприцев имеют тенденцию привлекать ПИН, более склонных к рискованному поведенческим практикам в сравнении с ПИН, которые приобретают шприцы из других источников<sup>57,58,49</sup>.

Что касается влияния ПСВ на вирус гепатита С (ВГС), то доказательства их эффективности не столь убедительны. Для примера приведем исследование, в котором для изучения потенциального воздействия снижения вреда на ВГС использовалась случайная смешанная эпидемиологическая модель<sup>59</sup>. Результаты исследования показали, что программы снижения вреда оказывают небольшое влияние на заболеваемость ВГС и его распространенность в среде ПИН. Однако серия одномоментных исследований, проведенных в Глазго в 1990–1996 гг., привела к некоторым, хотя и нетвердым, результатам, указывающим на то, что эти программы могли повлиять на снижение распространения ВГС<sup>60</sup>.

Неоднозначность результатов оценки эффективности программ СВ может быть следствием сложности данной тематики; однако это может также быть результатом неоднозначности понимания значения программ СВ в контексте каждого исследования. Для стран с долгой историей коллективистских ценностей представляется очень важным то, что эти программы служат не только потребителям наркотиков, но и тем, кто наркотики не употребляет. Для того чтобы улучшить понимание политики борьбы с эпидемией СПИДа, необходимо проведение дальнейших исследований того, что эффективно в отношении профилактики ВИЧ среди ПИН или факторов успешности ПСВ.

<sup>54</sup> Хошхуд К. И др. Источник получения, использование и выбрасывание шприцев среди потребителей инъекционных наркотиков в Нью Хэйвене, штат Коннектикут. *AIDS & Public Policy Journal*. 15 (3–4), осень-зима 2000 г., с. 88–94.

<sup>55</sup> Догерти М. С., Гарфейн Р. С., Влахов Д. и др. Выброшенные иглы не увеличиваются в количестве вскоре после открытия программы обмена игл. *American Journal of Epidemiology*, том 145, Выпуск 8: с. 730–737.

<sup>56</sup> Брюно Ж., Ламот Ф., Франко Е. Высокие показатели ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков, участвующих в программе обмена игл в Монреале: результаты когортного исследования. *American Journal of Epidemiology*, том 146, Выпуск 2:12, с. 994–1002.

<sup>57</sup> Шехтер М. Т. и др. Увеличивают ли программы обмена игл распространение ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков? Исследование ванкуверской вспышки. *AIDS* 13, F45–F51, 1999 г.

<sup>58</sup> Бастос Ф. И., Стратди С. А. Оценка эффективности программ обмена шприцев: современные проблемы и будущие перспективы. *Soc. Sci. Medicine* 51, 2000 г., с. 1771–1782.

<sup>59</sup> Поллак Ж. А. Экономическая эффективность снижения вреда при профилактике гепатита С среди потребителей инъекционных наркотиков. *Med Decis Making. NEP-Oct*; 21(5), 2001 г., с. 357–367.

<sup>60</sup> Тэйлор А., Голдберг Д., Хатчинсон С., и др. Распространение инфицированности вирусом гепатита С среди потребителей инъекционных наркотиков в Глазго 1990–1996 гг.: работают ли современные стратегии снижения вреда? *J Infect*, март 2000 г.; 40 (2): с. 176–183.



## Экономическая оценка снижения вреда

Основными статьями затрат программ снижения вреда являются обмен шприцев, аутич-работа, распространение средств профилактики (презервативы, спиртовые салфетки, чистые шприцы) и информационных материалов (литература и инструкции по профилактике ВИЧ и безопасной технике инъекций), а также консультирование и тестирование на ВИЧ. Анализ экономической эффективности ПСВ представляет собой очень важный вопрос, имеющий большое значение для адвокации будущих программ СВ. В связи с этим многие исследования были сосредоточены на экономическом анализе деятельности ПСВ. Все исследования продемонстрировали, что ПСВ довольно эффективны в экономическом смысле по сравнению с другими вмешательствами по противодействию ВИЧ/СПИДу.

В штате Нью-Йорк (США) был проведен анализ экономической эффективности программ обмена шприцев, который показал, что в результате деятельности семи ПСВ было предотвращено 87 случаев инфицирования ВИЧ, что при общей стоимости программ в 1,82 миллиона долларов США дало показатель эффективности 20 947 долларов США на одно предотвращенное инфицирование ВИЧ<sup>61</sup>. Таким образом, выводы исследования сводились к тому, что обмен шприцев экономически эффективен по сравнению со стоимостью лечения СПИДа.

По мере увеличения охвата программ удельные издержки на одно предотвращен-

ное инфицирование ВИЧ также возрастают. ЮНЭЙДС предполагает, что для остановки передачи ВИЧ среди ПИН требуется 60%-ный охват, хотя многие специалисты считают эти расчеты произвольными. Исследование, выполненное Холтгрэйвом и др.<sup>62</sup>, показало, что при очень высоком охвате (более 88%) удельная экономическая эффективность увеличенной программой охвата снижается, но в любом случае, даже при уровне охвата выше 88%, такое финансирование экономит средства общества, т. е. стоимость программы все еще будет ниже, чем затраты, необходимые для предоставления лечения увеличивающемуся числу пациентов с ВИЧ/СПИДом.

Результаты исследования, проведенного в Эдмонтоне (Канада), основанного на интервью с ПИН на улицах и тестировании слюны на ВИЧ у участников программ СВ, были использованы в модели экономической эффективности<sup>63</sup>. По оценкам данного исследования, программы СВ предотвратили 20,3 новых инфицированных. Оценка экономической эффективности составила 9537 долларов США на отсрочку каждого инфицирования ВИЧ на один год. Даже если деятельность СВ продолжалась бы в течение 17 лет, что составляет ожидаемую продолжительность жизни человека со СПИДом, показатель 9537 долларов США увеличился бы до 116 024 долларов США, что все равно меньше суммы, затрачиваемой на один случай ВИЧ/СПИДа (150 000 долларов США).

<sup>61</sup> Франклин Н. Лауфер. Экономическая эффективность обмена шприцев как стратегии профилактики ВИЧ. *JAIDS*, 2001 г., 28, с. 273–278.

<sup>62</sup> Холтгрэйв Д. Р., Пинкертон С. Д., Джоунз Т. С. и др. Себестоимость и экономическая эффективность возрастающего доступа к стерильным шприцам и иглам, направленного на профилактику ВИЧ-вмешательства в Соединенных Штатах. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 1998 г., 18 (Приложение 1): с. 133–138.

<sup>63</sup> Джэкобс П., Калдер П., Тэйлор М., и др. Экономическая эффективность Уличной программы обмена игл в Эдмонтоне. *Canadian Journal of Public Health*, 1997 г., 157, с. 255–262.

В Гамильтоне (Канада) было проведено исследование, для того чтобы выяснить, будет ли реализация программ обмена шприцев стоить меньше, чем медицинский уход в отсутствие такой программы<sup>64</sup>. Согласно результатам, программа обмена шприцев должна предотвратить 24 случая ВИЧ в течение пяти лет, тем самым сэкономив 1,3 миллиона долларов США, а соотношение сэкономленного к затраченному в этом случае будет составлять 4:1.

В России также было проведено исследование экономической эффективности 16 программ снижения вреда. Результаты исследования показали, что средние затраты на одну программу снижения вреда составляют 40 662 доллара в год. Средние затраты на профилактические мероприятия для ПИН составляют 23,4 доллара на одного клиента в год и 0,36 доллара на обменный шприц. Показатель экономической эффективности, отражающий стоимость предотвращения 1 случая ВИЧ-инфекции, равный 564 долларам, был рассчитан на основе средних расходов на одну программу СВ и оценочного количества предотвращенных случаев ВИЧ-инфицирования (72,1)<sup>65</sup>. Эти показатели могут показаться относительно доро-

гими, но по сравнению с лечением ВИЧ (3000–7000 долларов США в год), очевидна существенная экономия.

В заключение можно сказать, что исследования, проведенные в различных местах различными группами авторов, в том числе в России, подводят к единогласному выводу, что подходы снижения вреда экономически эффективны и экономия на предотвращении ВИЧ-инфицирования превышает затраты на программы СВ. Рассмотренные в этом разделе исследования дали различные оценки затрат на предотвращение одного случая ВИЧ и различные соотношения затрат и результатов. В то время как стоимость определить довольно легко, главная методологическая проблема, несомненно, относится к различным оценкам эффективности программ в различных странах. Степень эффективности и фактор стоимости, однако, могут быть отнесены к вопросу передового опыта, поскольку грамотное руководство может сократить расходы, связанные с реализацией программы, а степень охвата и способность достичь самые маргинальные слои сообщества ПИН будут способствовать повышению эффективности.

## Концепция передового опыта

Перед рассмотрением передового опыта в снижении вреда важно понять значение концепции передового опыта в целом. Организация Объединенных Наций (ООН) и международное сообщество определили передовой опыт как успешные инициативы, которые:

- оказывают доказуемое и осязаемое воздействие на повышение качества жизни;
- являются результатом эффективного партнерства общественности, частного и государственного секторов общества;
- характеризуются социальной, культурной, экономической и экологической стабильностью.

<sup>64</sup> Голд М., Гафни А., Неллиган П., и др. Программы обмена игл: экономическая оценка местного опыта. *Canadian Medical Association Journal*, 1997 г., 157, с. 255–262.

<sup>65</sup> Бобрик А. В. Стоимость и экономическая эффективность профилактики ВИЧ среди потребителей наркотиков в России. *Российский семейный доктор*, 2002 г., том 6; 4: с. 30–36.

Передовой опыт продвигается ООН и международным сообществом как средство:

- совершенствования государственной политики, основанной на реально работающих методах;
- повышения уровня осведомленности лиц, принимающих решения на всех уровнях, и общественности относительно потенциальных решений общих социальных, экономических и экологических проблем;
- обмена и передачи знаний, опыта и умений через создание сетей и взаимное обучение<sup>66</sup>.

Несмотря на обобщенный характер, определение ООН, применяемое в рамках настоящего исследования, позволяет сконцентрироваться на трех вопросах: эффективности, устойчивости и многосекторном участии (в основном в качестве средства достижения эффективности, но и как са-

мостоятельная цель). Последний вопрос непосредственно относится к таким проблемам, как вовлеченность гражданского общества, грамотное управление и координация, а также к «триединому принципу», продвигаемому агентствами ООН.

## Передовой опыт в области профилактики ВИЧ/СПИДа

Признавая жизненно важную роль профилактики ВИЧ, ЮНЭЙДС и организация Family Health International (FHI) опубликовали «Сборник передового опыта FHI/ ЮНЭЙДС по профилактике ВИЧ/СПИДа»<sup>67</sup>.

Сборник, включивший в себя большой объем знаний и опыта, уделяет основное внимание профилактике ВИЧ/СПИДа в неиндустриальном мире. Этот сборник основан на шестилетнем опыте работы, проведенной международными и местными партнерами FHI в ходе крупнейшей до настоящего времени отдельной международной инициативы по профилактике ВИЧ – «Проект по контролю и предотвращению СПИДа».

В нем предлагается обширный набор моделей, которые могут быть воспроизведены во всем мире.

Из более 800 программ профилактики ВИЧ/СПИДа и инфекций, передающихся половым путем (ИППП), в 50 странах было выбрано 20 инициатив, которые рассматривались как модели для распространения в мире, в рамках подхода, основанного на изучении конкретных примеров. Эти инициативы охватывали различные группы населения, наиболее уязвимые для ВИЧ-инфицирования, и были посвящены успешной реализации различных профилактических стратегий, таких как просвещение, кампании

<sup>66</sup> [http://www.bestpractices.org/bp2004/guide\\_en.pdf](http://www.bestpractices.org/bp2004/guide_en.pdf)

<sup>67</sup> <http://www2.unescobkk.org/hiv aids/FullTextDB/aspUploadFiles/FHIUNAIDSBestPracticesredux.pdf>

в СМИ, мониторинг тенденций поведенческих практик, повышающих риск инфицирования ВИЧ/СПИДом, услуги для особо уязвимых женщин, консультирование и тестирование на ВИЧ, государственные программы по ВИЧ/СПИДу и т.д. Отобранные инициативы на сегодняшний день являются наиболее инновационными, эффективными и основаны на интегрированном подходе к профилактике ВИЧ в целях их реализации в неиндустриальных странах.

Конференция «Преодоление разрыва», проведенная в 2001 г. при поддержке Департамента здравоохранения Сан-Франциско, имела своей задачей совершенствование

стандартов ухода, разработку принципов передового опыта в целях интегрирования подходов снижения вреда с традиционными службами, занимающимися алкоголизмом и наркоманией, а также повышение уровня доступности качественных услуг для людей, злоупотребляющих алкоголем или наркотиками. Один из выводов конференции – снижение вреда дает величайшую надежду на расширение доступности услуг по преодолению вредных зависимостей для людей, которым не помогли традиционные модели лечения, построенные на отказе от употребления наркотиков или алкоголя<sup>68</sup>.

Вопрос передового опыта в области снижения вреда среди гражданского населения и в тюрьмах в России рассматривался Барроузом в 2001 году<sup>69</sup>. На первое место были выдвинуты следующие факторы, определяющие передовой опыт в области снижения вреда в России:

- отношение самих сотрудников ПСВ к стратегиям снижения вреда (желание предпринять действия по решению проблемы ВИЧ, активность, энтузиазм и т. д.);
- поддержка местных властей и учреждений;
- международное финансирование и техническая поддержка;
- экспресс-оценка ситуации;
- увеличение вторичного обмена и образование по принципу «равный обучает равного».

Необходимо подчеркнуть, однако, что анализ был проведен в 2000–2001 гг., когда программы СВ в России были в целом очень молоды и большинство из них работало менее двух лет. С тех пор предприни-

малось несколько попыток понять эволюцию стратегий СВ в России и продолжить изучение факторов, определяющих их успешность и неуспешность.

<sup>68</sup> Марлатт Г. А., Блюме А. В., Паркс Г. А. Интегрирование снижения вреда и традиционного лечения злоупотребления алкоголем или наркотиками. *J Psychoactive Drugs*. Январь-март 2001 г.; 33(1): с. 13–21.

<sup>69</sup> Барроуз Д. А. Модель передового опыта снижения вреда в сообществе и в тюрьмах Российской Федерации. IBRD/The World Bank, Washington, DC, 2001 г.

Также были отмечены следующие слабые стороны ПСВ:

- низкий охват ПИН услугами снижения вреда;
- отсутствие достаточного финансирования ПСВ для выполнения всех необходимых работ;
- низкий уровень управления, частично из-за общей неразвитости сектора неправительственных организаций в России;
- надежда на врачей в качестве работников ПСВ, а не на ПИН и бывших ПИН;
- недостаточность демократической структуры в ПСВ (автократия и жесткая иерархия);
- неоднородное качество услуг, в зависимости от индивидуальных качеств менеджеров ПСВ;
- неясность относительно целей ПСВ — в некоторых случаях идеология воздержания входила в противоречие с профилактическими целями ПСВ;
- низкая заинтересованность во вложении времени и средств в подготовку волонтеров и аутрич-работников;
- недостаток понимания необходимости долгосрочной реакции на эпидемию ВИЧ;
- слабое понимание мониторинга и оценки и неопытность в этом вопросе;
- неразвитость сетевого взаимодействия (сотрудничества менеджеров ПСВ с коллегами в других городах).

## Концептуальная рамка

Как уже было отмечено в обзоре литературы, «передовой опыт» — нестабильная концепция. Часто при перечислении характеристик передового опыта СВ пути их достижения могут меняться. Для достижения целей настоящего исследования мы будем рассматривать передовой опыт как сочетание достигнутых характеристик ПСВ и деятельности, методик, правил и вмешательств, которые могут помочь достичь хо-

роших результатов: показатели процесса, вклада и полученного результата. Поскольку ПСВ зависят от окружения, в котором они работают, важно разделить переменные окружающей среды на факторы разной степени стабильности, от тех, которые полностью определяются передовым опытом ПСВ, до тех, которые совершенно не поддаются изменениям.

Результаты работы, как указывалось выше, могут быть измерены в соответствии с процессом (*хорошо обученный и мотивированный персонал, который хорошо выполняет свои обязанности, существование оценки и ответной системы адаптации, разумное использование ресурсов, обширный и экономически эффективный охват ПИН в абсолютных и относительных показателях*); в соответствии с воздействием на поведение (*которое включает в себя совместное использование шприцев и рискованные сексуальные практики*) и в соответствии с результатами (*новые случаи ВИЧ, парентерального гепатита, ИППП и передозировки*). И наконец, общее воздействие может быть определено (но вряд ли

измерено) в зависимости от того, удерживается ли под контролем, и в какой степени, ВИЧ, другие инфекции и употребление наркотиков.

Поэтому программы снижения вреда с наиболее передовым опытом — это те, которые способны достигать хороших результатов в неблагоприятной среде, при наличии трудностей с финансированием, способны улучшать те контекстуальные переменные, которые поддаются изменению в то же время, повышая эффективность, межсекторное сотрудничество и стабильность (рисунок 2).



Рисунок 2. Концептуальная рамка



## Результаты: Полуструктурированные интервью

Приведенный ниже обзор передового опыта основан на контент-анализе 57 интервью, взятых у сотрудников программ СВ, клиентов и других респондентов в шести регионах Российской Федерации (Казань, Псков, Тверь, Вологда, Балаково, Воронеж). Дополнительно в анализ было включено семь интервью, взятых у лиц, принимающих решения на федеральном уровне, — у представителей ННЦ наркологии Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, а также семь интервью, взятых

при пилотном тестировании анкеты в Мытищах (Московская область) у сотрудников местных ПСВ и у заведующего наркологическим диспансером.

Данная глава включает в себя раздел, посвященный пониманию концепции СВ, включая заместительную терапию и ее эволюцию, разделы, где рассматриваются достижения и неудачи, а также факторы успеха и препятствия в деятельности ПСВ среди гражданского населения и среди заключенных.

### Понимание концепции снижения вреда

Хотя в целом существует общее понимание концепции СВ, при углублении в детали осмысления СВ выявляются различия среди респондентов. Наиболее распространенным было видение СВ, «ориентированное на здравоохранение», которое, в зависимости от акцента, можно разделить на две части: изменение поведения ПИН для предот-

вращения передачи ВИЧ внутри сообщества ПИН (29 из 67 респондентов), либо удержание эпидемии ВИЧ внутри этого сообщества и недопущение ее распространения на другие уязвимые группы или на население в целом (25 из 67). Как сказал один из менеджеров аутрич, явно разделявший второе — широкое понимание концепции:

*«Это значит, что снижение вреда приносит пользу всему обществу, но, к сожалению, общество часто этого не понимает».*

Большинство респондентов из программ СВ (12 из 18) отметил, что главной целью СВ является контроль за эпидемией ВИЧ

среди ПИН и снижение заболеваемости ВИЧ, гепатитами и ИППП. Они также считают:

*«Хотя деятельность по СВ начиналась как деятельность по профилактике ВИЧ, или даже в более узком смысле — как программы обмена игл, она должна рассматриваться только как первый шаг общей стратегии, «ориентированной на здоровье».*

Были и другие примеры концептуального понимания СВ, которые выходили за рамки традиционной «ориентации на здравоохранение». Некоторые из активистов ПСВ считают, что более важна роль деятельности по СВ как «посредника между государственными учреждениями и «улицей», который позволит «улице» получать информацию и работу». Неожиданным открытием для нас стало то, что большинство аутрич-работников (10 из 18) считает концепцию СВ стратегией, «ориентированной на здоровье в целом», не выделяя никаких особых услуг. В ходе некоторых интервью слова «ВИЧ» и «шприц» начинали фигурировать только через 20 минут разговора. Респонденты подчеркивали, что эти программы учат ПИН надлежащему отношению к своему здоровью в целом. Для обоснования своей позиции они ссылались на то, что среди клиентов ПСВ было больше тех, кто сам обращался за лечением от зависимости. Эту точку зрения поддержали также все четыре респондента из наркологических диспансеров.

Более широкое, философское понимание стратегии СВ выразил представитель одной из первых российских ПСВ. Было подчеркнуто, что снижение вреда — это пример гуманитарной миссии, призванной донести людям идею справедливости. Это движение направлено на защиту человека, так как оно олицетворяет собой подход, направленный на человека — на потребителей инъекционных наркотиков, совершенно незащищенных и имеющих низкий социальный статус.

Идея, разделяемая, по крайней мере, половиной респондентов, была очень хорошо сформулирована одним из них: «снижение вреда должно быть интегрировано в общую структуру профилактики, оно не должно рассматриваться как независимый компонент, а должно быть неотъемлемой частью общей стратегии профилактики ВИЧ». Было также высказано единодушное согласие с тем, что, к сожалению, сегодняшние усилия по СВ остаются изолированной и «иностранной» услугой, которая вряд ли сможет продолжить свое существование без внешней донорской поддержки.

Несколько респондентов из тех, кто первыми начал реализацию программ обмена шприцев в России, поделились мнением о том, что СВ должно иметь четкие и ясные цели, в то время как многие из более широких задач должны решаться государственными учреждениями. Эти задачи включают в себя улучшение доступа к медицинскому обслуживанию, социальной поддержке и правовой помощи. Все эти виды обслуживания должны предоставляться официально, систематически, а не в виде исключения, благодаря личным связям и случайному донорскому финансированию, а также должны быть надлежащим образом организованы. В этой ситуации ПСВ должны специально концентрировать свою деятельность на поддержании и улучшении отношений с целевыми группами.

Большинство менеджеров программ СВ (10 из 18) считают, что существующий дизайн



ПСВ в России несовершенен, и данные программы должны в первую очередь (если не полностью) рассматриваться как «социально-ориентированные проекты помощи», в то время как обмен шприцев должен быть организован и финансироваться государственными учреждениями. Они считают, что ПСВ должны широко вовлекать в свою деятельность самих ПИН и улучшать связи с существующими службами. Существует потребность в организации надлежащего управления аутрич-работниками, в достаточных ресурсах для оказания мобильных услуг, в транспорте и достаточно просторных помещениях для психологической поддержки и общения. Большая часть медицинской помощи, такой как тестирование или безопасные инъекции, должна быть включена в функции существующей медицинской системы.

Кроме выполнения специфической деятельности по СВ, команды сотрудников программ СВ часто параллельно претендуют на осуществление первичной профилактики употребления наркотиков. Психологи, учителя, профессиональные медицинские работники и центры профилактики во всех шести регионах получили от программ СВ, по меньшей мере, какую-то информацию по первичной профилактике ВИЧ и употреблению наркотиков. Было упомянуто, что наркологические службы в настоящее время ориентированы только на лечение зависимости и не оказывают комплексного набора услуг, нужных потребителям наркотиков. По мнению одного из менеджеров ПСВ, наркологические службы должны быть больше вовлечены в стратегии СВ, работать в тесном сотрудничестве с ними, принимать пациентов как личностей и решать их сложные проблемы, связанные со здоровьем:

*«Классические» программы СВ, какими они были на заре движения, были лишены активного вовлечения со стороны государственных медицинских структур, таких как наркологические и венерологические службы, и поэтому они были менее эффективны».*

В то же время три из четырех представителей наркологических служб выразили мнение, что *«ПСВ — это единственное средство общения с этими закрытыми группами. Другого средства добраться до них нет, а этот путь действенен»*. Представители нарколо-

гических служб убеждены, что пациенты, обращающиеся за лечением через ПСВ, более мотивированы и нацелены на успех. Они также считают СВ стратегией, которая помогает ввести ПИН в социальные рамки:

*«Хотя и продолжая ограниченное употребление наркотиков, многие ПИН все-таки способны выполнять большинство социальных функций. Они могут контролировать себя и не совершают преступлений. Они также могут контролировать свою сексуальную жизнь. СВ вносит свой вклад в отказ от употребления наркотиков или его минимизацию. Это означает, что оно также мотивирует ПИН к дальнейшей реабилитации».*

Трое из шести руководителей ПСВ выразили мнение, подчеркивающее необходимость более широких подходов к СВ:

«К сожалению, мы должны признать, что большинство ПСВ в России по большей части сосредоточены только на одном элементе всей комплексной стратегии – обмене шприцев. В то же время другими важными элементами могли бы стать социальные центры для ПИН, где клиенты могли бы получать пищу, одежду, общение, социальную и психологическую поддержку, а также правовую помощь. Главная цель стратегии снижения вреда должна достигаться за счет того, что потребителя наркотиков уважают как личность».

Потребители наркотиков были относительно единодушны в своих взглядах, в основном подчеркивая следующие три аспекта ПСВ как места, куда вы можете *«прийти без страха наказания и получить медицинскую помощь»*, *«обменять шприцы»* и *«получить информацию»*.

В заключение необходимо сказать, что каждая группа респондентов делала упор на тот тип услуг, которые она оказывала, например, наркологи считали, что СВ должно предпринимать больше усилий по ориентации лиц, употребляющих наркотики, на лечение от зависимости. Понимание роли дея-

тельности по СВ в защите тех, кто не употребляет наркотики, от эпидемии ВИЧ не было универсальным среди респондентов. Концепция идеального проекта часто не совпадала с сегодняшней реальностью деятельности по СВ в России, причем наиболее значительные отличия касались повышенного внимания к обмену шприцев в проектах, в то время как есть мнение, что СВ должно сосредотачиваться преимущественно на *«работе по налаживанию связи и оказанию поддержки»*. После того как связи будут налажены, все услуги должна взять на себя существующая государственная система здравоохранения.

Руководители проектов также были убеждены, что гражданские ПСВ должны реализовываться совместно с другими социальными проектами, такими как защита прав человека или прав заключенных:

«ПСВ для гражданского населения должны быть ориентированы на помощь в разрешении конфликтов с правоохранительными органами, которые всегда существуют, несмотря на любые успехи деятельности по СВ. Основание для интеграции ПСВ среди гражданского населения и среди заключенных состоит в том, что контингент ПИН постоянно меняется и эти два субконтингента перемешиваются (по некоторым оценкам – ежегодно примерно 25%), и вспышка эпидемии ВИЧ в местах лишения свободы довольно вероятна».

## Отношение к заместительной терапии

Большинство респондентов не поднимало в своих ответах тему заместительной терапии. Отвечая на вопросы, очень многие интервьюируемые подчеркивали, что это абсолютно запрещено, так как метадон включен в список «сильнодействующих наркотиков». Отношение к заместительной терапии было довольно противоречивым у различных групп. Некоторые из руководителей и сотрудников ПСВ (18 из 24) считали заместительную терапию необходимым элементом стратегии СВ: *«Без заместительной терапии у СВ нет будущего»*. Примерно половина респондентов, не работающих в области СВ, заявила, что это неприемлемая стратегия.

Так, все три представителя Государственной службы по контролю за незаконным оборотом наркотиков, у которых взяли интервью, сочли заместительную терапию метадонем абсолютно неприемлемой: *«Мы однозначно против метадоновой заместительной терапии и никогда не изменим нашего отношения к ней. Наша точка зрения также поддерживается правительством»*. Несколько менее радикальная оппозиция в отношении СВ, хотя бы отчасти, была связана с их точкой зрения, что СВ может осуществляться вместо заместительной терапии.

Напротив, некоторые представители наркологических служб отметили, что в отдельных случаях заместительная терапия может быть очень полезна: *«Прежде всего, заместительная терапия метадонем очень помогает ПИН с долгой историей злоупотребления наркотиками, которые не могут отказаться от их употребления. Во-вторых, в тех случаях, когда ПИН госпитализируются по ка-*

*кой-либо другой причине, не связанной напрямую с наркоманией, у них начинается абстинентный синдром, и доктора совершенно не могут им помочь. В таких случаях метадон был бы очень полезен»*.

В одном из регионов респондент — сотрудник ПСВ сообщил, что им удалось убедить наркологический диспансер применить трамадол в качестве средства заместительной терапии для ПИН. Руководитель программы считал это большой победой и большим преимуществом для их региона. Однако, насколько мы знаем, это был единственный случай полуправильного применения заместительной терапии после того как в 1970-х годах она была запрещена в СССР.

Сотрудники проекта в пенитенциарной системе совершенно недвусмысленно указывали на то, что заместительная терапия выходит за границы профилактики ВИЧ. Они были озабочены выполнением всех санитарных и эпидемиологических требований, а также вопросами дисциплины и снижением агрессивности заключенных.

Подводя итоги, можно сказать, что отношение к заместительной терапии даже среди тех, кто непосредственно занят профилактикой ВИЧ, колеблется от осторожного до негативного, если не считать немногих активистов и аутрич-работников. Неясно, почему эта концепция оказывается такой непростой для продвижения, однако здесь важно принимать во внимание то, что даже обсуждение метадона может быть, в соответствии с действующим законодательством, сочтено незаконной «пропагандой употребления наркотиков».

## Снижение вреда: эволюция мышления

Перед тем как перейти к достижениям и неудачам СВ, важно отследить эволюцию взглядов различных респондентов в отношении СВ. В то время как многие респонденты положительно относились к СВ с самого начала, отношение других существенно менялось — от негативного вначале до положительного впоследствии.

В самом начале ПСВ во всех регионах сталкивались с оппозицией со стороны правоохранительных органов, администрации, медицинских учреждений, средств массовой информации и населения в целом. В большинстве случаев такое отношение менялось, по крайней мере, в некоторой степени. В нескольких регионах поддержка была высока до такой степени, что деятельность по СВ была включена в региональные целевые программы «Анти-ВИЧ/СПИД», а сотрудники проектов — в региональные межсекторальные комиссии по ВИЧ/СПИДу.

На федеральном уровне взгляды, похоже, менялись от негативных до «идеалистических», а затем, по мере прояснения вопросов, связанных с реализацией программ, — до «реалистических». Так, по крайней мере, пятеро из опрошенных лиц, принимающих решения, признали, что поначалу были отрицательно настроены по отношению к деятельности по СВ, но позднее изменили свое мнение, увидев в этой работе простое решение проблемы эпидемии ВИЧ в России. По прошествии времени они, однако, поняли, что только программы, основанные на передовом опыте, могут реально воздействовать на эпидемию, в то время как большинство проектов далеки от идеала, а разрозненные действия не решают проблемы полностью.

Пересмотр взглядов в отношении СВ бывшими ПИН, которые сейчас работают в качестве аутрич-риботников, довольно интере-

сен. Один из них указал на то, что сначала он был ошеломлен идеей обмена шприцев: *«Это как раздавать алкоголикам одноразовые стаканы»*. Другая бывшая ПИН рассказала о том, как ее понимание СВ изменилось с течением времени. Раньше она считала, что: *«СВ способствует распространению употребления наркотиков за счет создания комфортабельных условий для наркоманов»*, но потом пересмотрела свои взгляды: *«Если человек хочет уколоться, он сделает это в любом случае»*. Этот пересмотр позиции произошел после прекращения употребления наркотиков. Другой аутрич-работник лишь указал на то, что ПСВ *«привлекает худших из наркоманов, тех, которые колотятся в таких ужасных условиях и таким плохим инструментом.»* Этот работник считает, что контакт с клиентами программ СВ помог ему понять, что *«такие маргинализированные ПИН нуждаются в помощи и информации более чем когда-либо»*.

Одна из опрошенных аутрич-работников, чье знакомство со СВ началось, когда она стала клиентом программы, сказала, что вначале у нее был только потребительский интерес к программам СВ, *«просто возможность получить что-нибудь даром»*. Потом один из аутрич-работников, с которыми она общалась, рассказал ей о возможностях лечения с помощью антиретровирусных препаратов (АРВ) и о том, что с ВИЧ можно жить. Возможность доступа к этим препаратам, похоже, произвела ошеломляющий эффект на многих, кто нуждался в услугах СВ, и некоторые из них действительно начали сами работать в качестве аутрич-работников. Та же женщина описала изменения в отношении сегодняшних клиентов программы СВ: *«Сначала люди встречали меня и немедленно лезли ко мне в сумку, единственный интерес у них был «дайте нам шприцы». Я и сейчас ношу эту сумку, но когда я прихожу, они прежде всего*

*хотят поговорить со мной, хотят, чтобы я ответила на их вопросы о ВИЧ и обо всем, что с ним связано».*

Изменение отношения к СВ со стороны клиентов программ также интересно: *«Было разоблачено много мифов об употреблении наркотиков». «Люди меняют свое отношение. Обычно люди рассматривают ПИН как грязь, как отверженных, которых нужно изолировать от «нормальных» людей». А это ведет к разрыву контактов с обществом. А здесь мы (ПИН) видим, что к нам относятся по-другому и что среда становится дружественнее».*

Меняющееся отношение среди клиентов программ СВ также описывает одна из медицинских консультантов ПСВ: *«Люди начинают меняться... Я была очень удивлена, когда узнала, что стационарный пункт программы обмена шприцев посещают люди из других районов. Тех денег, которые они тратят на дорогу, им хватило бы на покупку шприцев. Но они приходят для того, чтобы пообщаться; они хотят видеть, что они не отвергнуты. Для них важно видеть, что они — не изгой». Некоторые из респондентов говорили, что программы СВ — это единственная «отдушина» для ПИН.*

Как отмечали аутрич-работники и менеджеры в одном из регионов: *«Качество жизни и социальный статус клиентов улучшаются»,* и они начинают отвечать тем же обществу. Принимая во внимание других членов общества, *«ПИН начинают понимать, что делать с иглами, что нельзя выбрасывать шприцы, чтобы кто-нибудь не мог уколоться иглой».* Эту точку зрения поддерживает один из наркологов: *«Несколько лет назад нельзя было заглянуть в почтовый ящик или в электросчетчик, потому что все было забито использованными шприцами. Под снегом тоже лежало много шприцев».*

Одна из работающих сейчас руководителей ПСВ в конце 1990-х годов, когда в России были введены ПСВ, отрицательно отно-

силась к этим программам и была шокирована самой идеей СВ. *«Работая психологом, реализуя реабилитационный подход к ПИН, я считала идею обмена шприцев шокирующей, чем-то невероятным. Я была уверена, что это не тот подход, который нам нужен. Я работала семейным психологом и консультировала семьи, сталкивавшиеся с проблемой наркомании. Я видела подростков, которые были лучшими учениками в школе, занимались музыкой, спортом и т. д. и внезапно за очень короткое время из-за употребления наркотиков превращались в обезумевших и ничем не интересующихся людей. Это было ужасно. А идея снижения вреда выглядела просто кощунством. Но я была разумным человеком и решила сначала изучить этот вопрос, особенно принимая во внимание, что этот подход уже применялся в развитых странах... Таким образом, с одной стороны, я испытывала сильное недоверие, а с другой стороны, я видела хорошо известных людей из развитых стран, поддерживающих идею СВ. Я убедилась в компетентности этих людей и пришла к выводу, что они искренне хотят предпринять эффективные действия по борьбе с эпидемией ВИЧ. Внутри меня шла борьба. Она закончилась только тогда, когда мы провели экспресс-оценку ситуации, показавшую, что 98% из 232 опрошенных ПИН сообщили о рискованных поведенческих практиках, которые способствуют передаче ВИЧ. В этот момент я поняла, что для того, чтобы изменить поведение ПИН и остановить распространение ВИЧ, необходимо заниматься снижением вреда».*

В заключение можно сказать, что никто, кроме потребителей наркотиков, не был готов принять идею СВ с самого начала. Многие, однако, стали яркими сторонниками такого подхода или, иногда, слепо поклонялись концепции СВ. Только некоторые респонденты подошли к пониманию проблемы реализации концепции и к пониманию того, что только реализация программ СВ, основанных на передовом опыте, может сделать данные программы эффективными.

## Преимущества и недостатки снижения вреда: точка зрения клиентов

Хотя в первоначальных анкетах были вопросы, отдельно касающиеся «преимуществ» и «достижений», при анализе интервью стало очевидно, что в большинстве случаев два термина смешивались друг с другом. Преимущества были более четко определены клиентами как непосредственными получателями услуг ПСВ. В то же время все преимущества, упомянутые ПИН, рассма-

тривались в качестве основных достижений теми, кто предоставляет услуги СВ, при этом особенно подчеркивалось такое достижение, как предоставление ПИН возможности пройти обследование и консультирование. Поэтому было решено ограничить этот раздел только преимуществами, так, как они видятся клиентам программ снижения вреда.

Большинство опрошенных ПИН отметило следующие преимущества СВ:

- доступ к медицинскому обслуживанию;
- направления в наркологические диспансеры;
- доступ к анонимному тестированию и лечению (конфиденциальность имела решающее значение для ПИН: «Почему я не должен доверять ПСВ, если они даже не записывают мою фамилию?»).
- возможность бесплатно получить шприцы, что предотвращает использование нестерильного инструментария;
- снижение риска передачи ВИЧ;
- непредвзятое отношение персонала программ СВ к ПИН.

Работники коммерческого секса (РКС), кроме перечисленных выше преимуществ, также упоминали возможность получения консультаций, презервативов и полезных информационных материалов.

При ранжировании и расстановке приоритетов в преимуществах ПСВ большинство клиентов программ СВ (ПИН и РКС) отметили возможность получения информационных материалов и социальной поддержки, а также доступ к медицинскому обслуживанию и возможность получения шприцев и презервативов.

Среди недостатков в некоторых регионах указывались недостаточное качество распространяемых материалов и страх преследований со стороны милиции. Действительно, если в проектах встречались протекающие шприцы, то ПИН предпочитали колоться использованными шприцами, чтобы не терять наркотик. РКС иногда жаловались на плохое качество презервативов, которые рвались, соскальзывали, уменьшали удовлетворение их клиентов или вызывали аллергию. Кроме недостаточного качества некоторых материалов, ряд клиентов программ СВ также поднимали вопрос о соответствии

материалов их потребностям. Например, в некоторых случаях изменение используемого наркотика требовало другого размера шприца (например, приготовленные домашним способом опиаты требуют 5 мл шприца, в то время как для героина используются инсулиновые шприцы). Следует отметить, однако, что большинство респондентов признавали, что вопросы, касающиеся ассор-

тимента и качества профилактических материалов, как правило, решаются в ПСВ довольно быстро после идентификации проблемы.

Опрошенные заключенные среди недостатков упоминали отсутствие смазок и шприцев и недостаток подробной информации по проблемам ВИЧ.

## Достижения и неудачи ПСВ

Описание достижений и неудач ПСВ было поделено на разделы, посвященные различным аспектам: оценке результатов, таких как эпидемиологические и поведенческие

результаты; проблемам доступности служб; отношению лиц, принимающих решения, и правоохранительных органов; и, наконец, интеграции в систему здравоохранения.

### Эпидемиологические и поведенческие изменения

Этот раздел посвящен достижениям, относящимся к эпидемиологическим и поведенческим вопросам. Все респонденты считают, что СВ помогает держать под контролем эпидемию ВИЧ/СПИДа. Некоторые респонденты указали, что достижением было не сокращение числа новых случаев ВИЧ, но удержание их на стабильном уровне. Другие считали главным достижением сокращение числа новых случаев инфицирования ВИЧ среди ПИН. *«В 2001 году у нас среди ПИН было более 300 новых случаев ВИЧ, а в 2005 было 112 новых случаев ВИЧ, и только 29 из них — среди ПИН, все остальные случаи были отмечены среди общего населения»*. Как аутрич-работники, так и менеджеры программ СВ считают, что *«показатели передачи ВИЧ парентеральным путем сейчас снижаются, при этом возрастает доля передачи ВИЧ половым путем»*, *«раньше 70–80% случаев ВИЧ приходилось на ПИН, сейчас их доля составляет только 20%»*. Один аутрич-работник был убежден, что половой путь передачи ВИЧ не обязательно связан с коммерческим сексом, *«это можно объяснить тем фактом, что многие, столкнувшись с ВИЧ,*

*не хотят нести бремя этого диагноза и стараются вести себя, как обычно»*.

Несмотря на недостаток надежных эпидемиологических данных об эффективности ПСВ в городах, включенных в данное исследование, респонденты предоставляли статистику по количеству заболеваний ВИЧ в сопоставимых городах той же территории, где есть ПСВ и где их нет, для того, чтобы продемонстрировать свои достижения. Эти данные говорили о более низких показателях заболеваемости в городах, где действовали программы СВ, хотя интерпретировать подобные эпидемиологические данные необходимо с осторожностью.

Категория достижений, относящихся к индикаторам конечного результата деятельности ПСВ, также включала в себя снижение частоты опасных инъекционных практик. Руководитель одной из ПСВ сказал: *«В 2000 году небезопасные практики [совместное использование инструментария] преобладали у 72% клиентов СВ, а сейчас — только у 18%»*.

Это утверждение повторялось и другими респондентами: *«В прошлый раз мы проводили исследование в 2005 году, и 87% клиентов практиковали безопасное инъекционное поведение»*. Другие также утверждали, что проект СВ в значительной степени повлиял на поведение потребителей наркотиков. *«Я знаю, что у тех, у кого раньше под кроватью была охалка использованных шприцев, сейчас этого нет»*. *«Раньше пять человек кололись одним шприцем, но не сейчас»*.

## Доступ к целевым группам

Большинство респондентов из числа персонала ПСВ (19 из 24), сотрудников службы эпидемиологического надзора (все 4), и наркологических диспансеров (все 4) в качестве главного достижения упомянули способность ПСВ получить доступ и работать с наиболее закрытыми группами общества. Они сочли очень важным поиск путей оказания социальной поддержки этим группам через данные программы. Предоставление связи с закрытыми сообществами, как было не раз доказано, это один из главных факторов, мотивирующих персонал официальной медицинской системы сотрудничать с ПСВ.

Одним из главных, возможно, еще более важных достижений, отмеченных тремя из шести руководителей ПСВ, является доверие к программам как со стороны ПИН, так и со стороны населения в целом. Однако даже в регионах, где программам СВ не оказывается значительного сопротивления, как отметил руководитель одной из программ, *«все еще существует небольшая часть населения, которая отвергает идею СВ, в то время как большинство, в том числе власти, медицинские специалисты и милиция, начинают осознавать задачи СВ и открыто говорить об этом»*.

Один из руководителей программы выразил эту идею таким образом: *«Наша про-*

В то же время по меньшей мере двенадцать респондентов ясно сказали, что трудно прямо связать деятельность СВ с изменениями уровня инфицированности ВИЧ и поведенческих практик, поскольку на ситуацию могли повлиять многие сопутствующие факторы. Неизвестно, как изменилось поведение в тех местах, где программы СВ не были реализованы.

*грамма была признана целевыми группами: ПИН, РКС и заключенными»*, отметив также, что *«все целевые группы знают о работе программы»*. Для большинства респондентов знание того, что никто, кроме них, не способен завоевать доверие людей, входящих в маргинальные группы, было очень важным: *«Программа может добраться до таких кругов, куда они [власти] добраться не смогут... и мы видим, как меняется ситуация в городе»*. Это же достижение было отмечено и представителями наркологических диспансеров и правоохранительных органов, медицинскими специалистами и многими другими респондентами.

Представитель Федеральной службы по контролю за незаконным оборотом наркотиков в одном из регионов высказал довольно положительное отношение к СВ по сравнению с другими респондентами из его службы, выделив в качестве главного достижения высокую степень охвата ПИН программой СВ.

Представители наркологических служб и центров СПИД в нескольких регионах в качестве одного из главных достижений программ отметили прекращение употребления наркотиков рядом ПИН в силу расширения информационной работы. *«Если человек, ставший клиентом программы СВ, прекращает употреблять наркотики после*



*определенного периода времени и способен воздерживаться от их употребления в течение долгого времени, тогда это огромное преимущество ПСВ. Даже если будет 2–3 таких человека в год, это все равно будет большим достижением».*

В ряде регионов была выражена озабоченность относительно того, что в последнее время выход на группы рискованного поведения стал более сложным. Здесь важным фактором были названы постоянные изменения на «наркосцене», обусловленные изменениями законодательства о регулировании оборота наркотиков в сочетании с другими экономическими и социальными причинами. «Наркосцена», как ее называют респонденты, стала в России «закрытой», другими словами, более жесткое законодательство повлекло изменение подходов к распространению наркотиков, а именно к увеличению числа «бегунков» (последних в наркосбыте. Наркотики поставляются больше через «личные контакты» и «доставку на дом», а не через «уличный или квартирный сбыт». Сейчас требуется боль-

ше ресурсов и усилий, чтобы выйти на ПИН, в то время как стало намного труднее организовать работу аутрич. Это повышает значимость вопросов финансирования, так как требующееся увеличение числа и мобильности аутрич-работников связано с повышением расходов.

В некоторых городах, где службы контроля за оборотом наркотиков достигли больших успехов, места, где употребляют наркотики (так называемые притоны), которые раньше посещали аутрич-работники, в настоящее время закрыты (или их местоположение неизвестно персоналу СВ). Сейчас точки сбора ПИН не существуют на одном месте более 2–3 дней, затем они перемещаются, что требует большей гибкости и более тесных контактов между аутрич-работниками. Если на «открытой наркосцене» работать было легче, поскольку доступ к целевым группам был легче, «закрытая наркосцена» требует при организации профилактической работы увеличения сети вторичных обменов, а также других креативных организационных решений.

## Отношение политиков и лиц, принимающих решения, к программам снижения вреда

В тех городах, где трудно далось завоевание политической поддержки, ее получение указывалось респондентами как главное достижение и результат своей работы по адвокации СВ. Там, где политическая поддержка и частичное государственное финансирование присутствовали почти с самого начала проектов, персонал ПСВ был удовлетворен устойчивостью поддержки, несмотря на некоторые кадровые изменения в местных властях. Устойчивость благоприятной политической окружающей среды они считали одним из своих успехов, хотя соглашались с тем, что это требует постоянной и вдумчивой работы по адвокации проектов со сторо-

ны руководства ПСВ: «Работа по адвокации программ СВ и их продвижению требует не меньшего профессионализма, чем любой другой компонент».

Интересно отметить неофициально выражаемую точку зрения относительно того, что ПСВ помогают властям впервые осознать истинную ситуацию, сложившуюся в регионе с употреблением нелегальных наркотиков, т. е. число ПИН, их образ жизни, последствия для здоровья населения, ограниченную эффективность традиционных запретительных и медицинских мер и пр.

Представители другого региона, признанного успешным, отметили среди своих главных достижений объединение усилий различных органов (медицинских специалистов, властей и т. д.) при решении проблем профилактики ВИЧ-инфекции: *«Такая глобальная задача, как борьба с ВИЧ, может быть решена только за счет объединения ресурсов различных организаций и учреждений. Хотя снижение вреда играет одну из ключевых ролей в решении этой задачи, без поддержки других структур СВ не сможет работать эффективно».*

Такое достижение, как низкий уровень распространенности ВИЧ среди ПИН, может сильно помочь в завоевании поддержки программ снижения вреда на государственном уровне. Так, вице-губернатор одной из областей выражал личное негативное отношение к программе СВ, но сказал, что *«основываясь на низких показателях распространенности ВИЧ в области, он согласен, что СВ нужно для того, чтобы контролировать эпидемию ВИЧ, и поэтому он, как представитель исполнительной власти, поддерживает программу СВ».*

## Отношения с правоохранительными органами

Хорошие отношения с администрацией и адвокативная работа во многих регионах привела к улучшению взаимодействия и с правоохранительными органами: *«Сегодня взаимодействие как с государственными органами, так и с милицией, налаживается, а совсем недавно служба по контролю за оборотом наркотиков стала играть решающую роль в этом диалоге».* Некоторые утверждают, что данные отношения только зарождаются (имея в виду, что есть еще много возможностей для их улучшения); в то же время другие респонденты считают, что *«программа СВ находится в тесном взаимодействии с милицией и другими правоохранительными структурами».* Последнее мнение поддержано и другими респондентами, объясняющими природу этого сотрудничества: *«Мы*

Респондент в одной из областей указал на развитие межотраслевого сотрудничества. *«Было время, когда милиция забирала карточки клиентов программы СВ и чистые шприцы, а потом уничтожала их. Существовало сопротивление со стороны медицинских работников в силу неправильного понимания целей ПСВ. Наиболее распространенным мнением было то, что ПСВ распространяют шприцы и учат тому, как колоть наркотики. Сейчас этого больше нет. Прошло шесть лет, и ситуация в 2001-м, 2002-м и 2003 годах очень сильно отличается от ситуации в 2006 г. Наладилось межотраслевое сотрудничество».* Несколько респондентов выразили мнение, что межведомственное сотрудничество имело также внешние результаты, связанные с повышением эффективности других мероприятий, помимо ПСВ, например, более тесное сотрудничество между правоохранительными органами и системами здравоохранения помогло улучшить доступ к наркотическим анальгетикам для пациентов, страдающих от хронических болей.

*разработали информационные материалы для милиции, провели тренинги и семинары с сотрудниками милиции, которые работают с ПИН».* Тот же респондент подчеркивал, что очень важно работать с представителями правопорядка низового уровня, несущими непосредственную службу на улицах. Они могут больше сделать для ПСВ и их клиентов, например, обеспечивая безопасность персонала ПСВ.

Часто упоминалось, что отношения с рядовыми и младшими по званию сотрудниками милиции складываются непросто. Несмотря на ряд тренингов для правоохранительных органов в некоторых регионах, некоторые такие сотрудники милиции все еще

пользуются любой возможностью для преследования аутрич-работников и клиентов ПСВ, вымогая деньги или стараясь продвигаться по службе. К сожалению, иногда персонал ПСВ не обладает достаточным опытом для того, чтобы достойно противостоять этому давлению. Один из аутрич-работников привел пример того, что часто милиция только формально поддерживает СВ посредством писем и принимаемых на высоком уровне неформальных решений, но *«когда милиционер, знающий, кто я такой, спрашивает меня, где я только что был, для того, чтобы пойти туда и зафиксировать притон... что тут можно сказать?»*

С другой стороны, в милиции существует большая текучесть кадров и главным приоритетом остается дополнительное обучение вновь поступивших на службу сотрудников. Представителями ПСВ одного из регионов подчеркивалось, что даже несмотря на то, что всегда можно найти общий язык с Министерством внутренних дел и Федеральной службой исполнения наказаний, было довольно трудно убедить эти структуры принять стратегию СВ.

Еще одним ключевым игроком в деятельности по СВ является Федеральная служба по контролю за незаконным оборотом наркотиков. Налаживание сотрудничества с ней также рассматривается многими респондентами как важное достижение в работе СВ. Хотя данная служба была создана только в 2003 году, отношения с ней в большинстве городов довольно сложны. Как было отмечено одним из региональных руководителей ПСВ, *«Сотрудничество с Федеральной службой по контролю за наркотиками всегда протекает очень сложно. Я никогда не поверю тем, кто говорит, что у них нет проблем с ними и что все прекрасно»*. Интересно, что в одном из регионов представитель Федеральной службы по контролю за незаконным оборотом наркотиков выразил положительное отношение к программам СВ: *«Я думаю, что это нужное для нашего населения направление... Самый позитивный*

*аспект СВ – проведение профилактических и образовательных мероприятий для ПИН»*. Респондент продолжил, говоря, что ПСВ должны быть распространены по всему региону. Однако тот же респондент отметил сложности в сотрудничестве с властями в деле СВ. *«Администрация не оказывает никакой финансовой поддержки, но на совещаниях они поднимают этот вопрос и спрашивают, почему не сделано то или это, но никогда не спрашивают о трудностях и никогда не выражают желания помочь»*.

Очень распространенное мнение о Федеральной службе по контролю за незаконным оборотом наркотиков, а также о милиции заключается в том, что они, по крайней мере, перестали чинить препятствия работе ПСВ. *«Эти структуры просто не должны мешать нашей работе. Они могут проявлять безразличие или излишнюю заинтересованность в работе ПСВ, но самое главное – они не должны быть нашими врагами»*. Часто позиция Федеральной службы по контролю за незаконным оборотом наркотиков и милиции описывалась подобно следующему заявлению руководителя одной из ПСВ: *«Если вы работаете и ничего не происходит – вас просто игнорируют, но как только что-то идет плохо – это ваша вина»*.

В некоторых регионах Федеральная служба по контролю за незаконным оборотом наркотиков в общем поддерживает идею СВ, но все еще избегает публичного выражения своей позиции. Только в одной области представители службы делали положительные заявления в СМИ. Напротив, нужно отметить, что в некоторых регионах для того, чтобы избежать выражения своего отрицательного отношения, имелись отказы от участия в данном исследовании. Также в некоторых случаях создается впечатление, что представители Службы по контролю за незаконным оборотом наркотиков совершенно неправильно понимают суть СВ, считая эти программы профилактическими с образовательными и информационными компонентами, предназначенными

для молодежи и даже вообще для населения. Это может послужить тревожным сигналом, поскольку в ситуации такого недопонимания они могут, заявляя о поддержке про-

грамм, при этом фактически пытаться запретить расширение настоящей деятельности СВ.

## Отношения с системой здравоохранения

Налаживание связей с системой здравоохранения большинством респондентов считается одним из важнейших факторов успеха. Некоторые респонденты отмечали, что в результате адвокативной деятельности началось постепенное принятие СВ медицинскими службами: *«Даже наиболее консервативные врачи начали сомневаться в своих первоначальных взглядах»*. Также и многие наркологи заявляли об изменении своего отношения. Однако несмотря на это все еще остается довольно большое число медиков и лиц, принимающих решения, которые противодействуют расширению и стабильности программ СВ.

Необходимо отметить, что степень успешного сотрудничества с наркологическими службами весьма отличается от региона к региону. Некоторые достигают хорошего уровня понимания и эффективного сотрудничества.

Один из представителей наркологической службы отметил, в качестве положительной стороны деятельности по СВ, отсутствие увеличения числа ПИН: *«Впервые в нашей области произошло снижение числа ПИН. Даже если нельзя утверждать, что это связано только с успехом программы СВ, по крайней мере, эта тенденция указывает на то, что «снижение вреда» не стимулирует роста наркопотребления»*. Другой респондент указал на достижения ПСВ в помощи наркологическим службам в охвате все большего числа пациентов. Оспаривая это мнение, врач-инфекционист из того же региона упомянул увеличение числа ПИН

и обнаружение нескольких новых случаев ВИЧ среди ПИН как одну из неудач деятельности по СВ. Наркологи часто отмечают, что критерии успеха ПСВ могут быть дополнены такими «наркологическими» показателями, как число обратившихся за лечением и реабилитацией, а также длительность ремиссии.

Опыт некоторых респондентов свидетельствует о том, что система здравоохранения оказывает по большей части негативное влияние на ПСВ. Это влияние было выражено одним из респондентов как *«прямая оппозиция государственных учреждений, например, центров СПИД»* с пояснением, что от структур здравоохранения исходило *«чисто негативное отношение к программе»*. Другой респондент указал на *«отрицательное отношение руководства здравоохранения... письма, клевета и обвинения в распространении метадона»*.

Представители одной ПСВ сказали, что, по их мнению, причина недопонимания часто связана с «низким уровнем компетентности администрации здравоохранения», «низким профессиональным уровнем работников здравоохранения» и добавили, что «наркологические диспансеры бесполезны». Один из аутрич-менеджеров сказал: «Вам необходимо понять, что, к сожалению, эра бесплатного здравоохранения прошла, и сейчас это бизнес», поясняя, что наркологи заинтересованы только в потребителях наркотиков, которые могут платить за дополнительное лечение.

Подобная враждебность между ПСВ и структурами здравоохранения в значительной степени затрудняет деятельность ПСВ. Руководитель одной из ПСВ выразился в отношении структур здравоохранения: *«Часто появляется такое чувство, как будто мы что-то выпрашиваем у них»*. Эта проблема также возникала при организации гинекологического обслуживания РКС. Руководители программ снижения вреда, даже в наиболее продвинутых регионах, жаловались, что контакты с этим сектором в основном строятся на личных отношениях, а не на регулярных, систематически организованных процедурах. Поддержка деятельности по СВ не повсеместна даже в центрах СПИД. В одном из регионов представители ПСВ попросили Центр СПИД дать рекомендательное письмо, требовавшееся для заявки на конкурс в рамках Национального проекта по профилактике ВИЧ и гепатитов В и С. Центр СПИД ответил письмом, в котором говорилось, что участие в этих проектах — это незаконная деятельность, связанная с распространением незаконного употребления наркотиков среди населения за счет создания впечатления умиротворения, безответственности и поощрения употребления наркотиков. Некоторые респонденты указывали, что в настоящее время большинство специалистов-медиков имеет предвзятое мнение о ПИН. Очень немногие врачей хотели бы работать с этой целевой группой. Но в интервью утверждалось, что те доктора, которые работают в тесном взаимодействии с ПСВ, поменяли

свое отношение к ПИН. Представитель ПСВ в одном из регионов сказал, что было давление со стороны наркологических и психиатрических служб, направленное против ПСВ. Они утверждали, что все проблемы, связанные с ПИН, — это их дело, что в ПСВ работают непрофессионалы, и в целом идея СВ ведет к распространению употребления наркотиков и наркомании. Но сейчас многие поменяли свои взгляды, и один из пунктов обмена шприцев, в который был нанесен визит в ходе проведения данного исследования, расположен в помещении наркологического центра, и его главный врач работает консультантом программы СВ. Все эти положительные изменения внесли свой вклад в мнение ПИН, что ПСВ — это не просто пункт обмена шприцев; что она дает направления к медицинским специалистам, готовым оказать им поддержку и предоставить лечение без стигматизированного отношения. Тем не менее, отношение медиков к ПИН, даже в ПСВ, варьируется от региона к региону, а также от случая к случаю в рамках одного региона.

Все вышеизложенные точки зрения показывают важность установления и поддержания хороших отношений с учреждениями здравоохранения в регионе, в то время как недостаточность таких отношений затрудняет деятельность и уменьшает легальность работы СВ.

## Факторы, влияющие на успех и эффективность ПСВ

### Внутренние факторы

#### Человеческие ресурсы

В ходе интервью поднимались следующие вопросы о роли людских ресурсов в успехе деятельности по СВ:

— ПСВ должны внедряться профессионально обученным персоналом и не в рамках какой-либо другой повседневной работы. Как сказал руководитель одной из ПСВ, *«эти люди должны быть профессиональными энтузиастами»*.

— Требуется активный и полный энтузиазма коллектив СВ: *«Фанатики, чьим главным приоритетом в жизни является их работа»*.

— Сильный и даже харизматический лидер программы СВ, который умеет прогнозировать местную ситуацию распространения ВИЧ, направления развития деятельности по СВ и способен справляться с возникающими проблемами. Роль руководителя важна как во внутренней, так и во внешней деятельности. Роль внутри организации относится к налаживанию работы и функционирования ПСВ, в то время как внешняя роль заключается в установлении хороших отношений с властями и другими внешними структурами. Руководитель ПСВ должен быть лично заинтересован в СВ. *«Если руководитель безразличен или лично не принимает стратегию СВ, или просто зарабатывает лишние деньги, работая на проекте, тогда проект никогда не будет работать»*. Большинство (37 из 57) респондентов сказала, что все успехи проектов определяются личностью и энтузиазмом руководителя.

— Грамотное управление проектом, в том числе организация работы аутрич.

— Необходимо учитывать синдром «сгорания» аутрич-работников, который часто распространен в ПСВ, снижает эффективность их работы и ведет к большой текучести кадров.

— Другие причины текучести — это специфика аутрич-работников как социальной группы, которая связана с риском ареста, неконтролируемого употребления наркотиков и т. д. Но в соответствии с мнением некоторых руководителей ПСВ, аутрич-работников нужно обучать соответствующим образом: *«Высококвалифицированная хорошо организованная работа достаточного количества аутрич-работников может быть даже важнее, чем мобильные пункты СВ»*.

## Организация и регулирование

Несколько замечаний касались организации работы как потенциального фактора успеха. Они затрагивали такие аспекты, как

продолжительность проекта, существование стационарных и мобильных пунктов обмена игл и стиль управления проектом.

— Персонал проекта должен быть осведомлен о постоянно меняющемся типе «наркосцены» и быть готовым и способным адаптироваться к этим изменениям. Персоналом ПСВ была упомянута избыточная формализация как главное препятствие для быстрой и гибкой реакции на изменение обстоятельств.

— Стиль управления проектом обсуждался в контексте сравнения НПО и государственных учреждений, и приблизительно половина респондентов выразила мнение, что *«наилучшая ситуация складывается, когда ответственность несет НПО, а государственное учреждение выступает в качестве партнера по проекту»*. Государственные учреждения часто видятся персоналу НПО неэффективными и негибкими.

— Удобное для ПИН расположение ПСВ. По этому поводу было высказано несколько мнений. Представитель одного относительно небольшого города сказал, что, когда ПСВ была расположена недалеко от центра города и близко к железнодорожному вокзалу, ПИН посещали ее чаще, по сравнению с сегодняшним расположением — не в центре города. В то же время одним из респондентов, сотрудником программы СВ, было отмечено, что предпочтительно ПСВ должна располагаться далеко от местного управления Федеральной службы по контролю за наркотиками и иметь неудобную подъездную дорогу, препятствующую сотрудникам службы нанести лишний визит в ПСВ. Другое мнение одного из менеджеров аутрич: *«Местоположение СВ не очень влияет на работу, поскольку работа идет по всему городу, но если мы расположены ближе к старому центру, мы будем иметь больше клиентов, и процесс сбора людей для обучения также будет идти легче»*. В целом примерно половина сотрудников ПСВ считает местоположение ПСВ несущественным фактором. Если город, где действует ПСВ, довольно велик, одного пункта недостаточно. Имелись предложения по организации пунктов обмена шприцев при каждой поликлинике.

— Очень важно наличие вторичного обмена. Тем не менее, в некоторых областях его реализация затрудняется патрульной службой милиции.

— Часы работы ПСВ имеют важнейшее значение для ПИН.

— Одним из вопросов, по которому не сложилось общего мнения, является вопрос о том, кто должен осуществлять аутрич-работу. Существует несколько противоречащих друг другу мнений на этот счет: (1) аутрич-работники должны быть ПИН или бывшими ПИН, (2) неоднозначное отношение к бывшим ПИН, выполняющим аутрич-работу из-за синдрома «сгорания» и большой вероятности возврата к употреблению наркотиков, (3) активные ПИН не должны работать в ПСВ, даже несмотря на то, что активные ПИН очень важны, особенно на начальном этапе работы программы СВ, в силу их доступа к другим ПИН.

— Спектр услуг СВ должен постоянно расширяться, они не должны ограничиваться только обменом шприцев. Услуги по оказанию социальной поддержки не менее важны, чем обмен шприцев, и социальные центры рассматриваются отдельными респондентами как идеальная форма организации СВ.

Таким образом, внутренние критерии успеха являются несколько ограниченными и основаны на стиле управления проектом (наилучшей формой является коалиция НПО и государственных учреждений), устойчивости (измеряемой протяженностью времени работы проекта) и спектре услуг сов-

местно с доступностью, обеспечиваемой сочетанием мобильных и стационарных пунктов обмена шприцев, расположенных в «горячих зонах», а также наличием эффективно взаимодействующего, хорошо обученного и преданного делу коллектива проекта.

## Внешние факторы

### Политическая поддержка

Признание проектов властями и поддержка с их стороны неоднократно упоминались как важнейший фактор успеха. Софинансирование из местного бюджета приобретает, таким образом, особое значение. Как сказал

руководитель одной из ПСВ, «если российское общество не подключится к решению проблемы ВИЧ, то мы можем считать войну против ВИЧ проигранной».

### Общественное мнение и СМИ

Респондентами были неоднократно упомянуты следующие факторы:

— Значение общественного мнения и средств массовой информации по большей части рассматривается как негативное: «[Реакция общественного мнения] на случаи ВИЧ/СПИДа в лучшем случае — отчужденность, в худшем случае — пренебрежение и враждебность. Циркулируют различные слухи. Два дня назад я слышал, что люди с ВИЧ планировали разбросать зараженные иглы, для того чтобы заразить детей». Офицер милиции объяснил: «Если СМИ настроены критически, то никто не сможет почти ничего доказать» и добавил: «чем меньше это [снижения вреда] обсуждается, тем лучше отношение населения к этим проектам».

Напротив, в некоторых местах персонал ПСВ вообще не считает СМИ важным игроком. У них нет примеров отрицательного влияния. Они также заявляют, что не располагают свободным временем для общения со СМИ.

В целом общественное мнение рассматривается как менее значимое для достижения эффективной работы программ, чем отношения с властями или органами здраво-

охранения. По большей части респонденты были озабочены отрицательным отношением общественности и средств массовой информации, которые могли бы воспрепятствовать развитию СВ. Необходимость положительных изменений в общественном мнении не была отмечена как важный фактор. Критерием успеха, таким образом, в большей степени является отсутствие отрицательного общественного мнения или нейтральное отношение общественности.



## Финансовые вопросы

Все респонденты называли среди финансовых проблем недостаточное финансирование, особенно со стороны государственных структур. Именно поэтому роль доноров ставилась на первое место. *«Без доноров мы просто не выживем, потому что государство еще не готово признать нас как профессионалов».*

Основная бюджетная линия, которая срочно нуждается в увеличении, — это зарплата для аутрич-работников и медицинских специалистов. Как было подчеркнуто большинством респондентов, повседневная работа сотрудников проектов снижения вреда свя-

зана с высокими эмоциональными нагрузками и предполагает контакт с различными социальными группами. В то же время, когда проекты только запускались, в конце 1990-х годов, их зарплата было вполне сопоставима со средним заработком. Сейчас она меньше прожиточного минимума. Респонденты даже говорили, что если финансовые вопросы не будут решены, тогда дело СВ в России будет обречено. Иногда общий бюджет проекта достаточно велик, однако перераспределение между бюджетными статьями не разрешается в силу строгих требований доноров.

## Особенности ПСВ в местах лишения свободы:

### • Достижения и неудачи ПСВ

Представитель персонала одной из тюрем, где проводится программа профилактики ВИЧ, проиллюстрировал достижения своей программы следующим образом: *«Существуют две тюрьмы неподалеку друг от друга. Программа профилактики работает только в одной из них. Между этими тюрьмами огромная разница в уровне знаний как заключенных, так и тюремного персонала — уровень знаний в учреждении, где проводится программа, значительно выше. Однако до начала реализации программы уровень знаний в обеих тюрьмах был почти одинаков. Это доказывает, что проект профилактики ВИЧ в нашей тюрьме очень эффективен».*

Другой респондент упоминал в качестве достижений отсутствие передачи ВИЧ внутри тюрьмы и снижение передачи гепатита. Также упоминалось уменьшение числа нарушений внутреннего распорядка и улучшение поведения заключенных. Психологи отметили важный дополнительный эффект

проектов, заключавшийся в том, что они помогли осуществить и поддержать социализацию заключенных и снизить их агрессивность.

Главным недостатком большинство представителей персонала и обучающихся из числа «равных» называют отсутствие социальной поддержки после освобождения из мест лишения свободы. Отмечалось, что проекты были успешны в смысле обучения людей правильному отношению к здоровью, но после освобождения бывшие заключенные не были социально интегрированы и оказались отвергнуты обществом.

Среди существенных неудач, отмеченных персоналом тюрем, было *«отсутствие внутренних документов по стратегии СВ, которая отражена только в методических указаниях».*

## • Факторы, повлиявшие на успех и эффективность ПСВ в местах лишения свободы

### Внутренние факторы

Волонтеры и равные консультанты добились значительных успехов в информировании заключенных о путях профилактики ВИЧ и менее опасном сексуальном поведении. Среди заключенных возрос показатель использования презервативов. Как заклю-

ченные, так и тюремный персонал указывали на важность обучения «равный равному». Представители гражданских наркологических центров и службы Госнарконконтроля также отмечали важность такого вида обучения в тюрьмах.

— Одним из равных консультантов было особо отмечено наличие презервативов и спиртовых салфеток в качестве важного фактора. Важность наличия презервативов была также отмечена одним координатором тюремного проекта. *«Первая попытка распространения презервативов в тюрьме была предпринята в 2001 году. Это был очень интересный опыт: некоторые заключенные даже использовали презервативы в качестве валюты. После этого было принято решение увеличить количество презервативов, распространяемых в тюрьмах».*

— Также равными консультантами, в качестве приоритета, было отмечено наличие в достаточных количествах печатных информационных материалов, посвященных проблемам ВИЧ/СПИД.

— Как заключенные, так и персонал указывали на тренинги как на один из важных факторов. Тренинги вносили свой вклад в изменение рискованного поведения и в повышение уровня знаний. Было отдано предпочтение тренингам, проводимым приглашенными инструкторами, так как заключенные общаются с ними более охотно.

Дополнительно респондентами были особо отмечены следующие ключевые для успеха факторы:

- позитивное отношение руководителей Федеральной службы исполнения наказаний;
- присутствие профессиональных психологов;
- просвещение и информирование заключенных должны сочетаться с просвещением и информированием персонала.
- Заключенные, участвующие в равном консультировании, подчеркивали, что те тюрьмы, в которых ВИЧ-положительные заключенные содержатся отдельно, не способствуют развитию толерантного отношения к ВИЧ-положительным людям.

— Просвещение тюремной администрации (как посредством внутренних тренингов, так и в ходе стажировок) доказало свою важность для изменения их отношения к СВ и реализации программ профилактики ВИЧ в тюрьмах. Один из респондентов, ответственный за координацию такой программы, сказал: *«Вначале у меня были сомнения насчет эффективности ПСВ. Я не совсем понимал эту стратегию и стоял перед определенной моральной дилеммой. Но после того как я больше узнал об этом, я поменял свое отношение, и сейчас я — сторонник СВ».*

— Координатор одной из программ также добавил, что программы профилактики должны реализовываться постоянно: *«Если программа реализовывалась в течение двух лет, а потом прекратилась, она не будет эффективной. Нужна постоянная работа».*

## Внешние факторы

Обсуждение роли внешних факторов, влияющих на ПСВ в местах лишения свободы, оказалось не совсем уместным, поскольку и система, и заключенные достаточно изолированы от внешнего мира. Многочисленные внешние факторы, упомянутые респондентами, в основном относились к тюремной администрации и Федеральной службе исполнения наказаний как главным ответственным за принятие решений. Следующая цитата из ответа сотрудника пенитенциарной системы подтверждает это заключение: *«В нашей системе люди изолированы, и у нас нет серьезных внешних воздействий. Наша администрация обладает высшей властью».*

Также важной проблемой является отсутствие в России межведомственного сотрудничества и адекватной нормативной базы по вопросам СВ. *«Милиция арестовывает ПИН, и они попадают в места заключения. В УИС шприцы запрещены, а многие иные средства профилактики не закреплены в ведомственных актах. В то же время на местах от нас требуют как-то заниматься профилактикой ВИЧ-инфекции и работать с этой группой лиц. Необходимо соответствующее законодательство, чтобы разрешить эти противоречия».*



## Результаты:

### Методика репертуарных решеток

Поскольку четкое описание факторов успеха отсутствует, при их определении особый вес приобретает экспертное мнение. Сами эксперты могут ясно представлять, что является фактором успеха, а что — нет. Они могут считать одну ПСВ более успешной, но полагать, что факторы успеха отличаются от того, что на самом деле определило эти различия. Оценка факторов успеха

ПСВ должна, следовательно, полагаться на сравнение различных проектов, некоторые из которых более успешны, чем другие. Для выполнения этой задачи, во-первых, необходимо знать, какие факторы эксперты использовали для оценки проектов и какие факторы ответственны за различные рейтинги, присвоенные проектам.

### Материалы и методы: анализ репертуарных решеток

Один из методов, применяемых для достижения лучшего понимания, как человек (эксперт) воспринимает внешние объекты, такие как программы снижения вреда, — это метод репертуарных решеток, описанный в Приложении 4. Эта методика близка к самостоятельно заполняемой анкете и состоит из двух этапов. На первом этапе эксперта просят охарактеризовать три ПСВ и затем определить, какие две из них сходны и чем они отличаются от третьей. После этого эксперта просят описать критерии, которыми он пользовался для выделения двух проектов от третьего. Эти критерии отмечаются и позднее рассматриваются как критерии эффективности. На конечном этапе эксперта просят оценить каждый из проектов по пятибалльной шкале на основе сформулированных критериев.

Для настоящего исследования каждого эксперта просили вспомнить три знакомые ему ПСВ для дальнейшей их оценки. Для того чтобы получить информацию о том, была ли оценка положительной или отрицательной, каждого эксперта просили представить две гипотетических ПСВ: идеальный проект (обозначаемый как ИП — идеальный проект) и проект, не способный выполнить свои задачи и цели (обозначаемый как ПП — плохой проект). Оба проекта — идеальный и плохой — были гипотетическими. Экспертов просили заполнить таблицу, отражающую триаду трех различных проектов для сравнения. Таблица состояла из восьми различных триад, включающих в себя реальные ПСВ и гипотетические проекты. В заключительном разделе эксперты анализировали восемь групп и выдавали восемь критериев для каждой (Приложение 2).

Если эксперт был знаком менее чем с тремя проектами, его просили выбрать один проект, знакомый ему в течение длительного периода времени. Затем эксперта просили вспомнить этот проект на его начальной стадии или во время первых шести месяцев после ознакомления с ним. Это состояние проекта обозначалось как П0 (проект, время 0). Затем эксперта просили подумать о текущем состоянии проекта. Это состояние проекта обозначалось как ПН (проект,

настоящее время). После этого эксперта просили спрогнозировать, что произойдет с проектом в течение 1,5–2 лет. Этот прогноз эксперта обозначался как ПБ (проект, в будущем). Эксперта просили подумать о каждом из вышеуказанных состояний независимо, как будто это были отдельные проекты. Затем сравнение триад базировалось на той же логике, что применялась для анализа трех различных проектов (Приложение 3).

## Анализ репертуарных решеток

**Таблица 5. Распределение частоты выбора ПСВ экспертами для включения в репертуарные решетки**

Город, где реализуется ПСВ	Кол-во раз, когда программа была отобрана для сравнения	% от всех отборов
Балаково	11	18,97
Казань	7	12,07
Санкт-Петербург	7	12,07
Вологда	5	8,62
Псков	5	62
Воронеж	4	6,90
Тверь	3	5,17
Томск	3	5,17
Волгоград	2	3,45
Нижний Новгород	2	3,45
Барнаул	1	1,72
Новгород Великий	1	1,72
Иркутск	1	1,72
Красноярск	1	1,72
Липецк	1	1,72
Мытищи	1	1,72
Омск	1	1,72
Оренбург	1	1,72
Хабаровск	1	1,72

Специалисты заполнили 36 решеток по ПСВ среди гражданского населения. Идентификация факторов, определяющих эффективность данных ПСВ с применением репертуарных решеток основывалась на 19 различных ПСВ. Среди наиболее часто упоминаемых программ были программы Балакова, Казани, Санкт-Петербурга, Вологды и Пскова (таблица 5).

Из 36 заполненных репертуарных решеток 25 (69%) были основаны на сравнении одного проекта в трех различных состояниях (репертуарная решетка второго типа) и 11 решеток (31%) было основано на трех различных проектах (репертуарная решетка первого типа). Все эксперты, кроме одного, определили по восемь критериев сравнения в каждой решетке, что составило 287 критериев для оценки эффективности. Необходимо отметить, что преобладающее использование экспертами репертуарной решетки второго типа не повлияло на результаты исследования. Теоретически более частое употребление репертуарной решетки второго типа может ограничить число установленных конструкторов и увеличить «слитую» природу решетки. Для того чтобы проверить это допущение, были рассчитаны средние коэффициенты интенсивности решетки для решеток первого типа и решеток второго типа. Результаты не показали никакой

значительной разницы между двумя группами. Поэтому они могут применяться вместе, и это не будет никак отражаться на интерпретации результатов.

Для изучения критериев, которые эксперты применили при заполнении репертуарных решеток, был применен контент-анализ. На начальном этапе использовалась последовательная классификация, которая делила все критерии на критерии процесса и критерии конечного результата. Критерии процесса далее подразделялись на критерии, являющиеся внутренними и внешними для проекта. Все критерии сначала делились на эти три группы. Затем они группировались более тонко. Если критерий был аналогичен предыдущему, они помещались в одну и ту же категорию. Если они отличались, создавалась новая категория. Все последующие критерии сравнивались с этими категориями, и, при необходимости, создавались новые категории. Если категория содержала несколько критериев, делались еще попытки создать дополнительные категории. Если значение критерия было не полностью ясно, он сравнивался с другими критериями из той же репертуарной решетки и учитывался рейтинг проектов (особенно гипотетических).

После того как была создана полная классификация, критерии пересматривались еще раз, чтобы убедиться, что они были помещены в надлежащие категории.

Анализ критериев начинался с идентификации доминантных в решетке критериев. Доминантный критерий был определен как критерий, имеющий наивысшую общую корреляцию с другими критериями в данной решетке. Преобладание измерялось коэффициентом Баннистера. Критерий с наивысшим коэффициентом Баннистера считался доминантным. Анализ дополнялся расчетом суммарного коэффициента Баннистера. Для того чтобы избежать путаницы и от-

личать суммарный коэффициент Баннистера от сконструированного коэффициента Баннистера, было решено пользоваться термином «интенсивность решетки», который имеет то же значение, что и суммарный коэффициент Баннистера. Этот коэффициент показывает, насколько «слитой» является система оценки данного эксперта в данной решетке. Чем ближе интенсивность коэффициента решетки к максимуму, тем более «слитой» будет система оценки данного эксперта (т. е. меньшее число сильно различающихся критериев оценки, которые эксперт использует внутренне, будет означать, что все названные критерии – это просто синонимы). Этот вопрос можно легко прояснить простым примером. Если коэффициент интенсивности равен 5054, это будет отражать 90% максимально возможного значения 5600 (см. примечания к таблице 7), тогда почти все конструкты будут иметь одинаковое значение. И наоборот, если коэффициент интенсивности равен 1703, это будет отражать 30% максимально возможного значения, тогда построенная система будет содержать различные наборы критериев для оценки проекта. В настоящем анализе только шесть решеток содержат системы с более чем 70%-ным «слиянием» и только две имеют рейтинг «слияния» более 80%, это означает, что большинство экспертов использовало различные наборы критериев для оценки проекта.

Если у двух критериев один и тот же коэффициент Баннистера, их включали в анализ. Если существовало более трех таких критериев, это значило, что не существует никаких доминантных критериев. В настоящем анализе четыре решетки не имеют доминантных критериев.

Дальнейший анализ основывался на экспертной оценке качества ПСВ или состояния проектов. Для того чтобы сделать различные решетки сопоставимыми, расстояния, отделяющие состояния ПСВ от идеального

проекта, откладывались на шкале так, что ноль соответствовал худшему (гипотетическому) проекту, а единица соответствовала идеальному проекту.

Каждая решетка содержала информацию по трем различным ПСВ, оцененным по восьми критериям. Это определило 861 индивидуальное значение, которые были использованы для оценки значимости категорий критериев. Был рассчитан коэффициент корреляции Спирмана для составления рейтинга различных критериев и оценки ценности проекта. Если критерий был отрицательным (например, недостаток какой-либо важной характеристики), знак оценки менялся на обратный.

Различные категории включали в себя различное количество отдельных критериев и, таким образом, непосредственное сравнение коэффициентов корреляции было не-

надежным. Чтобы решить эту проблему, категории сравнивались на основе  $p$ -значения, связанного с коэффициентом корреляции. Величина  $p$  зависела как от числа критериев (размера выборки), так и от абсолютного значения коэффициента корреляции. Если  $p$ -значения были сходны (или были меньше 0,0001), для сравнения критериев использовалось абсолютное значение коэффициента корреляции, которое было рассчитано по  $z$ -методу. В оценке критериев использовался нижний доверительный интервал критериев корреляции. Анализ выполнялся для четырех уровней агрегации критериев.

Все расчеты выполнялись в программе SAS версия 8.2 (SAS Institutes, Inc., г. Кэри, штат Северная Каролина), в соответствии с алгоритмами, описанными Плавинским (2006 г.). Расчеты расстояний делались в программе DISTANCE macro (SAS Institutes).

## Результаты

Контент-анализ 287 критериев, определенных экспертами в ходе заполнения 36 решеток, привел к 36 категориям, объединенным в девять внутренних и семь внешних групп переменных процесса. Переменные конечных результатов не делились на категории. Два критерия не были классифицированы. Подробное описание критериев, в соответствии с главными категориями классификации, дано в таблице 6.

Большинство (96,8%) критериев, использованных экспертами, было показателями процесса, иллюстрирующими, что эксперты не рассматривали показатели конечных результатов как главный фактор эффективности ПСВ. Это, возможно, объясняется тем, что на конечные результаты могут влиять много факторов, внешних по отношению к ПСВ. Тем не менее, шесть из вышеупомянутых показателей конечных результатов включали в себя снижение числа новых слу-

чаев ВИЧ среди клиентов ПСВ и снижение числа случаев вирусного гепатита. В одном случае переменная конечного результата получилась доминантным критерием оценки. В целом внешние переменные использовались экспертами в 19,2% всех случаев, в то время как внутренние переменные — в 78,1%.

Внешние переменные, имевшие максимальное число индивидуальных критериев, — это финансирование (4,5%) от центральной и местных администраций и государственная поддержка (4,9%). Обычно эти критерии назывались «поддержка местной администрации» или «признание проекта на местном и государственном уровне». Возможно, что причина, по которой «финансирование» не заняло первого места в рейтинге, составленном экспертами, заполнявшими решетки, заключается в том, что выборка ПСВ в первую очередь включала в себя тех, у кого

Таблица 6. Категории критериев, использованных для оценки эффективности ПСВ

	№ критериев	% всех критериев
<b>1. Переменные конечных результатов*</b>	<b>6</b>	<b>2,1%</b>
<b>2. Переменные процесса</b>	<b>279</b>	<b>97,2%</b>
<b>2.1. Внутренние показатели проекта</b>	<b>224</b>	<b>78,1%</b>
2.1.1. Клиенты	34	11,9%
2.1.1.1. Факторы проекта, влияющие на контакты	1	0,4%
2.1.1.2. Факторы клиентов, влияющие на контакты	2	0,7%
2.1.1.3. Доступ к целевым группам	15	5,2%
2.1.1.4. Доверительные отношения с представителями целевых групп	6	2,1%
2.1.1.5. Знания о ПСВ среди представителей целевых групп	4	1,4%
2.1.1.6. Другое	6	2,1%
2.1.2. Сотрудники	47	16,4%
2.1.2.1. Потребители наркотиков среди сотрудников	6	2,1%
2.1.2.2. Опытный персонал	2	0,7%
2.1.2.3. Профессионализм персонала	13	4,5%
2.1.2.4. Число сотрудников в проекте	5	1,7%
2.1.2.5. Обучение персонала	5	1,7%
2.1.2.6. Синдром «сгорания» среди персонала	5	1,7%
2.1.2.7. Другое	11	3,8%
2.1.3. Организационный климат	41	14,3%
2.1.3.1. Зарплата персонала	4	1,4%
2.1.3.2. Мотивация персонала	10	3,5%
2.1.3.3. Другое	27	9,4%
2.1.4. Организационные и материально-технические вопросы	21	7,3%
2.1.4.1. Наличие и работа мобильных пунктов обмена игл	8	2,8%
2.1.4.2. Наличие и работа стационарных пунктов обмена игл	4	1,4%
2.1.4.3. Наличие и качество печатных материалов	5	1,7%
2.1.4.4. Другое	4	1,4%
2.1.5. Предоставление дополнительных услуг	42	14,6%
2.1.5.1. Социальные услуги	3	1,0%
2.1.5.2. Медицинские услуги	23	8,0%
2.1.5.3. Другое	16	5,6%
2.1.6. Охват	23	8,0%
2.1.7. Коммуникация и отчетность	2	0,7%
2.1.8. Менеджмент и управление	14	4,9%
2.1.8.1. Планирование в соответствии со стадиями эпидемии	2	0,7%
2.1.8.2. Сильное лидерство	8	2,8%
2.1.8.3. Другое	4	1,4%
<b>2.2. Внешняя среда</b>	<b>55</b>	<b>19,2%</b>
2.2.1. Внешние факторы, влияющие на доступ к услугам	2	0,7%
2.2.2. Социальная среда (мнения общественности и административных властей)	11	3,8%
2.2.3. Финансирование	13	4,5%
2.2.3.1. Государственная/бюджетная финансовая поддержка	6	2,1%
2.2.3.2. Неуказанные источники финансирования	7	2,4%
2.2.4. Поддержка со стороны правительства (местного и федерального)	14	4,9%
2.2.5. Отношения с милицией	6	2,1%
2.2.6. Отношения с учреждениями здравоохранения	7	2,4%
2.2.7. Другое	2	0,7%

\* Переменные конечных результатов: высокая эффективность профилактики ВИЧ; умеренная эффективность профилактики ВИЧ; уменьшение ВИЧ/СПИД и употребления наркотиков, снижение распространенности ВИЧ среди клиентов ПСВ, отсутствие случаев инфицирования ВИЧ в результате рискованных инъекционных практик среди клиентов снижения вреда; сокращение числа случаев вирусного гепатита.



уже было долговременное устойчивое финансирование. Этот критерий не был уместным в большинстве случаев для того, чтобы разделить две ПСВ от третьей.

Внутренние переменные были поделены на переменные, связанные с взаимодействием с клиентами (важнейшим было, имел ли проект доступ к целевой группе), качествами сотрудников (был ли персонал профессиональным, опытным и имел ли возможности для обучения), охватом целевой группы, качеством коммуникации и отчетности, качеством менеджмента и атмосферой внутри ПСВ.

Среди внутренних переменных, наиболее часто употребляемой была атмосфера внутри ПСВ, которая включала в себя такие факторы, как мотивация персонала проекта, размер заработной платы и другие характеристики, такие как способности к инновациям, гибкость в различных ситуациях, хорошая работа в команде, организованность коллектива и возможности оказания поддержки персоналу. Все эти факторы вносят свой вклад в устойчивость проекта.

Среди наиболее важных факторов было отмечено наличие мобильных пунктов обмена игл. Местоположение и количество стационарных пунктов обмена игл также упоминались как критерий оценки.

Много внимания эксперты уделили услугам, предоставляемым программами снижения вреда. Наиболее часто упоминались критерии, относившиеся к медицинским услугам. Среди этих критериев: диагностические возможности, доступ к антиретровирусной терапии, наличие врачей, которым ПИН могут доверять, широкий спектр медицинских услуг, оказываемых клиентам ПСВ. В среднем, примерно один из семи критериев, использованных экспертами (14,6%), относился к доступности услуг. Поэтому практически каждый эксперт упомянул доступ к услугам в репертуарной решетке.

Интересно, что несмотря на распространенное мнение о важности такого фактора, как менеджмент проекта, ему было уделено не так много внимания. Сильное лидерство было отмечено только в 2,8% всех случаев, менее одной четвертой решеток. Некоторые эксперты упомянули интересный критерий — планирование ПСВ должно зависеть от стадии эпидемии ВИЧ.

В то же время из-за большого числа критериев, используемых экспертами, было важно идентифицировать те, которые наиболее важны для оценки ПСВ. Это было достигнуто с помощью двух подходов: (1) идентификации доминантных критериев для каждой репертуарной решетки и (2) идентификации категорий корреляционных критериев с точным значением, данным каждому проекту экспертами.

Как видно по таблице 7, был 41 доминантный критерий (у четырех решеток не было доминантных критериев и у девяти — было по два доминантных критерия), и только один из них относился к показателям конечных результатов. Большая группа доминантных критериев (четверть всех критериев) была из категории взаимоотношений с клиентами (подгруппа 2.1.1), что подчеркивает важность хорошего доступа к ПИН и хорошим отношений с целевой группой. Восемь критериев были из категории, относящейся к сотрудникам (подгруппа 2.1.2), подчеркивая важность защиты квалифицированных сотрудников от «сгорания». Шесть критериев относились к организационному климату в коллективе проекта (подгруппа 2.1.3) и широте выбора услуг, оказываемых проектом (подгруппа 2.1.5). Другие переменные, такие как хорошие отношения внутри коллектива, поддержка персонала, открытость инновациям и организованность коллектива проекта, были названы доминантными критериями. Эксперты определили, что должен предоставляться широкий спектр услуг, включая различные диагностические возможности и вторичный обмен шприцев высокого

Таблица 7. Доминантные критерии для каждой решетки (ПСВ среди гражданского населения)

Номер решетки	Главные критерии (коэффициент Баннистера)	Коэффициент Баннистера*	Интенсивность решетки**	Тип критерия
13	Отсутствие случаев инфицирования ВИЧ в результате рискованных инъекционных практик среди клиентов СВ	543	3572	1.
17	Высокий спрос со стороны ПИН	440	2681	2.1.1.2
23	Взаимодействие с целевой группой	537	3830	2.1.1.2
32	Низкая посещаемость пункта обмена игл	553	3764	2.1.1.3
31	Хороший доступ к ПИН	656	5054	2.1.1.3
27	Отсутствие контакта с целевой группой	370	2325	2.1.1.3
10	Хорошие отношения с целевой группой	444	2785	2.1.1.4
24	Хорошие отношения с целевой группой	466	2923	2.1.1.4
36	Доверие к ПСВ со стороны ПИН	483	3226	2.1.1.4
14	Клиенты следуют модели безопасного поведения	475	2896	2.1.1.6
35	Клиенты толпой идут в ПОИ	444	2720	2.1.1.6
8	Высокий профессионализм сотрудников	581	3974	2.1.2.3
22	Хорошие «равные» консультанты	484	3075	2.1.2.3
31	Достаточное число аутрич-работников	656	5054	2.1.2.4
25	Недостаток возможностей обучения	587	4050	2.1.2.5
26	Высокий показатель синдрома «сгорания» среди сотрудников	533	3476	2.1.2.6
20	Компетентный аутрич	397	2610	2.1.2.7
27	Низкая текучесть кадров	370	2325	2.1.2.7
21	Хорошие отношения с другими административными органами	541	3448***	2.1.2.7
6	Идея снижения вреда поддерживается персоналом	578	3978	2.1.3.2
18	Мотивация персонала	223	1348	2.1.3.2
5	Хорошие отношения внутри коллектива	523	3430	2.1.3.3
19	Поддержка персонала	498	3264	2.1.3.3
23	Открытость инновациям	537	3830	2.1.3.3
34	Организованный коллектив проекта	284	1879	2.1.3.3
15	Нет расписания контактов сотрудников с клиентами	211	1303	2.1.4.4
1	Широкий диапазон диагностических процедур, доступных для клиентов	518	3332	2.1.5.2
11	Низкое качество медицинских услуг для целевой группы	560	3740	2.1.5.2
16	Система социальной и медицинской поддержки для клиентов	390	2265	2.1.5.2
3	«Голый» обмен игл	607	4279	2.1.5.3
7	Хороший вторичный обмен	296	1703	2.1.5.3
4	Предоставление дополнительных услуг	626	4609	2.1.5.3
17	Широкий охват ПИН	440	2681	2.1.7
4	Широкий охват	626	4609	2.1.7
2	Активность руководителя	444	2907	2.1.9.2
28	Государственное финансирование	394	2777	2.2.3.1
15	Финансирование соответствует объему услуг	211	1303	2.2.3.2
25	Признание эффективности проекта на региональном и государственном уровнях	587	4050	2.2.4
2	Хорошие контакты с властями	444	2907	2.2.4
33	Хорошие отношения с властями	378	2103	2.2.4
21	Хорошая аутрич-работа	541	3448***	2.2.7

\* Коэффициент Баннистера — это сумма коэффициентов квадратов ранговой корреляции данного конструкта со всеми другими конструктами, умноженная на 100. Чем выше коэффициент Баннистера, тем сильнее данный конструкт ассоциируется с другими конструктами. Максимальное значение коэффициента Баннистера для конструкта в восьмиконструктовой решетке равно 700 (семь коэффициентов корреляции с максимальным значением  $1 \cdot 100$ ). Соответственно, чем ближе коэффициент Баннистера приближается к этому значению, тем более «значительным» он является, в том смысле, что знание значения этого конструкта предусматривает прогнозирование значения других конструктов и общего значения элементов. «Значительные» конструкты с большей вероятностью влияют на суждения о качестве проекта.

\*\* Интенсивность решетки показывает, насколько хорошо все конструкты коррелируют друг с другом и есть ли конструкты, имеющие низкий уровень корреляции (показывающий, что они измеряют различные аспекты эффективности). Максимальное значение интенсивности для восьмиконструктовой решетки равно 56 000 (восемь конструктов с максимальным коэффициентом Баннистера). Такая высокая величина означает, что, зная значения для одного конструкта, можно точно предсказать значения других конструктов, допуская, что эти конструкты фактически не отличаются от первого. Такие решетки называются «слитыми», подразумевая, что все выявленные конструкты — это различные ярлыки для одного и того же лежащего в основе критерия.

\*\*\* Одним из экспертов было использовано только семь критериев, вместо требуемых восьми.

уровня качества. Также было отмечено, что наличие только «голового» обмена шприцев должно считаться плохим качеством.

Таким образом, список, представленный в таблице 7, отражает общую структуру критериев, использованных экспертами, и процентное распределение различных категорий, которое не отличается существенно от таблицы 6. Если все критерии рассматриваются как полный набор критериев, которыми пользуются эксперты, то возникает вопрос, можем ли мы рассматривать доминантные критерии как случайную выборку из популяции всех критериев. В этом случае набор этих критериев должен быть включен в 95%-ный доверительный интервал (таблица 8). Как видно из таблицы 8, почти все процентные значения критериев входят в доверительный интервал. Единственное исключение — подгруппа 2.1.1, где это значение не включено в доверительный интервал. Было проанализировано 10 подгрупп, и предполагалось, что в двух случаях это значение окажется за пределами 95% доверительного интервала чисто случайно. Для подгруппы 2.1.1 процентное значение входило в 99%-ный доверительный интервал (9,7%–45,2%), означая, что эксперты не обозначили никакой подгруппы, поскольку она содержала важнейшие критерии оценки.

Поскольку подход, основанный на доминантных критериях, не в состоянии показать, какая категория критериев важнее для оценки ПСВ, был применен второй подход, направленный на измерение влияния категорий критериев на ценность проекта.

Как описано в разделе материала и методов, этот подход основан на применении репертуарной решетки в качестве инструмента оценки. Предполагалось, что критерии, использованные экспертами в каждой решетке, будут использованы для многомерной оценки проектов. Ценность каждого проекта была рассчитана как простое расстояние между исследуемым проектом и гипотетическим эталонным проектом (проектами). Расстояние в этом случае измерялось между фактическим проектом и идеальным проектом. Все решетки, за исключением одной, худшего эталонного проекта, были дальше от идеального проекта. Для того чтобы сделать значения проектов сопоставимыми, они были расставлены на шкале так, чтобы расстояние между идеальным и худшим проектами было равно единице.

Поскольку 25 решеток было заполнено экспертами, знакомыми только с одной ПСВ,

можно было проанализировать видение экспертами будущего развития проектов. Анализ показал, что все случаи, кроме двух, были довольно оптимистичными. Эксперты полагали, что в будущем проекты будут совершеннее, чем сейчас, и что они даже вплотную приблизятся к идеальному проекту. Для всех 25 проектов среднее значение в прошлом составляло 0,20 ( $SD = 0,18$ ), что указывает на то, что большинство проектов начинали как относительно слабые проекты. Сейчас проекты стали намного лучше (среднее значение 0,45,  $SD = 0,21$ ) и станут еще лучше в будущем (среднее значение 0,77,  $SD = 0,26$ ). Исключение составляют два эксперта-пессимиста, которые полагают, что определенный ПСВ сейчас хуже, чем он был в прошлом, и в будущем ситуация не улучшится, ведет к некоторому улучшению значений для проектов в настоящем (среднее значение 0,46,  $SD = 0,21$ ) и в будущем (0,82,  $SD = 0,21$ ). Но это значение отражает, что оно не менялось в прошлом (среднее значение 0,20,  $SD = 0,19$ ). Один эксперт считает, что сейчас проект работает лучше, чем в прошлом, но в будущем он будет работать хуже. Важно отметить, что такой пессимистический прогноз относительно будущего данного проекта не был подтвержден другими экспертами, оценивавшими тот же проект. Еще два эксперта полагали, что в будущем положение этого проекта мало изменится.

Всего 17 экспертов (68%) считают, что проекты движутся от плохого состояния в прошлом к улучшению в настоящем и к еще большему улучшению в будущем. Три эксперта (12%) считают, что в настоящем проекты работают хуже, чем они работали в прошлом, но в будущем их работа улучшится. Пять экспертов были более пессимистичны в отношении будущего: четыре считали, что в будущем проекты останутся на том же уровне или станут хуже, несмотря на то, что

**Таблица 8. Процентное распределение доминантных критериев**

Подгруппа	% всех доминантных критериев (95%CI <sup>70</sup> )	% всех критериев <sup>71</sup>
1	2,4% (0,06%–12,9%)	2,1%
2.1.1	24,4% (12,4%–40,3%)	12,1%
2.1.2	19,5% (8,8%–34,9%)	16,7%
2.1.3	14,6% (5,6%–29,2%)	14,6%
2.1.4	2,4% (0,06%–12,9%)	7,5%
2.1.5	14,6% (5,6%–29,2%)	14,9%
2.1.6	4,9% (0,6%–16,5%)	8,2%
2.1.7	0% (0%–8,6%)	0,7%
2.1.8	2,4% (0,06%–12,9%)	5,0%
2.2	14,6% (5,6%–29,2%)	19,6%

сейчас они работают лучше, чем в прошлом. В то же время пятый эксперт полагал, что проекты деградировали с самого начала.

Для трех городов, включенных экспертами в репертуарную решетку, можно было рассчитать значимые средние значения. Это было возможно потому, что было более чем по два эксперта, оценивающих эти города. Для ПСВ в Балаково ( $n = 9$ ) прошлое состояние проекта было обозначено как плохое (среднее значение 0,10,  $SD = 0,07$ ), в настоящем эксперты нашли его намного лучшим (среднее значение 0,57,  $SD = 0,19$ ) и выразили уверенность, что в будущем данный проект достигнет успеха (среднее значение 0,87,  $SD = 0,27$ ). Псковский проект, согласно мнению экспертов, тоже прогрессировал, и будет продолжать это и в будущем (три эксперта, значение прошлого 0,30,  $SD = 0,05$ , значение настоящего 0,56,  $SD = 0,10$ , значение будущего 0,94,  $SD = 0,05$ ). Та же тенденция была отслежена для ПСВ в Воронеже (четыре эксперта, значение прошлого 0,10,  $SD = 0,08$ , значение

<sup>70</sup> «Точный» доверительный интервал, опубликованный в Documenta Geigy Scientific Tables, шестое издание (Базель, 1962 г.).

<sup>71</sup> Процент суммы всех переменных итогов и процесса.

настоящего 0,38,  $SD = 0,18$ , значение будущего 0,83,  $SD = 0,13$ ). Интересно отметить, что настоящее состояние ПСВ в Воронеже было оценено хуже по сравнению с балаковской и псковской ПСВ. Казанская ПСВ была оценена, как не претерпевшая никаких существенных изменений (три эксперта, значение прошлого 0,22,  $SD = 0,06$ , значение настоящего 0,31,  $SD = 0,15$ , значение будущего 0,35,  $SD = 0,24$ ). Стоит отметить, что, глядя на значения казанской и балаковской ПСВ, кажется, что Балаково работает лучше, однако прямое сравнение, сделанное одним из экспертов, показывает, что в Казани проект работает лучше, чем в Балакове (соответственно значения 0,44 и 0,29). Это особо подчеркивает тот факт, что у экспертов имеются разные субъективные мнения об известных им проектах, а некоторые из них более оптимистичны, чем другие.

Сравнивая различные города, три эксперта не нашли разницы между идеальными и реально существующими проектами (в двух случаях это касалось Санкт-Петербургского проекта, а в одном случае – псковского), и в одном случае – между худшим возможным проектом и проектом в Нижнем Новгороде. Во всех случаях разные эксперты давали сходные сравнительные оценки различным программам, хотя точные величины были различны из-за разного отношения экспертов к понятию идеального проекта.

Три города оценивались тремя или более экспертами. Проектом с самым высоким рейтингом был Санкт-Петербургский (семь экспертов, среднее значение 0,71,  $SD = 0,24$ ). Казанский проект был оценен несколько хуже (три эксперта, среднее значение 0,46,  $SD = 0,30$ ), а вологодский проект получил худшую оценку из трех (три эксперта, среднее значение 0,17,  $SD = 0,14$ ). Интересно отметить, что значение для казанского проекта было близко к значению, данному экспертами, оценивавшими прогресс этого проекта в период его работы. В обоих случаях

было признано, что проект находится посередине между самым худшим и самым лучшим возможными проектами (соответственно 0,46 и 0,31).

Большое количество индивидуальных значений и их разбросанность сделали возможным изучение ответа на вопрос, какие критерии являются наиболее точными в предсказании экспертами успехов или неудач конкретного проекта. Чтобы сделать это, была рассчитана корреляция между рейтингами, присвоенными экспертами каждому критерию, и конечными значениями для программы. Коэффициенты корреляции рассчитывались отдельно для каждой категории критериев. Расчеты были построены как для трехуровневых, так и для четырехуровневых категорий.

Не существует строгого правила относительно того, какие критерии должны называться важными или не важными. Ясно, однако, что критерии должны основываться на том, как хорошо они предсказывают значения, приданные конкретному проекту (с коэффициентом корреляции), и насколько надежна оценка коэффициента корреляции. Как было указано в разделе материалов и методов,  $r$ -значение коэффициента корреляции зависит как от величины коэффициента корреляции, так и от размера выборки. Последнее также является индикатором надежности популяционной оценки коэффициента корреляции. Соответственно,  $r$ -значение может использоваться в качестве одного из показателей, прогнозирующего способности критериев. Проблема, требующая решения, возникает, когда размер выборки становится относительно большим (более 30 пар критерий – значение), по мере того, как  $r$ -значение становится менее чувствительным к изменениям в коэффициенте корреляции. Поэтому применялся второй подход, основанный на расчете нижнего значения 95% доверительного интервала коэффициента корреляции. Ширина доверительного интервала также зависит

Таблица 9. Анализ относительной значимости критериев успешности для гражданских ПСВ

Категории критериев	R	LCIR	P	N	Значимость p-метод z-метод	
1. Переменные конечного результата	0,5982	0,1822	0,0087	18		
2.1. Внутренние процессы проекта						
<b>2.1.1. Клиенты</b>	<b>0,48619</b>	<b>0,3222</b>	<b>0,0001</b>	<b>102</b>	<b>5</b>	<b>4</b>
<b>2.1.2. Сотрудники</b>	<b>0,50939</b>	<b>0,3757</b>	<b>0,0001</b>	<b>141</b>	<b>3</b>	<b>2</b>
2.1.3. Организационный климат	0,44654	0,292	0,0001	122		
2.1.4. Вопросы структуры и логистики	0,45841	0,2376	0,0002	63		
<b>2.15. Оказание дополнительных услуг</b>	<b>0,49516</b>	<b>0,3506</b>	<b>0,0001</b>	<b>126</b>	<b>4</b>	<b>3</b>
<b>2.1.7. Охват</b>	<b>0,51696</b>	<b>0,3193</b>	<b>0,0001</b>	<b>69</b>	<b>2</b>	<b>5</b>
2.1.8. Коммуникация и отчетность	0,37187	-0,63	0,4679	6		
2.1.9. Менеджмент	0,38536	0,0922	0,0117	42		
2.2. Внешняя среда						
2.2.1. Внешние факторы, влияющие на доступ к услугам	-0,08827	-0,84	0,8679	6		
<b>2.2.2. Социальная среда (мнение общественности и официальных лиц администрации)</b>	<b>0,69353</b>	<b>0,4597</b>	<b>0,0001</b>	<b>33</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2.2.3. Финансирование	0,26054	-0,074	0,1249	36		
2.2.4. Поддержка со стороны правительства (местного и федерального)	0,39542	0,104	0,0095	42		
2.2.5. Отношения с милицией и наркологическими центрами	0,18643	-0,307	0,4589	18		
2.2.6. Отношения с учреждениями здравоохранения	0,40371	-0,034	0,0695	21		
2.2.7. Другое	0,77621	-0,096	0,0695	6		

от размера выборки, но его расположение значительно более чувствительно к изменениям в коэффициенте корреляции и, таким образом, должно быть более информативно в тех случаях, когда присутствует относительно большое количество пар критериев — значение. Нижний доверительный предел рассчитывался по z-методу Фишера в силу необходимости анализа коэффициентов корреляции, которые могут быть близки к единице. Результаты анализа трехуровневых категорий представлены в таблице 9.

Как показано в таблице, применение обоих методов указывает на одну группу из пяти, как наиболее значимую для успешности. На самый верх, согласно обоим подходам, попадает подгруппа 2.2.2 — благоприятная

социальная среда. Так, все эксперты полагают, что хорошая среда с наличием хороших отношений со средствами массовой информации, межведомственным взаимодействием, меньшей степенью стигматизации в отношении ПИН и политической поддержкой существенно важна для успеха ПСВ. Не менее 25% вариативности в рейтингах программ объясняется этими факторами.

Второе место, в соответствии с z-методом, и третье, в соответствии с p-методом, отводится хорошим сотрудникам. Опытные, хорошо обученные, имеющие знания из первых рук о наркосцене, в хорошей психологической форме, в достаточном для потребностей проекта количестве сотрудники, имеют основное значение для успеха проекта.

Таблица 10. Анализ относительной значимости критериев успеха ПСВ, с разбивкой на категории

Категории критериев	R	LCIR	P	N	Значимость p-метод z-метод	
1. Переменные конечных результатов*	0,598	0,182	0,0087	18		
2.1 Внутренние процессы проекта						
2.1.1. Клиенты						
2.1.1.1. Факторы проекта, влияющие на контакты	1			3		
2.1.1.2. Факторы клиентов, влияющие на контакты	0,794	-0,048	0,059	6		
2.1.1.3. Доступ к целевым группам	0,326	0,036	0,0287	45		
2.1.1.4. Доверительные отношения с членами целевых групп	0,564	0,131	0,0149	18		
<b>2.1.1.5. Знание о ПСВ среди членов целевых групп</b>	<b>0,764</b>	<b>0,339</b>	<b>0,0038</b>	<b>12</b>		<b>5</b>
2.1.1.6. Другое	0,607	0,195	0,0076	18		
2.1.2. Сотрудники						
2.1.2.1. Потребители наркотиков среди сотрудников	0,401	-0,082	0,0996	18		
<b>2.1.2.2. Опытный персонал</b>	<b>0,912</b>	<b>0,387</b>	<b>0,0112</b>	<b>6</b>		<b>3</b>
2.1.2.3. Профессионализм персонала	0,339	0,027	0,0345	39		
2.1.2.4. Количество сотрудников в проекте	0,661	0,225	0,0073	15		
2.1.2.5. Обучение персонала	0,618	0,155	0,014	15		
2.1.2.6. Синдром «сгорания» у персонала	0,505	-0,01	0,0548	15		
<b>2.1.2.7. Другое</b>	<b>0,664</b>	<b>0,415</b>	<b>0,0001</b>	<b>33</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
2.1.3. Организационный климат						
2.1.3.1. Зарплата персонала	0,438	-0,181	0,1541	12		
2.1.3.2. Мотивация персонала	0,502	0,174	0,0047	30		
<b>2.1.3.3. Другое</b>	<b>0,448</b>	<b>0,253</b>	<b>0,0001</b>	<b>80</b>	<b>5</b>	
2.1.4. Вопросы структуры и логистики						
2.1.4.1. Наличие и активность мобильного пункта обмена игл	0,335	-0,079	0,1098	24		
2.1.4.2. Наличие и активность стационарного пункта обмена игл	0,702	0,215	0,0109	12		
2.1.4.3. Наличие и качество печатных материалов	0,4	-0,142	0,1401	15		
2.1.4.4. Другое	0,734	0,276	0,0066	12		
2.1.5. Предоставление дополнительных услуг						
2.1.5.1. Социальные услуги	0,04	-0,641	0,9183	9		
<b>2.1.5.2. Медицинские услуги</b>	<b>0,559</b>	<b>0,372</b>	<b>0,0001</b>	<b>69</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
2.1.5.3. Другое	0,4	0,131	0,0048	48		
<b>2.1.7. Охват</b>	<b>0,517</b>	<b>0,319</b>	<b>0,0001</b>	<b>69</b>	<b>4</b>	
2.1.8. Коммуникация и отчетность	0,372	-0,63	0,4679	6		
2.1.9. Менеджмент и управление						
2.1.9.1. Планирование в соответствии со стадиями эпидемии	0,647	-0,347	0,165	6		
2.1.9.2. Сильное лидерство	0,274	-0,145	0,195	24		
2.1.9.3. Другое	0,428	-0,193	0,1648	12		
2.2. Внешняя среда						
2.2.1. Внешние факторы, влияющие на доступ к услугам	-0,09	-0,84	0,8679	6		
<b>2.2.2. Социальная среда (мнение общественности и официальных лиц администрации)</b>	<b>0,694</b>	<b>0,46</b>	<b>0,0001</b>	<b>33</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2.2.3. Финансирование						
2.2.3.1. Государственная/бюджетная финансовая поддержка	0,229	-0,321	0,4112	15		
2.2.3.2. Неуказанные источники финансирования	0,402	-0,036	0,0712	21		
2.2.4. Поддержка со стороны правительства (местного и федерального)	0,395	0,104	0,0095	42		
2.2.5. Отношения с милицией и наркологическими службами	0,186	-0,307	0,4589	18		
2.2.6. Отношения с учреждениями здравоохранения	0,404	-0,034	0,0695	21		
2.2.7. Другое	0,776	-0,096	0,0695	6		

\* Переменные конечных результатов: высокая эффективность профилактики ВИЧ; умеренная эффективность профилактики ВИЧ; сокращение ВИЧ/СПИДа и потребления наркотиков, сокращение числа инфицирования ВИЧ среди клиентов ПСВ, отсутствие случаев инфицирования ВИЧ в результате рискованных инъекционных практик среди клиентов снижения вреда; сокращение заболеваемости вирусным гепатитом.

Около 11% вариабельности рейтингов могут быть отнесены на счет различий в факторах, касающихся сотрудников. Третьей важнейшей категорией критериев стал спектр услуг, оказываемых проектом.

Также интересно отметить те факторы, которые не получили оценки как важнейшие. Государственная поддержка и финансирование были сочтены менее важными, чем социальное окружение, что подчеркивает тот факт, что для хорошего функционирования ПСВ одних только финансов недостаточно, и, для того, чтобы получить хороший проект, требуется массовая кампания, направленная на изменения в общественном восприятии СВ. Отношения с милицией и учреждениями здравоохранения также не были включены в число важнейших факторов. Это, по-видимому, связано с тем, что там, где существует положительное отношение со стороны социального окружения, у проекта также налажены и хорошие отношения с милицией и учреждениями здравоохранения, а в случае, если общественное мнение противостоит проекту снижения вреда, успешные отношения со здравоохранением и милицией менее вероятны.

Среди внутренних факторов был признан важным климат внутри организации, однако он не занял верхнего места в списке. Вероятно, это произошло потому, что некоторые из факторов, относящихся к организационному климату, попали в подкатегорию, посвященную сотрудникам. Хороший менеджмент и управление также не вошли в число факторов, считающихся критически важными для успеха проекта. Это не значит, что эксперты сочли хороший менеджмент неактуальным для успеха снижения вреда, они просто использовали другой подход: «По плодам их узнаете их»<sup>72</sup>. Хорошие менеджеры организуют процесс так, чтобы у проекта были хорошие сотрудники, хорошие отношения с клиентами, и, следовательно,

но, его качество будет измеряться по итогам работы менеджера.

Важно отметить, что такой критерий, как высокий охват целевой группы, хотя и не находится во главе списка ни по какому методу, тем не менее, играет значительную роль в том, что рассматривается экспертами как хороший проект.

Более подробный анализ важности критериев успеха по четырехуровневым категориям представлен в таблице 10.

Как представлено в таблице, хорошая социальная среда сохранила первое место среди критериев успеха как по р-методу, так и по z-методу. Второе место отошло подгруппе «другое» в категории, посвященной сотрудникам. Эта подгруппа включала такие факторы, как «мобильность коллектива», «активный персонал», «понимание персоналом важности деятельности снижения вреда», «способность медицинских работников работать с целевыми группами», «низкий уровень текучести персонала», «хорошая аутрич-команда» и «низкая текучесть кадров в аутрич-команде». «Опытный персонал» по z-методу был определен как важный критерий, но не попал во главу списка по р-методу (хотя некоторые эксперты и указали его, другие не считают его особо важным). Еще один критерий, попавший во главу списка по обоим методам, — это доступность медицинских услуг для ПИН в рамках ПСВ.

Другими важными критериями (по двум методам) являются знания о ПСВ среди ПИН, факторы корпоративного климата, такие как хорошие отношения внутри коллектива, четкая организация работы, скоординированная работа и позитивный рабочий климат, то есть все гигиенические факторы Эрцберга, а также уровень охвата проектом целевой группы.

<sup>72</sup> Евангелие от Матфея, 7 : 16.



## Методика репертуарной решетки: особенности тюремных ПСВ

ПСВ для заключенных оценивались с помощью репертуарной решетки пятью экспертами. Все эксперты оценивали один проект в каждом из трех его состояний – прошлом, настоящем и будущем.

Эксперты выработали 40 критериев успеха/неудачи, которые могут быть объединены в несколько основных категорий (таблица 11).

Как показано в таблице, только один эксперт упомянул критерий конечного результата проекта, а именно сокращение рецидивизма. Все остальные критерии относились к процессу запуска и функционирования программы снижения вреда для заключенных. Эти критерии были поделены на внешние факторы, связанные с окружающей средой, в которой проект работает, и внутренние факторы, относящиеся к организации и функционированию проекта, а также к персоналу, занятому в проекте.

Внешние факторы далее подразделялись на «людские» факторы – администрация, персонал тюрьмы и сами заключенные. В каждом пятом критерии упоминалась роль тюремной администрации, например, знание администраторами ПСВ, их понимание проблем, связанных с ВИЧ, и отсутствие отрицания проблемы наркотиков в тюрьме; все это, в конечном итоге, необходимо для поддержки ПСВ – что отмечалось четверьмя из пяти экспертов. Положительная реакция со стороны тюремного персонала отмечалась двумя экспертами, один из которых привлек внимание к необходимости информирования тюремного персонала о мерах безопасности. Три критерия относились к самим заключенным и подчеркивали, что для успеха проекта заключенные должны быть проинформированы

**Таблица 11. Категории критериев для оценки эффективности тюремных ПСВ**

	№ критериев	% всех критериев
1.1. Конечные результаты	1	2,50%
2.1. Внешние факторы	17	42,50%
2.1.1. Персонал и заключенные	13	32,50%
2.1.1.1. Администрация	8	20,00%
2.1.1.2. Персонал	2	5,00%
2.1.1.3. Заключенные	3	7,50%
2.1.2. Нетюремные организации	2	5,00%
2.1.3. Финансирование	2	5,00%
2.2. Внутренние факторы	22	55,00%
2.2.1. Доступ к услугам	3	7,50%
2.2.2. Оказываемые услуги	7	17,50%
2.2.3. Сотрудник	5	12,50%
2.2.4. Организация	5	12,50%
2.2.5. Другое	2	5,00%

о ПСВ, должны быть заинтересованы в данных программах и оказывать им поддержку.

Дополнительные внешние критерии относились к финансовым вопросам (необходимость иметь достаточное финансирование ПСВ, предпочтительно за счет государства) и роли НПО и нетюремных организаций, чье участие в усилиях по снижению вреда в местах лишения свободы рассматривалось экспертами как весьма важное.

В то же время большое число критериев относилось к функционированию самого проекта, а именно к широкому спектру услуг, предоставляемых в рамках проекта (участие различных специалистов, доступ специалистов из гражданского сектора к заключенным и социальная адаптация как компонент снижения вреда). В целом нужно

отметить, что, несмотря на признание широкого спектра оказываемых услуг важным набором критериев для оценки ПСВ как в среде гражданского населения, так и среди заключенных, эксперты были более точны в отношении природы услуг в проектах для гражданского населения по сравнению с проектами для заключенных. Эксперты по тюремным проектам в основном говорили о комплексности и, как следствие, выражали негативное мнение об изолированности тюремного населения от услуг, предоставляемых в гражданском секторе. Для них широкий спектр услуг означает такой же спектр услуг, который предоставляется клиентам ПСВ вне мест лишения свободы.

Почти каждый эксперт упомянул важность для проекта его сотрудников, которые долж-

ны быть мотивированы и иметь высокую квалификацию. Один эксперт отметил, что низкий образовательный уровень аутрич-работников снижает эффективность ПСВ.

Чтобы подход к снижению вреда был успешным, он должен быть инновационным, современным и хорошо спланированным. Логистика проекта должна быть лучше организована в целях достижения успешности проекта.

Все эти критерии могут играть, а могут и не играть существенную роль в реальных проектах. Чтобы ответить на вопрос об относительной значимости критериев, сначала были рассчитаны доминантные конструкции по всем пяти решеткам (таблица 12).

**Таблица 12. Доминантные критерии для каждого интервью с использованием репертуарной решетки для тюремных ПСВ**

Номер решетки	Критерии	Коэффициент Баннистера	Интенсивность решетки	Тип критерия
1	Отсутствие рецидивизма	223,8	1186	1
2	Отсутствие информации о ПСВ у тюремной администрации	602,8	4303	2.1.1.1
3	Достаточная протяженность	502,8	3203	2.2.1
1	Позитивная мотивация	223,8	1186	2.2.3
4	Реализация основных положений политики контроля за наркотиками	572	3901	2.2.4
5	Новые формы и методы работы	341,1	1731	2.2.4

Как показано в таблице, в пяти решетках было шесть доминантных критериев. Был всего один критерий конечного результата, который доминировал в одной решетке вместе с позитивной мотивацией в проекте. Один доминантный критерий относился к информации, предоставляемой тюремной администрации (для того чтобы проект был успешным, тюремная администрация должна иметь полную информацию о природе ПСВ и о том, как они работают). Один критерий относился к доступу к услугам — проект

должен иметь достаточную протяженность. И, наконец, два доминантных конструкта относились к организации работы проекта, которая должна быть основана на полной реализации политики контроля за наркотиками, а также должна быть инновационной для того, чтобы добиться успеха.

К сожалению, из-за небольшого количества решеток невозможно определить, на самом ли деле доминантные критерии были важными или они являются просто слу-

чайной выборкой популяции критериев, как это было в случае с доминантными критериями проектов для гражданского населения.

Чтобы ответить на этот вопрос, был применен второй подход, для того чтобы оценить проекты и рассчитать корреляцию между оценками проектов и критериями.

Таким образом, эксперты по тюремным проектам были более пессимистичны в отношении будущего тюремных ПСВ по сравнению с гражданскими проектами. Два из пяти экспертов предсказали улучшение работы проектов в будущем, два сочли, что ситуация ухудшится, и один эксперт выразил мнение, что ситуация улучшится, но подчеркнул крайне неудовлетворительное сегодняшнее состояние.

Медианное<sup>73</sup> значение для прошлого состояния тюремных проектов составило 0,099, это означает, что в среднем их состояние бы-

ло лишь чуть лучше, чем полный провал. В настоящее время их медианное значение составляет 0,447. В будущем, по мнению эксперта, это значение будет чуть больше – 0,646 – но все еще ближе к средней точке между самым лучшим и худшим проектами.

В таблице 13 показано, что одни и те же критерии занимают первое место как по r-методам, так и по z-методам. На первом месте находится набор критериев, относящихся к доступу к услугам, включая высокую степень охвата, достаточную продолжительность и доступность для всех заключенных. В общем, это означает, что важнейшим критерием успеха тюремного проекта является демонстрация того, что он «реальный», обладает достаточной продолжительностью и обеспечивает доступ ко всем заключенным, которые в нем нуждаются.

Анализ решетки, содержащей критерии доступности или «широкого охвата», был выполнен посредством визуальной фокусировки

Таблица 13. Анализ сравнительной значимости критериев успеха ПСВ

	R	LCIR	p	N	p-метод	z-метод
1.1 Конечные результаты	0,866		0,333	3		
2.1 Внешние факторы	0,201	0,201	-0,079	0,158		
2.1.1. Персонал и заключенные	0,097	-0,225	0,557	39		
2.1.1.1. Администрация	-0,08	-0,469	0,707	24		
2.1.1.2. Персонал	0,393	-0,615	0,441	6		
2.1.1.3. Заключенные	0,656	-0,014	0,055	9	4	4
<b>2.1.2. Нетюремные организации</b>	<b>0,828</b>	<b>0,05</b>	<b>0,042</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>2.1.3. Финансирование</b>	<b>0,414</b>	<b>-0,599</b>	<b>0,414</b>	<b>6</b>		
2.2. Внутренние факторы	0,317	0,317	0,081	0,01		
<b>2.2.1. Доступ к услугам</b>	<b>0,841</b>	<b>0,424</b>	<b>0,005</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>2.2.2. Оказываемые услуги</b>	<b>0,482</b>	<b>0,064</b>	<b>0,027</b>	<b>21</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
2.2.3. Сотрудники	0,237	-0,313	0,394	15		
2.2.4. Организация	0,21	-0,338	0,452	15		
2.2.5. Другое	0,406	-0,605	0,425	6		

<sup>73</sup> В силу малого количества значений и существенного их разброса для тюремного проекта было решено рассчитывать не средние, а срединные значения.

и показал, что этот критерий тесно связан с такими конструктами, как «поддержка со стороны тюремной администрации», «поддержка со стороны заключенных» и «существующие правовые рамки». Это означает, что эксперт полагает, что существующие правовые рамки ведут к приятию ПСВ тюремной администрацией, что, в сочетании с мотивацией заключенных, приводит к широкому охвату заключенных программой снижения вреда.

Что касается критерия, выбранного вторым экспертом, — доступность — он плохо соотносился с другими критериями, будучи больше связанным с позитивной мотивацией к снижению вреда и критерием конечного результата — отсутствием рецидивизма.

Второе место занял набор критериев, относящихся к широкому спектру предоставляемых услуг. Стоит отметить, что в гражданских проектах спектр предоставляемых услуг также оценивался среди высших критериев успешности. Это также добавляет «реальности» проекту, когда он стремится предоставить тот же уровень услуг, что и в проектах для гражданского населения.

Последнее, третье место было отдано связям тюремных проектов с внешними не-

правительственными организациями и другими организациями, обеспечивающими непрерывность заботы о клиентах ПСВ.

Интересно, что, несмотря на частое упоминание поддержки администрации тюрем в качестве критерия успеха, при анализе корреляции рейтингов получается, что поддержка тюремной администрации создает небольшую разницу между более или менее успешными проектами. Вероятно, это определяется тем фактом, что поддержка тюремной администрации необходима в первую очередь для получения разрешения на начало реализации ПСВ, а уже после того как проект начал работать, она мало влияет на его успех.

Кроме того, получается, что финансовые вопросы и рабочая атмосфера внутри проекта менее важны для успеха проекта, чем профессионализм персонала проекта.

Подводя итог, можно сказать, что тюремная ПСВ наиболее успешна, если она позволяет заключенным иметь доступ к схожему спектру услуг, который предоставляется на свободе, и если обеспечивается непрерывность услуг после освобождения.



## Заключение

Как мы продемонстрировали в обзоре литературы, определение концепции передового опыта является недостаточно четким и часто состоит из совокупности целей и деятельности, необходимой для их осуществления. Кроме того, сама по себе концепция снижения вреда все еще является противоречивой и не получила широкого признания. Хотя основная часть литературы по этому вопросу предполагает наличие для ее реализации эпидемиологических данных и связанных с обеспечением прав человека оснований, культурная приемлемость и проблемы практического осуществления часто вызывают озабоченность. Хотя и существуют свидетельства в поддержку того взгляда, что СВ имеет ряд достижений в Российской Федерации, осуществление этой стратегии в нашей стране все еще довольно ограничено. ПСВ достигали успеха в различной степени, что непосредственно подводит нас к предмету данного документа — передовому опыту в снижении вреда.

Как показал анализ полуструктурированных интервью, большинство ПСВ показывают, что первоначальное недоверие и недопонимание в отношении этого подхода в основном преодолены, по крайней мере, в успешных регионах. История развития СВ в России может рассматриваться как в общем успешная, и на общественное мнение было оказано положительное влияние. Лица, ответственные за принятие решений, прошли эволюцию в своем отношении к деятельности СВ, начав с отрицания или осторожности, постепенно сместившись в сторону

идеалистической веры в СВ, как в панацею, и, наконец, вместе с некоторыми из респондентов, придя к реалистической оценке этой стратегии. Прошедшие этот путь, понимают проблемы практического осуществления стратегии и считают, что существует необходимость дальнейшего изучения программ, для того, чтобы удостовериться в их эффективности.

Вопросы финансирования привлекли достаточное внимание как в интервью, так и при применении методики репертуарной решетки. Они получили второе место в рейтинге по репертуарной решетке. К сожалению, когда внешние доноры снижали свое финансирование, наблюдались тревожные тенденции к закрытию ПСВ без достаточной поддержки или софинансирования из местных источников. В то же время среди большинства лиц, принимающих решения, согласившихся участвовать в исследовании, существует ясное понимание того, что СВ помогает, до некоторой степени, удерживать под контролем эпидемию в нашей стране.

Очень важная роль у Федеральной службы по контролю за незаконным оборотом наркотиков и других правоохранительных органов. Например, недавние изменения в большинстве регионов привели к появлению так называемой закрытой наркосцены, предполагающей, что продажа наркотиков больше не происходит на улицах, но осуществляется на дому и через личные контакты, что значительно затрудняет привлечение потребителей наркотиков в ПСВ.

Хотя на руководящем уровне правоохранительных органов, как правило, не наблюдается сильного сопротивления стратегии СВ, младший состав на улицах зачастую враждебен к ПИН и аутрич-работникам во многих регионах.

Среди респондентов наблюдался консенсус в отношении того, что чрезмерное регулирование представляет собой угрозу успешной реализации программ. Технологии СВ должны быть гибкими и требовать постоянной модификации. Не нужно рассматривать СВ как поваренную книгу, а отработанные повседневные методы не могут долго работать без каких-либо изменений. В дополнение к открытию новых проектов в новых местах должно быть проявлено больше гибкости; необходимо предоставить больше автономии ПСВ, работающим на протяжении длительного времени и накопившим большой опыт. Это позволит опробовать инновационные методики и использовать большую степень гибкости в перераспределении функций и средств. По предложению респондентов, ПСВ должны подвергаться тщательному и постоянному мониторингу и оценке, менее ясно, однако, каковы способы решения этой проблемы. Прозвучало предложение насчет полезности выработки отдельных наборов критериев для «новых» и «старых» проектов. Показатели для первой группы могли бы, в первую очередь, основываться на показателях обмена шприцев, в то время как для второй группы — на улучшении эпидемиологической ситуации.

Отношение ПИН было вполне положительным, хотя нужно признать, что в данном исследовании интервью были взяты только у клиентов ПСВ. Они воспринимали ПСВ как почти единственные организации, которые не были к ним неблагоприятно настроены. Были затронуты некоторые вопросы, касающиеся значимости и качества материалов, предоставляемых клиентам ПСВ; однако, как выяснилось, они были довольно быстро решены.

В то время как внутренние факторы в основном были связаны с характеристиками персонала и руководства, внешние факторы, по большей части, выглядели более значимыми и были связаны с финансированием, поддержкой со стороны властей и правоохранительных органов, а также со спецификой местной наркосцены. Местоположение пунктов и маршрутизация обмена шприцев, так же как тип организации, реализующей проект (т.е. НПО или государственные организации), виделись респондентам менее важными.

Анализ репертуарных решеток подтвердил, что, по мнению респондентов, факторы успеха гражданских ПСВ преимущественно относятся к социальной окружающей среде. Согласно результатам, полученным в ходе применения этой методики, если общественное мнение складывается положительно или нейтрально по отношению к ПСВ и ПИН вообще, то проект имеет больше шансов стать успешным. Явное отсутствие такого внешнего притяжения приводит к затруднениям при запуске и осуществлении проекта. И наоборот, роль внешних факторов была минимальной в реализации тюремных ПСВ, поскольку эти программы существуют в относительно изолированной и контролируемой среде, при этом намного больше власти концентрируется в руках должностных лиц.

Для привлечения значительного количества ПИН и налаживания успешной деятельности в рамках проекта очень важно предоставлять ПИН как можно более широкий спектр услуг, кроме простого обмена шприцев. В первую очередь, услуги должны быть ориентированы на здоровье — от широкого набора диагностических возможностей до лечения. Вовлечение активных и бывших ПИН в качестве аутрич-работников или рекрутеров также называлось в числе важных факторов, несмотря на проблемы, возникающие от того, что сотрудники могут быть наркозависимы. Программы СВ для заключенных имеют свои особен-

ности, связанные с меньшим спектром оказываемых услуг (например, обмен шприцев нелегален в пенитенциарной системе).

Хорошо обученный, мотивированный и опытный персонал рассматривался как незаменимый критерий для достижения проектом успеха, что подтверждается результатами полуструктурированных интервью и применения методики репертуарных решеток. Услуги должны предоставляться командой людей, связанных хорошими рабочими отношениями. Для каждого участника проекта должны быть созданы хорошие рабочие

условия, а члены целевой группы должны обладать информацией о существовании ПСВ. Если все эти элементы соблюдены, охват ПИН проектом и показатели успеха проекта также получают больше шансов быть удовлетворительными. В результате применения полуструктурированных интервью выяснилось, что для многих проектов СВ удержание персонала становится все более и более проблематичным, поскольку недавний экономический рост в России поднял средние доходы населения, в то время как зарплата сотрудников проекта стала менее привлекательной.



## Основные выводы

- Для организации, внедряющей программы СВ в гражданских условиях, внешняя среда более важна, чем внутренние процессы. В связи с этим ПСВ должны вкладывать больше усилий в изменение восприятия обществом ПСВ.
- Более широкий спектр услуг, предоставляемых ПСВ, даже без прямого воздействия на эпидемию ВИЧ, привлекает клиентов и мотивирует персонал, который, в противном случае, эмоционально «сгорает» и устает от простого обмена игл.
- Определенные виды вмешательства СВ (например, обмен шприцев в тюрьмах, заместительная терапия и т. д.) сейчас нередко вызывают открытое неприятие. Их реализация в России вряд ли будет осуществима в ближайшем будущем, так как большинство сотрудников ПСВ и лиц, принимающих решения, не готовы обсуждать даже возможность их внедрения.
- Проектами СВ должно регулярно проводиться обучение сотрудников правоохранительных органов, с учетом высоких показателей текучести среди милиционеров младшего звена и их возможностей по сильному сопротивлению профилактическим мероприятиям в ПСВ.
- Закрытая наркосцена создает новые препятствия для работы ПСВ, что в целом требует усиления работы по дальнейшему распространению и вовлечению активных ПИН в оказание эффективных и ориентированных на клиента услуг СВ.
- Местоположение ПСВ чаще не рассматривалось в качестве важного аспекта, и многие респонденты выражали сомнения относительно целесообразности мобильных пунктов обмена. Работа аутрич-работников представляется важнейшей в СВ.
- Существует потребность в легализации и формализации статуса аутрич-работников, поскольку их положение, обучение, профессиональные обязанности и возможности развития неясны и неофициальны.
- Очень важно обеспечить координацию профилактической работы гражданских и тюремных ПСВ, учитывая высокий уровень перемещения ПИН между тюремным и гражданским сообществами.
- Для повышения эффективности деятельности ПСВ может понадобиться больше гибкости со стороны финансирующих учреждений и организаций в смысле адаптации бюджета к реальным нуждам на местах, в целях расширения возможностей удержания лучших кадров и предотвращения излишней формализации процедур.
- Очень важно развивать усилия, направленные на институционализацию СВ в России, включая укрепление общих правовых рамок его реализации, формализацию статуса аутрич-работников и обеспечение интеграции гражданских и тюремных проектов. Снижение вреда должно стать неотъемлемой частью государственной стратегии профилактики ВИЧ-инфекции в России.





# Приложения

## Приложение 1 Вопросник

### ■ Здравствуйте!

Открытый Институт Здоровья проводит исследование, призванное улучшить понимание роли, места и факторов успешности программ снижения вреда. Результаты исследования помогут усовершенствовать меры, направленные на противодействие эпидемии ВИЧ в России. Мы считаем, что Вы можете послужить ценнейшим источником информации для этого исследования, и хотели бы взять у Вас интервью. Это не займет более 40 минут. Для нас крайне важна Ваша откровенность, поэтому интервью является конфиденциальным. Вся полученная в ходе интервью информация будет использоваться в обобщенной и деперсонифицированной (то есть без указания имен) форме, и сотрудники проекта, которые будут анализировать полученные данные, не будут о Вас ничего знать. Мы бы хотели записать Ваше интервью на диктофон. Кассета будет отправлена в Москву, затем стенографисты подготовят стенограмму интервью, таким образом аналитики даже при минимальной вероятности того, что вы встречались, не смогут идентифицировать Вас и по голосу. Вы имеете право отказаться от участия в исследовании сейчас или в любой момент во время исследования, а также можете не отвечать на любой из вопросов в ходе интервью. Пожалуйста, подтвердите Ваше согласие на интервью. Согласны ли Вы на то, чтобы записать интервью на диктофон?

### ■ Пол респондента

### ■ Примерный возраст

■ Позиция человека, с которым проводится интервью (сотрудник ведомства, программы, клиент), и организация, которую он представляет

### ■ Регион

### ■ Расскажите об истории Вашего взаимодействия с программами снижения вреда?

(Наводящие вопросы: слышали о ней, работали в ней, поддерживали ее, являлись клиентом; как долго, каким образом?)

■ Менялось ли Ваше отношение к стратегии снижения вреда с момента знакомства с идеей и по сегодняшний день? Каким образом?

■ По вашему мнению, эффективно ли работае(ю)т программа(ы) снижения вреда, с которой(ыми) Вы знакомы?

■ Каковы основные достижения программы (или программ) снижения вреда, с которыми Вы знакомы?

■ Каковы основные неудачи снижения вреда?

■ Как Вы считаете, каким образом можно было бы оценивать эффективность работы программ снижения вреда, как отличить успешную программу от неуспешной?

■ Как Вы считаете, удалось ли той (тем) программе(ам) снижения вреда, с которой(ыми) Вы знакомы, достичь успехов в противодействии эпидемии ВИЧ? Каковы наиболее достоверные подтверждения этого? (запросить копии, в случае ссылок на документы)

■ Какие внешние факторы (государственные службы, население, медицинская общественность, наркомафия) влияют на работу программы снижения вреда? Каким образом и кто оказывает наибольшее влияние? Кто оказывает негативное, а кто, по Вашему мнению, позитивное влияние? Почему?

■ Изменилось ли отношение различных ведомств, населения, клиентов, медиков к программе снижения вреда? Что этому способствовало? Какова была роль программы снижения вреда в формировании общественного отношения к методике снижения вреда и к наркопотребителям?

■ Как Вы считаете, каковы были главные факторы, позволившие достичь успехов в работе по снижению вреда? (внешние факторы, внутренние факторы)

■ Каковы были главные факторы, повлекшие неудачи в работе по снижению вреда? (внешние факторы, внутренние факторы)

■ Какими характеристиками должна обладать программа снижения вреда, чтобы достичь успеха? (Наводящие вопросы: роль личности, активный руководитель, общительный и обаятельный человек, продвигающий снижение вреда, квалифицированный персонал, мотивированный персонал, наличие команды, отсутствие конфликтов, наличие средств, хорошо прописанные процедуры деятельности, удачное географическое расположение, длительная история работы программы, привлечение потребителей или бывших потребителей в качестве равных сотрудников, обучение равных консультантов в УИС для работы с осужденными, база на основе СПИД-центра или на базе НГО).

■ Каковы должны быть внешние условия для того, чтобы программа могла эффективно работать? (Наводящие вопросы: отношение Госнарконконтроля, мэра или вице-мэра, губернатора, медиков, департамента здравоохранения, милиции, наркологов, СПИД-центра; органов УИС; наличие окрепшего НГО-движения, разнообразных источников финансирования)

■ Каким образом влияет на успешность деятельности программ снижения вреда ситуация с наркопотреблением и с эпидемией ВИЧ в регионе?

■ Какие факторы, по Вашему мнению, важнее: внешние или внутренние?

■ Как Вы считаете, насколько и чем важна роль следующих ведомств и сообществ для деятельности программ снижения вреда:

НГО	Накродиспансер
СПИД-центр	Донорские организации
Милиция	Госнарконконтроль
Органы УИС	Население, средства массовой информации
Торговцы наркотиками	Аутрич-работники (для гражданских проектов СВ)
Осужденные	Равные консультанты (для тюремных проектов)
Потребители наркотиков (клиенты СВ и неклиенты СВ)	

■ С кем бы Вы порекомендовали поговорить по данному вопросу?

## Приложение 2

### Репертуарная решетка, тип 1. Самозаполняемый опросник для респондентов, обладающих опытом работы не менее чем с тремя проектами

Название организации \_\_\_\_\_  
 ФИО (по желанию) \_\_\_\_\_

**САМОЗАПОЛНЯЕМЫЙ ОПРОСНИК** Код (для интервьюера) \_\_\_\_\_

*Цель опросника* – выяснить, на основании чего Вы оцениваете качество проектов СВ и/или проектов по профилактике ВИЧ в УИС.

Отметьте галочкой Проект СВ или Проект по профилактике ВИЧ в УИС, в зависимости от того, экспертом по каким проектам Вы являетесь.

Проект СВ

Проект по профилактике ВИЧ в УИС

Данный опрос проводится в отношении трех проектов СВ и/или проектов по профилактике ВИЧ в УИС, которые наиболее хорошо знакомы эксперту. Эти проекты мы обозначим П1, П2 и П3. Мы просим эксперта указать, какой проект он будет считать проектом под номером 1, какой – под номером 2 и какой – под номером 3. *Если Вы являетесь руководителем или сотрудником проекта СВ и/или проекта профилактики ВИЧ в УИС, то Вы НЕ МОЖЕТЕ оценивать свой проект по данной схеме.*

П1 \_\_\_\_\_ П2 \_\_\_\_\_ П3 \_\_\_\_\_

Кроме того, мы просим эксперта представить себе наиболее удачный проект СВ (обозначим его ИП – идеальный проект) и проект, который не выполняет своей задачи (ПП – Плохой Проект), *ИП, ПП – виртуальные проекты.*

Теперь мы просим эксперта представить себе три проекта в соответствии с приведенной ниже схемой (для первой строки таблицы надо себе представить идеальный проект, проект под номерами 1 и 2). Какие ДВА из этих трех проектов больше похожи друг на друга и отличаются от третьего? Поставьте галочки в тех двух кружочках, которые похожи друг на друга.

Теперь мы просим эксперта ответить на вопрос, а чем эти два проекта похожи друг на друга и отличаются от третьего? Какое у них есть общее свойство? Запишите общее для них свойство в крайнем левом столбце. В крайнем правом столбце укажите антипод этого свойства, т. е. как можно описать тот, третий проект, у которого этого свойства нет.

Теперь мы просим эксперта заполнить аналогичным образом всю таблицу:

Полюс «галочек»	Идеальный проект	П1	Плохой проект	П2	П3	Полюс «без галочки»
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

Теперь мы просим эксперта скопировать в приведенную ниже на этой странице таблицу содержимое крайней левой и крайней правой колонок таблицы, которую он только что заполнил (скопировать свойства проектов). Там, где стояли «галочки», проставьте, пожалуйста, цифру 5, там, где остался незаполненный кружочек, – 1.

*Помните*, что 1 НЕ означает низкую оценку, так же, как и 5 НЕ означает высокую оценку. 1 и 5 используются просто для обозначения полюса оценки.

Теперь мы просим эксперта представить себе те проекты, которые не были использованы для характеристики данного свойства проекта (например, для первой строки это будут Плохой Проект и Проект за номером 3). Насколько каждый из этих проектов обладает тем свойством, которое описано в данной строке? Оцените по 5-балльной шкале, с учетом того, что 1 балл был выставлен проекту, обладающему свойством-«антиподом».

Теперь мы просим эксперта заполнить таким образом всю решетку.

Полюс «галочек»	Идеальный проект	П1	Плохой проект	П2	П3	Полюс «без галочки»

Мы благодарим Вас за сотрудничество!

## Приложение 3.

### Репертуарная решетка, тип 2. Самозаполняемый опросник для респондентов, обладающих опытом работы только с одним проектом

Название организации \_\_\_\_\_  
 ФИО (по желанию) \_\_\_\_\_

#### САМОЗАПОЛНЯЕМЫЙ ОПРОСНИК

Код (для интервьюера) \_\_\_\_\_

*Цель опросника* – выяснить, на основании чего Вы оцениваете качество проектов СВ и/или проектов по профилактике ВИЧ в УИС.

Отметьте галочкой Проект СВ или Проект по профилактике ВИЧ в УИС, в зависимости от того, экспертом по каким проектам Вы являетесь.

Проект СВ

Проект по профилактике ВИЧ в УИС

Данный опрос проводится в отношении проекта СВ, который хорошо знаком эксперту на протяжении длительного периода времени. Мы просим эксперта вспомнить, каким был проект в начале его деятельности или в первые 6 месяцев после первого знакомства эксперта с проектом. Это состояние проекта обозначено в таблице буквами ПО (Проект, время 0). Затем мы просим эксперта подумать о том, как выглядит проект сейчас. Это состояние обозначаем буквами ПН (Проект в Настоящем). Затем мы просим эксперта спрогнозировать, что будет с проектом через 1,5–2 года. То, как он, с точки зрения эксперта, будет выглядеть, обозначим буквами ПБ (Проект в Будущем). Мы просим думать о каждом состоянии проекта так, как будто бы они были независимыми друг от друга индивидуальными проектами. Кроме того, мы просим эксперта представить себе наиболее удачный проект СВ (обозначим его ИП – идеальный проект) и проект, который не выполняет своей задачи (ПП – Плохой Проект), *ИП, ПП – виртуальные проекты.*

ПО, ПН, ПБ (укажите название проекта и город, в котором он реализуется) \_\_\_\_\_

*Обратите внимание,* что Проект в Будущем (ПБ) это не то, каким ДОЛЖЕН стать этот проект, а Ваша экспертная оценка того, каким, скорее всего, будет проект через 1–2 года, учитывая меняющуюся общую ситуацию в стране, в регионе, с ВИЧ/СПИДом, финансированием программ и политической ситуацией.

Теперь мы просим эксперта представить себе три проекта в соответствии с приведенной ниже схемой (для первой строки таблицы надо себе представить идеальный проект, проект в начале его деятельности и проект в настоящее время – ИП, ПО и ПН). Какие ДВА из этих трех проектов больше похожи друг на друга и отличаются от третьего? Поставьте галочки в тех двух кружочках, которые похожи друг на друга.

Теперь мы просим эксперта ответить на вопрос, а чем эти два проекта похожи друг на друга и отличаются от третьего? Какое у них есть общее свойство? Запишите общее для них свойство

в крайнем левом столбце. В крайнем правом столбце укажите антипод этого свойства, т. е. как можно описать тот, третий проект, у которого этого свойства нет.

Теперь мы просим эксперта заполнить аналогичным образом всю таблицу:

Полюс «галочек»	Идеальный Проект	Проект, время 0	Плохой проект	Проект в Настоящем	Проект в Будущем	Полюс «без галочки»
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

Теперь мы просим эксперта скопировать в приведенную ниже на этой странице таблицу содержимое крайней левой и крайней правой колонок таблицы, которую он только что заполнил (скопировать свойства проектов). Там, где стояли «галочки», проставьте, пожалуйста, цифру 5, там, где остался незаполненный кружочек – 1.

*Помните*, что 1 НЕ означает низкую оценку, так же как и 5 НЕ означает высокую оценку. 1 и 5 используются просто для обозначения полюса оценки.

Теперь мы просим эксперта представить себе те проекты, которые не были использованы для характеристики данного свойства проекта (например, для первой строки это будут Плохой Проект и Проект в Будущем (ПП и ПБ). Насколько каждый из этих проектов обладает тем свойством, которое описано в данной строке? Оцените по 5-бальной шкале, с учетом того, что 1 балл был выставлен проекту, обладающему свойством-«антиподом».

Теперь мы просим эксперта заполнить таким образом всю решетку.

Полюс «галочек»	Идеальный Проект	Проект, время 0	Плохой проект	Проект в Настоящем	Проект в Будущем	Полюс «без галочки»

Мы благодарим Вас за сотрудничество!

## Приложение 4

### Описание методики репертуарной решетки

*Методика репертуарной решетки* — это метод, разработанный в рамках теории персональных конструктов (ТПК). ТПК, в свою очередь, заключается в том, что каждый человек организует свое восприятие внешнего мира в соответствии с рядом заданных шаблонов, которые формируются в течение его жизни. Метод репертуарной решетки был предложен Джорджем Келли (George Kelly) в 1955 году. Келли утверждал: «Процессы, происходящие в человеке, психологически направляются таким образом, как он предвидит события». Другими словами, человек пытается распознавать поток чувственных ощущений, подгоняя их под шаблоны, именуемые конструктами. *Человек видит то, что ожидает увидеть. Если результаты действия, предпринятого на основе данной системы конструктов, не проходят проверку действительностью, человек меняет свои конструкты.*

Поскольку конструкты формируются в течение всей жизни человека, каждая персональная система конструктов уникальна, что создает ситуацию, в которой каждый человек видит мир по-разному. Это влечет за собой важные последствия для исследования экспертных мнений, полученных с помощью вопросников и интервью, так как различные эксперты могут описывать одинаковые критерии эффективности различными словами и, наоборот, — использовать различные слова как синонимы для одного и того же конструкта. В то же время, чем более схожи происхождение, биографические данные и опыт двух людей, тем более похожи их системы конструктов.

Сам Келли проводил различия в понимании действительности различными людьми:

**Личность:**

*«Люди отличаются друг от друга тем, как они истолковывают события».*

**Общность:**

*«В той степени, в какой человек использует толкования опыта, сходные с теми, которыми пользуется другой человек, его психологические процессы сходны с процессами этого другого человека».*

**Общество:**

*«В той степени, в которой человек истолковывает процессы интерпретации другого человека, он может играть роль в социальных процессах, вовлекающих другого человека».*

Таким образом, существование общей реальности (общность) позволяет изучать мнения группы экспертов.

В связи с тем, что мы не можем непосредственно наблюдать, как различные люди интерпретируют мир, появляется потребность в методике выявления их конструктов. Человеку предлагают несколько объектов<sup>74</sup> и спрашивают, какие объекты различны и какие сходны.

Затем его просят назвать, в чем заключается разница между ними. Затем просят определить два полюса конструкта, например, «хорошее-плохое» или «сладкое-кислое». Эта идентификация второго полюса важна, потому что она помогает интервьюеру понять смысл конструкта. Согласно ТПК, человек находит отличия между объектами потому, что один соответствует определенному шаблону (конструкту), а другой – нет. Посредством повторяющегося предложения различных комбинаций объектов одной категории теоретически можно выявить всю систему конструктов человека. Эта методика называется интервью на основе репертуарных решеток.

В то же время человек может использовать один и тот же конструкт для вынесения суждения о различных комбинациях объектов, и таким образом появляется необходимость понять, действительно ли у человека есть система различных конструктов, или у него только один конструкт (в случае оценки различных объектов – «интуитивное чувство»), обладающий несколькими названиями.

Этого человека просят расставить все объекты, которые были использованы для идентификации конструкта, по шкале от единицы до пяти в соответствии с их близостью к тому или иному полюсу конструкта. Затем заполненная решетка подвергается различным манипуляциям, которые помогают количественно определить «сходство» извлеченных конструктов<sup>75</sup>. Один подход заключается в расчете коэффициентов ранговой корреляции между всеми парами конструктов, а затем – расчете коэффициента Баннистера (сумма квадратов коэффициентов корреляции) и коэффициента интенсивности (сумма всех коэффициентов Баннистера). Чем ближе коэффициент интенсивности к максимуму для данного размера решетки, тем менее вариабельна его или ее система конструктов и выше вероятность того, что он или она просто используют различные названия для одного четкого критерия.

Методика репертуарных решеток пока в основном используется в клинической и педагогической психологии, но наблюдается и растущий интерес к ее применению при обучении и повышении квалификации сотрудников, анализа содержания работы, описания работы и выполнения оценок. Репертуарная решетка часто используется в качественной фазе исследований рынка с целью определения тех способов, которыми потребители истолковывают те или иные продукты и услуги. В здравоохранении метод репертуарных решеток используется в основном для выявления предпочтений пациентов относительно различных режимов лечения и часто используется в медицинском образовании.

<sup>74</sup> Именуемых в методике репертуарной решетки «элементами».

<sup>75</sup> Существует несколько других методов исследования системы конструктов, а именно решетка сопротивления (человека просят сравнить два конструкта и указать, какой из них важнее) и импликационная решетка (человека просят ответить, что произойдет с другим конструктом, если первый изменит полярность). Эти методы не применялись в данном исследовании из-за того, что их применение требует много времени (при восьми конструктах решетка сопротивления требует 28 сравнений, а для выполнения метода импликационной решетки нужно задействовать 56 сравнений).