

АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ
за результатами
соціологічного дослідження
«Оцінка чисельності груп
високого ризику інфікування ВІЛ
в Україні»
станом на 2009 рік

Київ 2010

Авторський колектив:

**Г.О. Берлева, консультант відділу моніторингу та оцінки
МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», аналітик компанії «Touchpoll Ukraine»;**

К.В. Думчев, спеціаліст з ВІЛ/СНІД/ЗПСШ профілактики, Бюро ВООЗ в Україні;

**Ю.В. Кобища, медичний фахівець Програми з ВІЛ/СНІД, Бюро ВООЗ в Україні,
кандидат медичних наук;**

**В.І. Паніотто, генеральний директор Київського міжнародного інституту соціології,
професор факультету соціології Національного університету «Києво-Могилянська академія»,
доктор філософських наук;**

**Т.В. Петренко, керівник відділу кількісних досліджень
Київського міжнародного інституту соціології, магістр соціології;**

**Т.О. Салюк, менеджер відділу моніторингу та оцінки
МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»;**

**І.А. Шваб, спеціаліст відділу моніторингу та оцінки
МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»**



Investing in our future

The Global Fund

To Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria

Дослідження здійснено за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Підтримка профілактики ВІЛ та СНІД, лікування та догляд для найуразливіших верств населення в Україні»

Викладені у даній публікації думки й точки зору є думками й точками зору авторів і не можуть розглядатися як думки або точки зору Глобального фонду для боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією. Глобальний фонд для боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією не брав участі в узгодженні або затвердженні як безпосередньо опублікованого матеріалу так і можливих висновків, що впливають з нього.

The views described herein are the views of this institution, and do not represent the views or opinions of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis & Malaria, nor is there any approval or authorization of this material, express or implied, by The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis & Malaria.

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

вул. Димитрова, 5, корпус 10А, 03680, Київ, Україна

Тел.: (044) 490-54-85

Факс: 044) 490-54-89

E-mail: office@aidsalliance.org.ua

<http://www.aidsalliance.org.ua>

ПОДЯКИ

Автори вдячні американським дослідникам за консультації та допомогу в опануванні методу «The network scale-up»:

- Харві Рассел Берnard,** емерітус/ заслужений професор антропології, Університет Флориди, США;
- Крістофер Маккарті,** ад'юнкт-професор, директор з дослідницького центру, Університет Флориди, США;
- Метью Дж. Салганік,** доцент департаменту соціології, Принстонський університет, США.

Автори висловлюють також щиру подяку українським експертам, консультантам дослідження та членам міжвідомчої робочої групи з питань моніторингу і оцінки ефективності виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, без участі та допомоги яких дослідження не було б можливим:

- Ольга Балакірева,** Інститут економіки та прогнозування НАН України, Український інститут соціальних досліджень ім. О. Яременка;
- Андрій Бова,** Державний науково-дослідний інститут МВС України;
- Анатолій Бондаренко,** ВБО «Час життя плюс»;
- Лариса Бочкова,** Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом;
- Ольга Варецька,** МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»;
- Сергій Дворяк,** Український інститут досліджень політики щодо громадського здоров'я;
- Ганна Довбах,** МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»;
- Костянтин Думчев,** Бюро ВООЗ України;
- Тарас Карасійчук,** ГО «Гей-Альянс»;
- Максим Касянчук,** ГО «Донбас-СоцПроект»;
- Зорян Кісь,** ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»;
- Лідія Козуб,** Державна соціальна служба України для сім'ї, дітей та молоді;
- Юрій Круглов,** Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом;
- Олександр Лавренов,** Touchpoll Ukraine;
- Віолета Марциновська,** Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом;

**Ірина Мішина,
Володимир Миколенко,
Марина Мурашова,**

**Станіслав Науменко,
Олена Нечосіна,**

Олег Семерик,

**Жанна Пархоменко,
Наталія Погоріла,
Марія Резніченко,**

Віней Салдана,

Світлана Сидяк,

**Святослав Шеремет,
Олексій Яременко,**

Всеукраїнська Ліга «Легалайф»;
ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»;
Проект «Врядування з питань ВІЛ/СНІДу»,
ПРООН в Україні;
ГО «Гей-Альянс»;
Німецьке товариство технічного співробітництва (GTZ) в Україні;
Проект Розвитку ВІЛ/СНІД-сервісу в Україні,
що фінансується USAID;
незалежний експерт з питань ВІЛ/СНІДу;
незалежний експерт-аналітик;
Український медичний та моніторинговий центр
з алкоголю та наркотиків МОЗ України;
Об'єднана Програма ООН з питань ВІЛ/СНІДу
(ЮНЕЙДС);
Український медичний та моніторинговий центр
з алкоголю та наркотиків МОЗ України;
ВГО «Гей-Форум України»;
Проект Розвитку ВІЛ/СНІД-сервісу в Україні,
що фінансується USAID.

ЗМІСТ

ВСТУП	7
ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ ОЦІНКИ ЧИСЕЛЬНОСТІ ГРУП НАСЕЛЕННЯ З ВИСОКИМ РИЗИКОМ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ В УКРАЇНІ В 2009 РОЦІ.....	12
МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	15
ОЦІНКА ЧИСЕЛЬНОСТІ ГРУП ПІДВИЩЕНОГО РИЗИКУ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ ТА ГРУП-МІСТКІВ МЕТОДОМ «НАРОЩУВАННЯ СОЦІАЛЬНИХ МЕРЕЖ»	21
РОЗРАХУНКИ ОЦІНОЧНОЇ ЧИСЕЛЬНОСТІ СІН	32
РОЗРАХУНКИ ОЦІНОЧНОЇ ЧИСЕЛЬНОСТІ РКС.....	35
РОЗРАХУНКИ ОЦІНОЧНОЇ ЧИСЕЛЬНОСТІ ЧСЧ.....	39
ОЦІНКИ ЧИСЕЛЬНОСТІ СТАТЕВИХ ПАРТНЕРІВ СІН.....	45
ОЦІНКИ ЧИСЕЛЬНОСТІ КЛІЄНТІВ ЖКС	47
ОЦІНКА ЧИСЕЛЬНОСТІ ЖІНОК – СТАТЕВИХ ПАРТНЕРІВ ЧСЧ.....	49
ОЦІНКА ЧИСЕЛЬНОСТІ ГРУП ПІДВИЩЕНОГО РИЗИКУ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ В ДОНЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ МЕТОДОМ «ЗАГАДАНИЙ ЗНАЙОМИЙ».....	53
ОЦІНКА ЧИСЕЛЬНОСТІ ГРУП ПІДВИЩЕНОГО РИЗИКУ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ ТА ГРУП-МІСТКІВ МЕТОДОМ «КОЕФІЦІЄНТІВ»	56
РОЗРАХУНКИ ОЦІНОЧНОЇ ЧИСЕЛЬНОСТІ СІН	63
РОЗРАХУНКИ ОЦІНОЧНОЇ ЧИСЕЛЬНОСТІ ЖКС.....	68
РОЗРАХУНКИ ОЦІНОЧНОЇ ЧИСЕЛЬНОСТІ ЧСЧ.....	71
РОЗРАХУНКИ ОЦІНОЧНОЇ ЧИСЕЛЬНОСТІ СТАТЕВИХ ПАРТНЕРІВ СІН	74
РОЗРАХУНКИ ОЦІНОЧНОЇ ЧИСЕЛЬНОСТІ КЛІЄНТІВ ЖКС	76
РОЗРАХУНКИ ОЦІНОЧНОЇ ЧИСЕЛЬНОСТІ ЖІНОК – СТАТЕВИХ ПАРТНЕРІВ ЧСЧ.....	79
НАЦІОНАЛЬНА ОЦІНКА СИТУАЦІЇ З ВІЛ/СНІД В УКРАЇНІ, ЗДІЙСНЕНА У 2009 РОЦІ	81
ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПРОВЕДЕННЯ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.....	87
ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНОЇ ТА РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	91
ДОДАТКИ	93
Додаток 1. Дані щодо кількості СІН у розрізі областей та окремих міст	94
Додаток 2. Дані щодо кількості ЖКС у розрізі областей та окремих міст.....	99
Додаток 3. Дані щодо кількості ЧСЧ у розрізі областей та окремих міст.....	103
Додаток 4. Перелік джерел статистичної інформації.....	104

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

RDS	(respondent driven sampling) вибірка, спрямована та реалізована самими респондентами
TLS	(time-location sampling) вибірка обумовлена місцем та часом
Альянс	Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні
АРТ	антиретровірусна терапія
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ДБНОН	Департамент боротьби з незаконним обігом наркотиків МВС України
ДІРСМ	Державний інститут розвитку сім'ї та молоді
ДІТ МВС	Департамент інформаційних технологій МВС України
ЖКС	(жінки комерційного сексу) жінки, які надають сексуальні послуги за плату
ЗМІ	засоби масової інформації
ЗПТ	амісна підтримуюча терапія
ІПСШ	інфекції, що передаються статевим шляхом
КМІС	Київський міжнародний інститут соціології
ЛГБТ-спільнота	спільнота лесбійок, геїв, бісексуалів і трансгендерних людей
ЛЖВС	люди, які живуть з ВІЛ/СНІД
ЛПЗ	лікувально-профілактичні заклади
МВС	Міністерство внутрішніх справ України
МІО	моніторинг та оцінка
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
НУО	неурядові організації
ОВС	органи внутрішніх справ
ООН	Організація Об'єднаних Націй
РКС	(робітники комерційного сексу) чоловіки та жінки, які надають сексуальні послуги за плату
РОЗУ	регіональна оцінка із залученням до участі
СІН	споживачі ін'єкційних наркотиків
СНІД	синдром набутого імунодефіциту
УІСД	Український інститут соціальних досліджень
УОЗ	установи охорони здоров'я
ЧКС	(чоловіки комерційного сексу) чоловіки, які надають сексуальні послуги за плату
ЧСЧ	чоловіки, які мають секс з чоловіками
ЮНЕЙДС	Об'єднана Програма ООН з ВІЛ/СНІДу
ЮНІСЕФ	Дитячий фонд ООН

ВСТУП

Україна є однією з країн Східної Європи, найбільш охоплених епідемією ВІЛ-інфекції/СНІДу. Згідно з останніми офіційними даними, масштаби епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні продовжують зростати, незважаючи на комплекс заходів з протидії її поширенню, які реалізуються в країні. З часу виявлення першого випадку ВІЛ-інфекції в Україні в 1987 році до 2009 року включно офіційно зареєстровано 162 591 випадок інфікування ВІЛ¹. За даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України, на 01.01.2010 р. в країні офіційно перебувають під диспансерним наглядом 101 182 ВІЛ-позитивні особи, серед яких 11 827 особам встановлено діагноз СНІД².

У результаті впровадження широкомасштабних програм антиретровірусної терапії (АРТ) в Україні у 2007 році вперше зареєстровано зниження рівня захворюваності на СНІД (на 3% порівняно з аналогічним показником за 2006 рік), а в 2009 році вперше, порівняно з попереднім роком, зменшилась кількість випадків смерті від хвороб, зумовлених СНІДом (на 2,6%). Незважаючи на це, СНІД залишається серйозною проблемою для України, оскільки на даний період часу все ще неможливо забезпечити доступ до антиретровірусної терапії усім хворим внаслідок її дуже високої вартості.

Основними шляхами інфікування ВІЛ в Україні є статевий (переважно гетеросексуальний) та парентеральний (переважно внаслідок введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом). Статистичні дані засвідчують, що останніми роками в загальній кількості нових випадків зараження ВІЛ спостерігається зменшення питомої частки випадків інфікування внаслідок введення наркотиків ін'єкційним шляхом та збільшення частки випадків зараження статевим шляхом. Однак, необхідно зважати на те, що зменшення питомої частки СНІД серед ВІЛ-інфікованих відзначається на тлі збільшення загальної кількості нових випадків інфікування ВІЛ, оскільки загальна чисельність випадків інфікування серед СНІД за останні 4 роки (2006–2009 роки) практично не змінювалась і коливалась в діапазоні 7 000–7130 осіб. Загалом, за всі роки з моменту виявлення ВІЛ-інфекції в Україні в 1987 році, офіційно зафіксована відносно невелика абсолютна кількість випадків інфікування внаслідок контактів між чоловіками, які практикують одностатевий секс (319 випадків). Однак, останніми роками (починаючи з 2005 року) зростає кількість офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфікування серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками (за останні п'ять років кількість таких випадків зросла майже в 5 разів).

Дані дозорних епідеміологічних досліджень показують³, що епідемія ВІЛ-інфекції в Україні залишається сконцентрованою в групах найвищого рівня ризику інфікування, таких як споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН), робітни-

¹ Оперативна інформація МОЗ України щодо захворювання на ВІЛ/СНІД, січень 2010 року (<http://www.moz.gov.ua/ua/main/icsm/sesinfo/>)

² Інформаційний бюлетень «ВІЛ-інфекція в Україні». – К., 2010.

³ Там само.

ки комерційного сексу (РКС). До груп ризику слід відносити також і чоловіків, які практикують секс із чоловіками (ЧСЧ).

Загальнови́знаним є факт, що офіційна статистика не відображає реальних масштабів епідемії ВІЛ/СНІД в Україні, оскільки вона враховує лише тих людей, у яких була виявлена ВІЛ-інфекція в ході тестування на антитіла до ВІЛ. Зрозуміло, що неврахованою залишається та частка ВІЛ-інфікованих людей, які не проходили тестування і, відповідно, не обізнані щодо свого ВІЛ-позитивного статусу. З метою оцінки реальної ситуації з ВІЛ/СНІД в країні та посилення ефективності відповіді України на епідемію в умовах її концентрованої стадії важливим є отримання точних даних щодо кількості людей, які наразі належать до основних груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ, як на національному рівні, так і на локальному.

Оцінка загальної кількості представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ, як на національному, так і на локальному рівні, є важливим стратегічним ресурсом для подальшого прийняття рішень щодо відповіді на епідемію ВІЛ/СНІД.

Результати оцінки чисельності груп ризику можуть бути використанні в декількох напрямках діяльності, спрямованій на подолання епідемії ВІЛ/СНІД, що можуть бути означені таким чином.

1. Оцінка та прогнозування ситуації щодо ВІЛ/СНІД в країні:
 - розрахунки оціночної чисельності людей, які живуть з ВІЛ/СНІД;
 - прогнозування поширення епідемії ВІЛ/СНІД;
 - оцінка навантаження та можливого масштабу ВІЛ-епідемії у разі, якщо не буде вжито ефективних профілактичних заходів.
2. Ефективне планування, реалізація та оцінка профілактичних програм, розвиток ВІЛ-сервісних організацій⁴:
 - оцінки рівня охоплення цільових груп профілактичними інтервенціями;
 - обґрунтування та визначення кількісних показників розвитку профілактичних програм;
 - розрахунки кошторисів видатків для забезпечення запланованого рівня охоплення цільових груп та придбання необхідної кількості засобів запобігання інфікуванню ВІЛ та виготовлення необхідної кількості інформаційно-освітніх матеріалів;
 - розрахунки витрат на придбання тест-систем для діагностики ВІЛ-інфекції та витрат, пов'язаних з лікуванням та доглядом хворих на ВІЛ/СНІД, соціальним супроводом ВІЛ-інфікованих та членів їхніх сімей;
 - планування розвитку мережі НУО та інших ВІЛ-сервісних структур.
3. Оцінка та планування надання спеціалізованого лікування:
 - визначення обсягу потреб в антиретровірусній терапії (АРТ);
 - розрахунки кількості споживачів ін'єкційних наркотиків (а саме опіатів), які потребують замісної підтримуючої терапії (ЗПТ).
4. Обґрунтування лобювання змін державної політики щодо ВІЛ/СНІД.
5. Розрахунки вибірових сукупностей для проведення поведінкових, епідеміологічних та інших досліджень серед представників груп ризику та загального населення.

⁴ Методичні рекомендації з проведення досліджень для моніторингу відповіді країни на епідемію ВІЛ-інфекції. / О. М. Балакірева, М.Ю. Варбан, Г.В. Довбах та ін.; МБФ «Міжнар. Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». – К. : 2008. – С. 22–23.

За останнє десятиліття в Україні здійснювалася не одна спроба оцінити чисельність груп ризику на локальному рівні.

У 1999–2000 роках було здійснено низку оцінок чисельності жінок, які надають сексуальні послуги за винагороду (ЖКС) на локальному рівні⁵. У 2001 році були представлені оціночні дані щодо чисельності цієї групи ризику в містах з населенням понад 200 тис., яка становила 17,5 тис. осіб. На думку експертів, на той момент чисельність ЖКС на рівні країни становила не менше 180 тис. осіб⁶.

Перша спроба оцінити кількість споживачів ін'єкційних наркотиків була зроблена в 2002 році Центром «Соціальний моніторинг» за підтримки Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ), Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІД (ЮНЕЙДС) в Україні та за активної участі представників регіональних проектів у 20 містах країни (керівник дослідження – канд. соціол. наук О. Балакірева). Методологія проведення дослідження базувалася на стратегії поєднання кількісних та якісних методик отримання інформації, паралельному використанні різних джерел інформації, триангуляції⁷ та верифікації результатів у ході дослідження. Методи та технології, що застосовувалися (інтерв'ювання споживачів ін'єкційних наркотиків; інтерв'ювання експертів з числа представників соціального оточення споживачів ін'єкційних наркотиків; аналіз статистичних даних щодо кількості споживачів ін'єкційних наркотиків; вторинний аналіз попередніх поведінкових досліджень; аналіз кількості СНІ, охоплених профілактичними програмами зменшення шкоди; повторне охоплення («capture-recapture»)⁸; оцінка загальної кількості споживачів ін'єкційних наркотиків методом коефіцієнтів) дозволили здійснити оціночні розрахунки кількості СНІ у 20 містах та екстраполяцію даних на міське населення країни. Кількість СНІ серед міського населення було оцінено на рівні не менш як 560 тис. осіб⁹.

Починаючи з 2005 року в рамках реалізації проекту «SUNRISE»¹⁰ в Україні застосовується методологія регіональної оцінки із залученням до участі (РОЗУ). Основною метою РОЗУ є оцінка ситуації щодо послуг з профілактики ВІЛ/СНІД, які надаються представникам груп ризику на рівні окремої територіальної одиниці, та мобілізація спільнот СНІ, ЖКС, ЧСЧ на діяльність із протидії епідемії. Головною особливістю РОЗУ є те, що оцінка проводиться командами, які складаються саме з представників уразливих до ВІЛ груп (СНІ, ЖКС, ЧСЧ). У ході реалізації РОЗУ, здійснюються локальні оцінки чисельності груп ризику. На жаль, на даний момент такі оцінки не дають можливості робити висновки на національному чи навіть на регіональному рівнях.

⁵ Створення мережі НУО, які працюють з жінками секс-бізнесу в Україні / О.М. Балакірева, Л.І. Андрущак, М.Ю. Варбан. – К. : Укр. ін.-т соц. дослідж., 2000. – С. 82.

⁶ Там само.

⁷ Триангуляція, в даному контексті, передбачає синтез та інтеграцію даних з різних джерел. Використовується для встановлення достовірності та ймовірності того, про що свідчать дані.

⁸ Сутність методу «повторне охоплення» полягає в тому, що опитування відбувається двічі. Після першого опитування респонденти позначаються як ті, що пройшли опитування. Основне припущення методу базується на тому, що, повертаючись до своїх груп, респонденти перемішуються до однорідності. Знаючи кількість опитаних першого разу та частку опитаних першого разу у вибірці другого «охоплення», можна розрахувати оцінку загальної чисельності досліджуваної групи.

⁹ Оцінка можливостей розвитку програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків. / О.М. Балакірева, М.Ю. Варбан, О.О. Яременко та ін. – К. : Укр. ін.-т соц. дослідж., 2003.

¹⁰ Об'єднані зусилля Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні, Програми оптимальних технологій в охороні здоров'я (PATH) та Всеукраїнської мережі людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, з метою втілення проекту «Посилення відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу в Україні шляхом надання послуг та інформації (SUNRISE)». Детальніше з проектом «SUNRISE» можна ознайомитися на сайті Альянсу www.aidsalliance.org.ua

Перше комплексне дослідження, яке дало змогу оцінити чисельність основних груп ризику (СІН – споживачів ін'єкційних наркотиків, ЖКС – жінок комерційного сексу та ЧСЧ – чоловіків, які практикують секс з чоловіками) на національному рівні, було реалізоване у 2005 році за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні». Методологія комплексного дослідження передбачала використання різноманітних джерел інформації, проведення вторинного аналізу наявної інформації та здійснення спеціальних досліджень. У ході дослідження були застосовані такі методи та технології оцінювання: оцінка чисельності за методом «загаданого знайомого»¹¹; оцінка чисельності методом коефіцієнтів з використанням наявних статистичних даних та результатів опитування цільових груп¹²; оцінка чисельності методом коефіцієнтів з використанням результатів масового опитування населення щодо поведінкових практик¹³; оцінка чисельності методом коефіцієнтів за результатами «повторного охоплення»; оцінка чисельності методом коефіцієнтів за результатами поведінкових досліджень серед СІН та ЖКС.

За результатами комплексного дослідження, після узгодження з експертами, загальну чисельність груп ризику в Україні було оцінено таким чином:

- СІН – від 325 до 425 тис. осіб – оцінка методом «коефіцієнтів» на основі показника «госпіталізація» (рекомендована для оцінки рівня охоплення цільової групи профілактичними програмами – 425 тис. осіб);
- ЖКС – від 110 до 250 тис. осіб – оцінки за методикою «загаданий знайомий» та методом коефіцієнта за результатами масового опитування населення (рекомендована для оцінки рівня охоплення цільової групи профілактичними програмами – 180 тис. осіб);
- ЧСЧ – від 177 до 430 тис. осіб – оцінки методом «коефіцієнтів» за результатами масового опитування населення та на основі міжнародного досвіду (рекомендована для оцінки рівня охоплення цільової групи профілактичними програмами – 300 тис. осіб).

Базуючись на отриманих у 2005 році оцінках чисельності груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ, у 2007 році було здійснено оцінку ситуації з ВІЛ/СНІДом в Україні, у тому числі й оцінку чисельності осіб, що живуть з ВІЛ/СНІДом¹⁴. За станом на кінець 2007 року кількість людей, що живуть з ВІЛ/СНІД (ЛЖВ) в Україні, було оцінено на рівні 440 тис. осіб. Цей показник включав 344 тис. дорослих віком 15–49 років, що становить 1,63% від населення країни у цьому віковому діапазоні. Зазначені оцінки були розроблені Українським центром профілактики і боротьби зі СНІД Міністерства охорони

¹¹ Метод «анонімного знайомого» (або «загаданого знайомого») використовується при опитуванні загального населення та полягає в тому, що респондентів просять скласти список своїх знайомих, яких вони добре знають, а інтерв'юєр запитує про деякі аспекти діяльності цих людей.

¹² Моніторингові поведінкові дослідження серед СІН, ЖКС (проведені Державним інститутом проблем сім'ї та молоді та Українським інститутом соціальних досліджень) і ЧСЧ (проведене Центром соціальних експертиз Інституту соціології НАН України) у 2004 році.

¹³ Соціологічні опитування: молоді 14–24 років в межах проекту «Моніторинг поведінки молоді як компонент епідагляду другого покоління» та дорослого населення 25–49 років «Ставлення та поведінкові орієнтації дорослого населення до проблеми ВІЛ/СНІДу та до людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом».

¹⁴ Звіт про узгоджену національну оцінку ситуації з ВІЛ/СНІД в Україні за станом на кінець 2007 року / Укр. центр профілактики та боротьби зі СНІДом; М-во охорони здоров'я України; Всесвітня організація охорони здоров'я; Міжнар. Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні; Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу. – К., 2008.

здоров'я України в тісній співпраці з Бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я в Україні, Секретаріатом Об'єднаної Програми ООН з ВІЛ/СНІДу та Міжнародним Альянсом з ВІЛ/СНІД в Україні.

Наприкінці 2008-го – початку 2009 років у відповідності до рекомендацій щодо проведення таких досліджень 1 раз на 4 роки¹⁵ було проведено друге комплексне дослідження «Оцінка чисельності груп населення з високим ризиком інфікування ВІЛ». Для отримання оціночних даних були використані такі методи: метод нарощування соціальних мереж, метод «загаданий знайомий» та метод коефіцієнтів.

Окрім результатів оцінки чисельності ключових груп ризику (СІН, РКС та ЧСЧ), в результаті дослідження були отримані результати оцінки чисельності чоловіків, які надають сексуальні послуги за плату, та основних груп-містків (статевих партнерів СІН, клієнтів ЖКС та статевих партнерок ЧСЧ). Дана публікація містить у собі детальний опис та результати цього дослідження.

З використанням отриманих у ході даного дослідження оцінок чисельності груп ризику у вересні 2009 року були оновлені оцінки щодо ситуації з ВІЛ/СНІД в Україні¹⁶. Опис процедури розрахунків, результати оцінки чисельності ЛЖВ та прогнози розвитку епідемії ВІЛ/СНІД в Україні наведені у розділі «Національна оцінка ситуації з ВІЛ/СНІД в Україні, здійснена в 2009 році» даної публікації.

Основним результатом дослідження є узгоджені на національному та регіональних рівнях оцінки чисельності СІН, ЖКС та ЧСЧ, які рекомендовані для широкого використання. Однак, зважаючи на специфіку цільових груп, необхідно пам'ятати про те, що всі наведені в даній публікації оцінки мають розглядатися як приблизні, оскільки всі вони базуються на певних припущеннях. Таким чином, усі оцінки чисельності груп ризику, наведені в даній роботі, є гіпотетичними і не можуть розглядатися як однозначні та остаточні.

¹⁵ Методичні рекомендації з проведення досліджень для моніторингу відповіді країни на епідемію ВІЛ-інфекції. / О.М. Балакірева, М.Ю. Варбан, Г.В. Довбах та ін.; МБФ «Міжнар. Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». – К.: 2008. – С. 24.

¹⁶ Національна оцінка ситуації з ВІЛ/СНІД в Україні за станом на початок 2009 року. Розроблена за участю Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом Міністерства охорони здоров'я України, Бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я в Україні, Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні, Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу.

ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ ОЦІНКИ ЧИСЕЛЬНОСТІ ГРУП НАСЕЛЕННЯ З ВИСОКИМ РИЗИКОМ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ В УКРАЇНІ В 2009 РОЦІ

У цьому розділі представлені загальні оціночні дані про кількість груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування (СІН, ЖКС¹⁷ та ЧСЧ) по Україні, що були отримані в ході дослідження 2009 року. Саме ці дані рекомендується використовувати під час опису ситуації в Україні, що стосується чисельності вразливих щодо ВІЛ-інфекції груп населення.

На основі отриманих за допомогою використання різних методів оцінок (метод нарощування соціальних мереж та метод коефіцієнтів)¹⁸, попередньо було виділено оціночні на рівні країни діапазони чисельності ключових груп ризику інфікування ВІЛ (СІН, ЖКС та ЧСЧ), що рекомендуються для подальшого широкого використання. У табл. 1 наведені ці рекомендовані оціночні інтервали.

Беручи до уваги попередньо ухвалені національні оцінки чисельності ключових груп ризику інфікування ВІЛ (СІН, ЖКС та ЧСЧ), члени міжвідомчої робочої групи з питань моніторингу і оцінки (МІО) ефективності виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу ухвалили оцінки, на основі яких у подальшому рекомендовано планувати рівень охоплення представників груп ризику послугами в рамках програм профілактики ВІЛ/СНІД в Україні.

Таблиця 1

Рекомендовані до використання оцінки загальної чисельності основних груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні, осіб

	СІН ¹⁹	ЖКС ²⁰	ЧСЧ ²¹
Інтервал оціночної чисельності групи на рівні країни, рекомендований для користування	230 000–360 000	65 000–93 000	95 000–213 000
Оцінка, рекомендована для планування охоплення групи профілактичними послугами	290 000	70 000	95 000

¹⁷ За результатами дослідження затверджено оцінки чисельності жінок-ПКС (ЖКС), а не ПКС в цілому. Це зумовлено тим, що група чоловіків-ПКС (ЧКС) в Україні наразі досить мала, закрита і важкодоступна для проведення досліджень.

¹⁸ Детально методи оцінювання описані у відповідних розділах.

¹⁹ Як нижню межу оціночної чисельності визначено результати розрахунків методом коефіцієнтів на основі показників охоплення СІН профілактичними послугами. Верхня межа діапазону – оцінка, яка була обчислена з використанням методу нарощування соціальних мереж з корекцією похибки нещирості відповідей респондентів. та методу коефіцієнтів на основі показників госпіталізації. Для планування охоплення профілактичними послугами рекомендується заокруглена середня оцінка оціночного діапазону чисельності СІН.

²⁰ Рекомендовано використовувати оцінку чисельності ЖКС, отриману в результаті розрахунків методом нарощування соціальних мереж з корекцією похибки нещирості відповідей респондентів. Для планування охоплення профілактичними послугами рекомендується округлена середня оцінка оціночного діапазону чисельності ЖКС за винятком ЖКС, які у зв'язку з практикою вживання наркотиків, скоріше, мають бути віднесені до групи СІН (11,5% – приблизно 9 тис. осіб).

²¹ Отримані за допомогою різних методів оцінки чисельності ЧСЧ були винесені на розгляд учасникам постійної референтної групи з питань ЛГБТ-спільнот та ЧСЧ-сервісних проектів в Україні, які детально розглянули процедуру обчислення та отримані оцінки. За результатами обговорення було прийнято рішення рекомендувати для загального використання інтервал оціночної чисельності групи, розрахований за допомогою методу коефіцієнтів на основі результатів опитування загального населення в 2004 році. Для планування охоплення профілактичними послугами рекомендується нижня межа оціночного діапазону, оскільки розрахований діапазон стосується чоловіків, які мають досвід гомосексуальних стосунків, але не обов'язково практикують одностатевий секс з певною регулярністю.

У ході дослідження також були розраховані та узгоджені на відповідному рівні регіональні оцінки чисельності основних груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ (табл. 2).

Таблиця 2

Узгоджені на регіональному рівні оцінки чисельності основних груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні, осіб

АР Крим/ Область/ Місто	СІН	ЖКС	ЧСЧ	Результати розгляду та дата прийняття рішення ²²
АР Крим	22 600	4 000	4 000	Затверджено 02.07.2009
Вінницька*	6 500	1 200	3 300	Узгоджено 30.04.2009
Волинська	5 000	1 000	1 000	Затверджено 29.09.2009
Дніпропетровська	17 000**	3 700	7 000	Прийнято до відома 23.11.2009
Донецька	60 000	10 700	9 100	Затверджено 16.09.2009
Житомирська	7 500	1 200	2 600	Затверджено 11.09.2009
Закарпатська	500**	500	— ²³	Затверджено 29.09.2009
Запорізька	18 000	4 500	3 700	Затверджено 31.03.2010
Івано-Франківська	3 000	1 500	300	Затверджено 08.10.2009
Київська*	15 200	2 700	3 600	Узгоджено 30.04.2009
Кіровоградська	2 000	230	1 500	Затверджено 29.09.2009
Луганська	15 000	4 100	4 800	Затверджено 13.10.2009
Львівська	9 000	1 600	5 400	Затверджено 25.09.2009
Миколаївська	10 109	2 900	2 000	Затверджено 10.07.2009
Одеська	15 500**	8 000	5 500	Прийнято до відома 28.10.2009
Полтавська*	8 000	1 500	3 000	Узгоджено 30.04.2009
Рівненська*	3 000	600	700	Узгоджено 30.04.2009
Сумська*	10 000	1 800	1 200	Узгоджено 30.04.2009
Тернопільська*	3 000	600	2 200	Узгоджено 30.04.2009
Харківська	13 000	2 300	5 900	Затверджено 22.12.2009
Херсонська	8 000	1 500	2 300	Затверджено 08.09.2009
Хмельницька	8 000	1 500	2 700	Затверджено 23.07.2009
Черкаська	11 000	2 000	2 600	Прийнято до відома 15.07.2009
Чернівецька	2 500	500	1 900	Затверджено 06.10.2009
Чернігівська	6 500	1 200	2 200	Затверджено 22.09.2009
м. Київ	38 000	6 800	14 000	Затверджено 07.07.2009
м. Севастополь	5 500	1 000	800	Затверджено 02.07.2009

* Оцінки не виносилися на обговорення регіональними радами, а були узгоджені на засіданні міжрегіональної робочої групи з питань моніторингу і оцінки.

** Затверджені дані, на думку авторів дослідження, є заниженими. Рекомендується використовувати наступні оцінки СІН: Дніпропетровська область – 55 000 осіб, Закарпатська область – 2500 осіб, Одеська область – 40 000 осіб. Детальніше про джерела цих оцінок див. Додаток 1.

²² Оцінки затверджені регіональними радами з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, створеними на виконання Постанови Кабінету міністрів України № 926 «Про внесення змін до Положення про Національну раду з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу і її складу» від 11 липня 2007 р. – п. 5.

²³ Оцінка не затверджена, оскільки дане питання потребує подальшого вивчення.

Результатом дослідження стали також розрахунки оціночної чисельності ключових груп-містків, а саме: статевих партнерів СІН, клієнтів ЖКС та жінок – статевих партнерів ЧСЧ. Оцінки чисельності груп-містків не виносилися на обговорення на засіданнях міжрегіональної робочої групи з питань МІО чи територіальних координаційних рад з питань запобігання поширенню ВІЛ/СНІДу. Тому дані оцінки можуть розглядатися лише як додаткова інформація, а не як остаточний результат комплексного оцінювання.

Таблиця 3

Результати оцінювання чисельності основних груп-містків, осіб

Метод оцінювання	Група	Статеві партнери СІН	Клієнти ЖКС	Жінки – статеві партнери ЧСЧ
Метод нарощування соціальних мереж ²⁴		32 000	285 000	2 700
Метод коефіцієнтів на основі результатів опитування представників груп		654 000 ²⁵	830 000	36 000
Метод коефіцієнтів на основі результатів опитування загального населення		—	220 000 ²⁶	—

Дослідження з оцінки чисельності груп високого ризику ВІЛ-інфікування в Україні дало змогу також оцінити чисельність СІН, яким необхідно забезпечити можливість доступу до замісної підтримуючої терапії. Світовий досвід та результати спільної місії Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІД (ЮНЕЙДС) та Управління ООН з наркотиків та наркозлочинності свідчать про те, що для досягнення ефективного впливу на епідемії ВІЛ та наркозалежності необхідно забезпечити можливість доступу до замісної підтримуючої терапії (ЗПТ) 30-40% осіб із опіоїдною залежністю. Враховуючи ці рекомендації, на основі оціночної чисельності СІН (266 тис. осіб) було розраховано кількість осіб, яких необхідно охопити ЗПТ. За даними поведінкового дослідження²⁷, 77,5% СІН вживали опіати ін'єкційним шляхом протягом 30 днів, що передували опитуванню. Отже, загальна чисельність опіоїдозалежних осіб може бути оцінена приблизно в 175 тис. В результаті було розраховано та узгоджено зі спеціалістами ВООЗ чисельність осіб, які потребують ЗПТ, – 53 тис. (30% від загальної оціночної чисельності опіоїдозалежних).

²⁴ Оцінки є передбачувано заниженими, зважаючи на погану видимість груп ризику в соціальних прошарках.

²⁵ У даному випадку, оцінка чисельності даної «групи-містка» є некоректною і значно завищеною, оскільки неможливо оцінити, яка частка цієї групи власне і є СІН.

²⁶ Оцінка є передбачувано заниженою, оскільки запитання є досить інтимним, що зумовлює велику кількість нещирих відповідей на пряме запитання щодо практики такої ризикованої поведінки.

²⁷ Дані дослідження «Моніторинг поведінки СІН як компонент епідеміологічного нагляду другого покоління», 2008.

МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Мета дослідження:

оцінити чисельність груп високого ризику інфікування на ВІЛ (СІН, РКС та ЧСЧ) та представників груп-містків (статевих партнерів СІН, клієнтів ЖКС та жінок – статевих партнерів ЧСЧ) на національному та регіональних рівнях.

Завдання дослідження:

- здійснення збору інформації для оцінки чисельності груп ризику та груп-містків соціологічними методами;
- визначення можливих джерел додаткової інформації щодо кількісних показників чисельності груп ризику, перевірка їх надійності, об'єктивності та стабільності;
- виокремлення показників (запитань анкет, які використовувались у поведінкових дослідженнях серед представників груп ризику), які можуть бути використані для застосування методу коефіцієнтів до наявних даних;
- визначення оціночної чисельності груп підвищеного ризику ВІЛ-інфікування (СІН, РКС, ЧСЧ) та представників груп-містків на національному та регіональному рівнях;
- визначення оціночної чисельності груп ризику (СІН, ЖКС та ЧСЧ) віком від 10 до 17 років;
- узгодження оцінок чисельності, отриманих з використанням різних методів на національному та регіональному рівнях;
- розробка рекомендацій щодо удосконалення методичних підходів до визначення чисельності груп ризику та груп-містків, а також інструментарію для збору інформації, яка стосується представників груп ризику та груп-містків.

Визначення основних цільових груп

Загалом, у світовій практиці не існує єдиних усталених критеріїв віднесення осіб до основних груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ (СІН, ЖКС та ЧСЧ). Зазвичай, критерієм належності до цільових груп є певна частота практикування ризикованої поведінки, що визначається відповідно до цілей та завдань дослідження. Іншими словами, основним критерієм віднесення особи до групи ризику в контексті протидії епідемії ВІЛ/СНІД є рівень потенційного ризику інфікуватися або інфікувати іншого.

СІН – споживачі ін'єкційних наркотиків. З точки зору поширення епідемії ВІЛ ключовими представниками групи є особи, які з певною регулярністю вживають ін'єкційно наркотичні речовини. Для виокремлення цієї групи зазвичай використовується такий показник, як період вживання (протягом року, 6 місяців, 30 днів). Для вирішення окремих завдань може також визначатися рівень активності споживання, наприклад, особи, які вживають ін'єкційні наркотики не рідше ніж раз на тиждень.

Оцінка чисельності споживачів ін'єкційних наркотиків у ході даного дослідження було здійснено методом нарощування соціальних мереж. Додатково було обчислено чисельність СІН за допомогою методу коефіцієнтів з використанням статистичних показників госпіталізації наркохворих до стаціонарів, річного охоплення СІН профілактичними послугами та результатів поведінкових досліджень серед СІН.

РКС – робітники комерційного сексу. До цієї групи відносять жінок (ЖКС) та чоловіків (ЧКС), які використовують секс як джерело доходу (постійного або тимчасового). Загалом, до цієї групи також належать особи, які надають сексуальні послуги з метою досягнення певних цілей (наприклад, просування по службі). Однак, з точки зору участі в поширенні ВІЛ-інфекції ключовими представниками цієї групи вважаються люди, для яких надання сексуальних послуг є основним (або одним з основних) джерелом заробітку та які залучені до секс-індустрії впродовж певного часу (не одноразово).

У цьому дослідженні чисельність групи РКС оцінювалась окремо для чоловіків та жінок, які надають сексуальні послуги за плату, методом нарощування соціальних мереж. Окрім розрахунків, здійснених за допомогою технік нарощування соціальних мереж, було здійснено розрахунок додаткової оцінки чисельності дорослих ЖКС методом коефіцієнтів, що базувався на визначені зони перетину груп СІН та ЖКС (приналежність до двох груп ризику: поширеність серед СІН практики надання сексуальних послуг за плату та практики споживання ін'єкційних наркотиків серед ЖКС).

ЧСЧ – чоловіки, які практикують секс з чоловіками. Сюди також належать чоловіки, які надають сексуальні послуги чоловікам за винагороду. Часто як критерій віднесення до групи ЧСЧ використовується наявність досвіду одноставних стосунків протягом життя або ж протягом останніх 12 місяців. З огляду на ризик інфікування ВІЛ, до групи ЧСЧ доцільно зараховувати чоловіків, які практикують одноставний секс з певною періодичністю (не одноразово). Загалом, питання щодо тривалості, частоти таких стосунків та примусових стосунків все ще залишається відкритим.

Оцінку чисельності групи ЧСЧ, паралельно з іншими групами, було здійснено за допомогою методу нарощування соціальних мереж. Також було здійснено розрахунки оціночної чисельності ЧСЧ на рівні країни на основі результатів масових опитувань загального населення, які проводилися в Україні у 2004 році. Окрім безпосередніх оцінок чисельності групи ЧСЧ було також зібрано додаткову інформацію щодо оцінок чисельності ЧСЧ в інших країнах світу.

Групи-містки – групи людей, які тісно пов'язані з групами підвищеного ризику інфікування ВІЛ та можуть слугувати провідником (або «містком») для поширення вірусу серед населення в цілому. З точки зору рівня ризику інфікування як основні групи-містки можуть бути виділені: 1) статеві партнери СІН, 2) клієнти ЖКС та 3) жінки – статеві партнери ЧСЧ. Як «групи-містки», окрім наведених, також часто розглядаються далекобійники, трудові мігранти, провідники потягів, працівники сфери розваг та рекреації. Але ці категорії населення не були об'єктом оцінки в цьому дослідженні.

За даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України, останніми роками зростає питома вага випадків передачі ВІЛ-інфекції статевим шляхом. У 2009 році частка осіб, які були інфіковані статевим шляхом, зросла до 44%²⁸. Спеціалісти центру припускають, що біль-

²⁸ Інформаційний бюлетень «ВІЛ-інфекція в Україні», 2010.

шість осіб, інфікованих ВІЛ статевим шляхом, були статевими партнерами СІН, тобто представниками «груп-містків», що може свідчити про тенденцію до генералізації епідемії і вимагає посилення заходів з профілактики статевої передачі ВІЛ²⁹. Саме тому одним із завдань даного дослідження було здійснення оцінки чисельності «груп-містків», через які відбувається передача ВІЛ-інфекції та інших інфекцій, що передаються статевим шляхом, від ключових груп ризику до загального населення.

Так само, як і оцінка основних груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ (СІН, ЖКС та ЧСЧ), оцінка чисельності «груп-містків», які пов'язані з цими групами, була здійснена методом нарощування соціальних мереж. Додатково було також здійснено розрахунки чисельності «груп-містків» методом коефіцієнтів, що базувалися на узгоджених регіональних оцінках чисельності СІН, ЖКС та ЧСЧ.

Загальна методологія дослідження

Загальна методологія проведеного дослідження характеризується комплексним підходом, базується на використанні різних джерел інформації, проведенні вторинного аналізу наявної інформації та здійсненні спеціальних досліджень, триангуляції та верифікації результатів під час аналізу отриманих результатів.

Базовим методом дослідження стала процедура нарощування соціальних мереж («The network scale-up method»), що була реалізована Київським міжнародним інститутом соціології (головні дослідники – доктор соціол. наук В.І. Паніотто та магістр соціології Т.В. Петренко,) за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». Метод нарощування соціальних мереж був уперше запропонований міжнародною групою дослідників для оцінки чисельності важкодоступних груп в 1986 році³⁰, після чого цей метод неодноразово застосовувався в США для оцінки чисельності таких груп, як ВІЛ-позитивні люди, споживачі героїну, безпритульні люди та ін. Ідея методу полягає в тому, щоб віднаходити представників цільових груп серед знайомих респондентів – у їхніх соціальних мережах. На відміну від інших методів оцінки чисельності важкодоступних груп, цей метод не потребує репрезентативних вибірок досліджуваних груп, а натомість ґрунтується на опитуванні репрезентативної вибірки загального населення. Даний метод був застосований Київським міжнародним інститутом соціології в рамках загальноукраїнського репрезентативного соціологічного опитування, яке стало першим дослідженням в Україні, проведеним із застосуванням процедури нарощування соціальних мереж. Інструментарій дослідження пройшов експертизу Кріса МакКартні та Расела Бернарда – членів дослідницької групи з методу «network scale-up», до якої входять автори методу та дослідники, що найбільш активно займаються його розвитком. За допомогою методу нарощування соціальної мережі було здійснено оцінку чисельності:

- груп ризику – СІН, РКС, ЧСЧ та груп-містків – сексуальних партнерів СІН, клієнтів ЖКС та сексуальних партнерок (жінок) ЧСЧ, як на національному, так і на регіональному (обласному) рівнях;

²⁹ <http://ukraids.org.ua/ipsh>

³⁰ Bernard, H.R., Johnsen, E.C., Killworth, P.D. and Robinson, S. Estimating the Size of Average Personal Network and of an Event Subpopulation. In M. Kochen (Ed.), *The small world* (pp. 159–175). – Norwood : Ablex Publishing Co.

- окремо груп ризику – СІН, РКС, ЧСЧ – у вікових категоріях 10–14 років та 15–17 років.

Для отримання додаткових національних та регіональних оцінок чисельності СІН, ЖКС, ЧСЧ та груп-містків було використано розрахунки, здійснені за методом коефіцієнтів. Для розрахунку оцінок чисельності за цим методом були використані доступні дані державної статистики, дані поведінкових досліджень серед представників груп ризику (СІН, ЖКС), дані державної статистики та облікові дані клієнтів недержавних організацій, що працюють у сфері профілактики ВІЛ серед уразливих груп.

Для отримання національних оцінок чисельності групи ЧСЧ був здійснений вторинний аналіз та екстраполяція даних загальноукраїнських репрезентативних поведінкових опитувань молоді віком 14–24 роки та дорослого населення віком 25–49 років, реалізованих у 2004 році Державним інститутом розвитку сім'ї та молоді (ДІРСМ) та Українським інститутом соціальних досліджень (УІСД) за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».

Додатково для верифікації оцінок чисельності груп ризику, отриманих з використанням інших методів, в одному з регіонів Київським міжнародним інститутом соціології було проведено дослідження з використанням методу «загаданих знайомих», запропонованого методологами інституту. Дослідження було реалізовано в Донецькій області як в одному з пріоритетних регіонів щодо протидії ВІЛ/СНІД. У цьому дослідженні для даного регіону були отримані оцінки чисельності груп СІН, ЖКС та ЧСЧ.

Розраховані за допомогою різних методів національні та регіональні оцінки чисельності ключових груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ вносилися на розгляд міжвідомчої робочої групи з питань моніторингу і оцінки ефективності виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Ця робоча група включала в себе провідних спеціалістів країни у сферах епідеміології, наркології, соціології, соціальної роботи. За результатами обговорення групою експертів приймалося рішення щодо того, які саме з отриманих різними методами оцінок найкраще відображають реальну ситуацію, що склалася в українському суспільстві. Попередньо було ухвалено загальнонаціональні оцінки чисельності основних груп ризику (СІН, ЖКС та ЧСЧ). Регіональні оцінки чисельності СІН, ЖКС та ЧСЧ було передано на розгляд та узгодження представникам уповноважених у питаннях ВІЛ/СНІД регіональних установ. Із затвердженими на національному та регіональному рівнях оцінками можна ознайомитися в розділі «Основні результати оцінки чисельності груп населення з високим ризиком інфікування ВІЛ в Україні в 2009 році» даної публікації.

Емпірична база дослідження

- Соціологічне опитування населення з використанням методу «нарощування соціальних мереж» («The network scale-up»), проведене у грудні 2008 року – січні 2009 року Київським міжнародним інститутом соціології за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс ВІЛ/СНІД в Україні». Загалом у режимі особистого інтерв'ю в домогосподарствах було опитано 10 866 респондентів у 478 населених пунктах України (194 містах, 103 селищах міського типу та 181 селі). Використана вибірка є репрезентативною для населення віком від 14 років як для України в цілому, так і для кожної з 24 областей, АР Крим, міст Києва та Севастополя.

- Дані статистики МОЗ України на загальнонаціональному та регіональному рівнях: звіт про контингент та лікування осіб, що мають розлади психіки та поведінки через уживання психоактивних речовин, у т.ч. опіатів (за станом на 01.07.2008); показники госпіталізації наркохворих у наркологічні та психіатричні стаціонари (звітний період – 2007 рік).
- Дані статистики МВС України на загальнонаціональному та регіональному рівнях: відомості про облік осіб, які практикують немедичне вживання наркотичних засобів, психотропних речовин та їх аналогів (за станом на 1 січня 2009 року).
- Результати дослідження «Верифікація даних медичного наркообліку в Україні», проведене Інститутом дослідження політики щодо громадського здоров'я за фінансової підтримки Бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я в Україні та МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». Дослідження проводилося в грудні 2008 року – січні 2009 року в містах Дніпропетровську, Донецьку, Києві, Львові, Миколаєві, Одесі, Полтаві та Херсоні. Загалом було зібрано відомості щодо 13 306 осіб, які перебувають на диспансерному наркологічному обліку у зв'язку з вживанням наркотичних речовин (не алкоголю).
- Соціологічне опитування СІН у межах дослідження «Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епіднагляду другого покоління». Усього опитано 3711 СІН у червні – жовтні 2008 року в 16 містах України (Дніпропетровськ, Донецьк, Кіровоград, Луганськ, Луцьк, Львів, Миколаїв, Одеса, Полтава, Сімферополь, Суми, Харків, Херсон, Хмельницький, Черкаси та Києві). Виконавець – Центр соціальних та політичних досліджень «СОЦІС-ЦСПД» за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», підтриманої Глобальним фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією;
- Соціологічне опитування ЖКС у межах дослідження «Моніторинг поведінки жінок, які надають сексуальні послуги за плату (ЖКС), як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління в 16 містах України», яке було проведено Київським міжнародним інститутом соціології у співробітництві з Українським центром профілактики та боротьби зі СНІДом на замовлення МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». Усього опитано 1619 жінок у віці від 14 років. Опитування проводилося в березні – грудні 2008 року в містах: Дніпропетровськ, Донецьк, Кіровоград, Київ, Луганськ, Луцьк, Львів, Миколаїв, Одеса, Полтава, Сімферополь, Суми, Харків, Херсон, Хмельницький, Черкаси.
- Соціологічне опитування ЧСЧ у ході дослідження «Моніторинг поведінки чоловіків, які мають секс із чоловіками» профінансоване МБФ «Міжнародний Альянс ВІЛ/СНІД в Україні» в межах реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», підтриманої Глобальним фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, проведене у 2007 році Українським інститутом соціальних досліджень імені Олександра Яременка у містах: Дніпропетровськ, Донецьк, Івано-Франківськ, Київ, Кривий Ріг, Луганськ, Миколаїв, Одеса, Сімферополь, Херсон, Черкаси, Ялта.

Рекрутинг респондентів здійснювався за методикою RDS (вибірка сформована та реалізована респондентами), загальна кількість опитаних становить 1764 особи.

- Соціологічне дослідження з використанням методу «загаданих знайомих» у Донецькій області. Дослідження було проведене Київським міжнародним інститутом соціології в травні – червні 2009 року в Донецькій області як в одному з пріоритетних регіонів щодо боротьби з ВІЛ/СНІД з тим, щоб уточнити оцінки чисельності груп ризику, отримані за допомогою інших методів. У дослідженні були отримані оцінки чисельності СН, ЖКС та ЧСЧ.
- Соціологічне опитування молоді 14–24 років у межах проекту «Моніторинг поведінки молоді як компонент епідагляду другого покоління». Усього опитано 2501 респондента у жовтні – листопаді 2004 року в усіх областях України, АР Крим та м. Києві. Вибіркова сукупність багатоступенева, територіально-поселенська, стратифікована, репрезентативна для населення України віком від 14 до 24 років за ознаками: тип поселення, стать, вік, область. Виконавці – ДІРСМ та УІСД за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», підтриманої Глобальним фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією;
- Соціологічне опитування дорослого населення 25–49 років «Ставлення та поведінкові орієнтації дорослого населення до проблеми ВІЛ/СНІДу та до людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом». Усього опитано 2017 респондентів у листопаді – грудні 2004 року в усіх областях України, АР Крим та м. Києві. Вибіркова сукупність багатоступенева, територіально-поселенська, стратифікована, репрезентативна для населення України віком від 25 до 49 років за ознаками: тип поселення, стать, вік, область. Виконавці – ДІРСМ та УІСД за сприяння та фінансової підтримки Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту;
- Опитування населення в межах проекту «Медико-демографічне обстеження населення України». У ході обстеження загалом було опитано 6841 жінку та 3178 чоловіків у липні – листопаді 2007 року в усіх областях України, АР Крим та м. Києві. Збір інформації було здійснено Українським центром соціальних реформ за адміністративної підтримки Держкомстату України.

ОЦІНКА ЧИСЕЛЬНОСТІ ГРУП ПІДВИЩЕНОГО РИЗИКУ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ ТА ГРУП-МІСТКІВ МЕТОДОМ «НАРОЩУВАННЯ СОЦІАЛЬНИХ МЕРЕЖ»

Загальна ідея методу

На противагу іншим методам оцінки чисельності груп ризику, метод нарощування соціальних мереж не потребує репрезентативних вибірок досліджуваних груп, а натомість ґрунтується на результатах опитування статистично репрезентативної вибірки загального населення, що полегшує отримання даних.

Ідея методу полягає в тому, щоб віднаходити представників цільових груп, у даному випадку – груп ризику інфікування ВІЛ/СНІД, серед знайомих людей респондентів – у їхніх соціальних мережах. Важко отримати адекватні оцінки чисельності стигматизованих груп за відповідями на прямі запитання до респондентів через «чутливий» характер таких запитань. Натомість, особливо якщо анонімність забезпечена, респондентам набагато легше відповісти на такі, наприклад, запитання: «Скільки серед Ваших знайомих людей, які вживають наркотики, роблячи собі уколи?». Проте, варто зазначити, що такі дані, скоріше за все, теж будуть заниженими через те, що і в такій формі запитання залишається «чутливим»³¹.

Потрібно зауважити, що на противагу іншим визначенням соціальних мереж, які існують у відповідній літературі³² (наприклад, «мережа підтримки», «мережа найближчих людей»), визначення, яке використовується в методі нарощування соціальних мереж, виділяє так звану «активну мережу» (тих, із ким підтримувався контакт протягом останніх двох років) із «загальної мережі» знайомих респондентів (усіх, кого респондент коли-небудь знав³³). В усталеному варіанті визначення знайомих, яке застосовується в цьому методі, звучить так: «люди, яких Ви знаєте і які знають Вас за зовнішнім виглядом або на ім'я, з якими в разі потреби Ви маєте можливість зв'язатися і з якими Ви контактували протягом останніх двох років особисто або по телефону чи електронній пошті».

Окрім досліджуваних груп, чисельність яких потрібно обрахувати за результатами дослідження, анкета дослідження за методом «нарощування соціальних мереж» має включати близько 20–30 груп (але не менше 6 груп) населення, чисельність яких відома офіційній статистиці. Респондентів запитують, чи є серед їхніх знайомих представники низки груп населення – наприклад, чоловіки на ім'я Павло, жінки, які народили дитину в 2008 році, та ін. На основі відповідей респондентів щодо цих «відомих» груп метод дозволяє розрахувати спочатку кількість знайомих, яку мають респонденти у своїй «активній мережі» (с) (розраховується оцінка максимальної правдоподібності³⁴), за формулою:

³¹ Killworth, P. D., Johnsen, E. C., McCarty, C., Shelley, G. A., Bernard, H. R. A social network approach to estimating seroprevalence in the United States. *Social Networks* 20 (1998), pp. 23–50.

³² Marsden P.V. Recent Developments in Network Measurement. In Carrington, P.J., Scott, J., Wasserman, S. *Models and methods in social network analysis*. – Cambridge University Press, 2005.

³³ Killworth, P.D., Johnsen, E.C., McCarty, C., Shelley, G. A., Bernard, H. R. A social network approach to estimating seroprevalence in the United States. *Social Networks* 20 (1998), pp. 23–50.

³⁴ Maximum likelihood estimation.

$$c_i = t \cdot \frac{\sum_{j=1}^L m_{ij}}{\sum_{j=1}^L e_j}$$

де t – чисельність загального населення, серед якого ми шукаємо чисельність невідомих груп (наприклад, серед населення України або серед населення окремих областей України);

m – кількість знайомих кожного респондента i в певній «відомій» групі j (приймає значення від 1 до L).

Далі на основі підрахованої кількості знайомих метод дозволяє отримати оцінки чисельності досліджуваних груп ризику, чисельність яких невідома (e)³⁵.

$$e = t \cdot \frac{\sum_{j=1}^L m_{ij}}{\sum_{i=1}^N c_i}$$

Основне припущення, на якому ґрунтується метод, полягає в тому, що чим більший розмір певної категорії (групи) населення, тим частіше її представники будуть зустрічатися серед знайомих респондентів, які взяли участь в опитуванні. Тобто частка (p) кожної категорії населення чисельності (e) серед загального населення (t) ($p = e/t$), з певною ймовірністю, може бути застосована до кожної індивідуальної соціальної мережі (c), або, іншими словами, соціальні мережі людей віддзеркалюють розподіл цих категорій у суспільстві [5].

Таке припущення описується формулою:

$$\frac{m}{c} = \frac{e}{t}$$

де m – кількість людей певної категорії в соціальній мережі респондента (c).

Метод також має у своїй основі три такі припущення³⁶:

- Усі мають достатній рівень знань про своїх знайомих (відсутність «похибок трансмісії» інформації). Метод нарощування соціальних мереж передбачає, що респонденти володіють достатньою інформацією щодо характеристик своїх знайомих, про яких їх запитують у дослідженні.
- Усі люди мають рівні шанси знати когось із досліджуваних категорій населення (e) – відсутність «ефектів бар'єру». Наприклад, припускається, що всі жителі України мають рівні шанси знати людей, хворих на діабет. І ці шанси зростають пропорційно до збільшення розмірів категорій. Дане припущення справедливе лише як деяка тенденція, адже можна назвати групи населення, для яких це припущення не буде справедливим: наприклад, шанси мати серед своїх знайомих кримських татар набагато вищі у жителів АР Крим, ніж у населення інших областей України.

³⁵ Також оцінки чисельності груп можна отримати на основі аналізу вибірових середніх кількостей знайомих у групах та середнього для вибірки розміру соціальної мережі (наш досвід застосування методу показує, що результати за цими двома методами підрахунку є дуже близькими).

³⁶ McCarty, C., Killworth, P. D., Bernard, H. R., Johnsen, E.C., Shelley, G. A. Comparing Two Methods for Estimating Network Size. Human Organization; Spring 2001; 60, 1; ABI/INFORM Global, p. 28.

- Респонденти здатні в стислий проміжок часу, відведеного для інтерв'ю, достатньо точно підрахувати (або оцінити) кількість своїх знайомих певної категорії (лікарів, чоловіків старше 70 років тощо). Проблеми зі згадуванням та приблизність оцінок респондентів можуть викривляти точність даних, які отримуються за допомогою цього методу.

До цього переліку можна додати четверте припущення, спільне для всіх методів, які працюють з «чутливими» аспектами поведінки:

- Щирість відповідей респондентів. Справедливість цього припущення викликає певний сумнів, коли респондентам задаються «чутливі запитання». Тут може діяти ефект «соціальної бажаності» відповідей, особливо коли мова йде про стигматизовані групи.

Головною перевагою методу «нарощування соціальних мереж» є його математична та статистична обґрунтованість, яка дозволяє за допомогою формул підрахунку розміру мережі прогнозувати чисельність цільових груп, і за умов відсутності систематичних відхилень від сформульованих припущень, на яких ґрунтується метод, оцінки розміру груп можна проводити з дуже високою точністю. До того ж, точність оцінок чисельності перевіряється з допомогою оцінок чисельності груп, щодо яких існує надійна статистика чисельності. Відповідно, за умов вдалого прогнозування чисельності статистично відомих груп, є підстави вважати, що чисельність цільових груп також прогнозується достовірно. Метод також є доволі зручним у застосуванні, адже не вимагає досягнення самих представників цільових груп, чисельність яких оцінюється.

Історія методу і огляд проведених досліджень

Метод «нарощування соціальних мереж» був уперше запропонований Раселом Бернардом, Пітером Кілвортом, Юджином Джонсеном та Скотом Робертсоном для оцінки чисельності важкодоступних груп у 1986 році, зокрема для оцінки кількості жертв землетрусу в Мехіко³⁷. Протягом подальших років у низці досліджень, проведених у США, метод був застосований для оцінки чисельності таких груп, як ВІЛ-позитивні люди, споживачі героїну, жінки, які пережили зґвалтування, та безпритульні люди³⁸.

У 1993–1994 роках метод був застосований для оцінки чисельності ВІЛ-позитивних людей у штаті Флорида, США³⁹. Репрезентативна вибірка жителів штату в кількості 1524 респонденти була опитана по телефону. Для оцінки розміру соціальної мережі були використані 25 категорій населення, чисельність яких відома офіційній статистиці США: обрані категорії включали наявність різних захворювань (як тих, що стигматизують, так і нейтральних); заняття різними видами спорту; інші помітні види активності, наприклад, пілотування літака. Респондентів також запитували, чи знають вони кого-небудь, хто має ім'я зі списку в 14 імен, використаних у дослідженні. Середній розмір соціальної мережі жителів штату Флорида, за результа-

³⁷ Bernard, H. R., Johnsen, E.C., Killworth, P.D., and Robinson, S. Estimating the Size of Average Personal Network and of an Event Subpopulation. In M. Kochen (Ed.), *The small world* (pp. 159–175). Norwood: Ablex Publishing Co.

³⁸ Killworth, P. D., McCarty, C., Bernard, H. R., Shelley, G. A., and Johnsen, E. C. Estimation of Seroprevalence, Rape, and Homelessness in the United States Using a Social Network Approach. 1998. *Evaluation Review* 22:289–308. Published by SAGE Publications, <http://sagepublications.com>

³⁹ Killworth, P.D., Johnsen, E.C., McCarty, C., Shelley, G. A., Bernard, H. R. A social network approach to estimating seroprevalence in the United States. *Social Networks* 20 (1998), pp. 23–50.

тами дослідження, становив 108 осіб, кількість ВІЛ-позитивних людей була оцінена як 1,6 мільйона. Оцінка ВІЛ-позитивних людей перевищила оцінки, отримані за допомогою інших методів (варто зауважити, що оцінки, отримані іншими методами, теж не є точними, оскільки містять ряд систематичних помилок). Серед низки факторів, які могли призвести до завищення оцінок (зарахування до ВІЛ-позитивних тих, хто ними не є, через недостатнє знання про знайомих та безпідставні висновки на основі можливих симптомів – ефект трансмісії; дублювання знайомих – через тісний характер соціальних мереж ВІЛ-позитивних людей та їхні більші шанси знати інших ВІЛ-позитивних людей), головним фактором автори дослідження називають обмеженість вибірки дослідження, яка включала тільки жителів штату Флорида, тоді як до «знайомих» респондентів таке обмеження не було застосоване (запитання щодо знайомих ставилося в цілому про людей, «яких Ви знаєте, і які знають Вас, за зовнішнім виглядом або на ім'я, з якими за потреби Ви маєте можливість зв'язатися, і з якими Ви контактували протягом останніх двох років, особисто або по телефону чи електронній пошті»).

Інше дослідження з використанням методу нарощування соціальних мереж було проведено в 1994 році для оцінки чисельності ВІЛ-позитивних людей, безпритульних та жінок, які стали жертвами зґвалтування, в США⁴⁰. Дослідження було проведено на загальнонаціональній репрезентативній вибірці з 1554 респондентів, які були опитані по телефону. Розмір індивідуальних соціальних мереж респондентів розраховувався за допомогою даних про кількість знайомих у 29 категоріях, серед яких жінки, які народили протягом останніх 12 місяців; жінки, які протягом останніх 12 місяців усиновили дитину; вдівці або вдови; люди з діалізом нирок; працівники пошти; комерційні пілоти; члени певної організації; люди, які мають діабет; ті, хто відкрив свій бізнес протягом останніх 12 місяців; ті, хто має сестру або брата-близнюків; офіційні торговці зброєю; хворі на СНІД; чоловіки, які перебувають за ґратами; люди, яких було вбито протягом останніх 12 місяців; ті, хто вчинив самогубство протягом останніх 12 місяців; ті, хто загинув в автокатастрофі протягом останніх 12 місяців; а також 6 жіночих та 6 чоловічих імен. Середній розмір соціальної мережі респондентів у дослідженні дорівнює 286. На основі отриманих оцінок було обраховано розмір груп населення з невідомою чисельністю – значення оцінки та 95%-й довірчий інтервал склали 800 000 +/- 43 000 для ВІЛ-позитивних людей, 526 000 +/- 35 000 для безпритульних, та 194 000 +/- 21 000 для жінок, які стали жертвами зґвалтування протягом останніх 12 місяців. Оцінка чисельності ВІЛ-позитивних людей дуже близько узгоджується з медичними оцінками, оцінка числа безпритульних лежить в межах інших оцінок, що були опубліковані на час проведення дослідження, а оцінка авторами чисельності жінок, які стали жертвами зґвалтування, лежить посередині інтервалу, утворюваному іншими опублікованими оцінками.

У 1997–1999 рр. метод нарощування соціальних мереж був застосований для оцінки чисельності споживачів героїну на частині вибірки дослідження з оцінки національної програми з профілактики вживання наркотиків та алкоголю в США⁴¹. Дизайн дослідження з використанням методу нарощування соціальних мереж передбачав телефонне опитування 5892 респондентів у віці 16–44 роки в 14 регіонах. Оцінки чисельності споживачів героїну розраховувались окремо для кожного регіону. Обсяг вибірки в регіонах варіював від 197 до 1029 респондентів. Запитання щодо знайомих у 6 названих ниж-

⁴⁰ Killworth, P. D., McCarty, C., Bernard, H. R., Shelley, G. A., and Johnsen, E. C. Estimation of Seroprevalence, Rape, and Homelessness in the United States Using a Social Network Approach. 1998. Evaluation Review 22:289–308. Published by SAGE Publications, <http://sagepublications.com>

⁴¹ Kadushin, Ch., Killworth, P. D., Bernard, H. R., Beveridge, A.A. Scale-up Methods as Applied to Estimates of Heroin Use. Journal of Drug Issues 0022-0426/06/02, pp. 417–440.

че категоріях населення були включені в дослідження для підрахунку розмірів індивідуальних соціальних мереж респондентів: 1) жертви крадіжки; 2) жертви пограбування; 3) жертви нападів; 4) жертви автомобільних крадіжок; 5) люди, які надмірно вживають алкоголь; 6) люди, які вживають марихуану. Варто зауважити, що «контрольна» чисельність «відомих» груп, із якою порівнювались оцінки чисельності цих груп за методом нарощування соціальних мереж, була отримана із самого дослідження на основі прямих запитань до респондентів щодо їх приналежності до тієї або іншої групи. Середнє співвідношення оціночних та контрольних значень чисельності для цих 6 груп становить 0,943. Оціночна чисельність споживачів героїну виглядає адекватною для міст, для яких є зіставні дані, отримані за іншими методами оцінки. Середній розмір соціальної мережі респондентів у цьому дослідженні становить 55 осіб. Автори дослідження зазначають, що такий невеликий розмір соціальної мережі (с) може бути результатом того, що самі групи, на основі яких проводився розрахунок с, є доволі специфічними і дані для них можуть, як і у випадку споживачів героїну, спотворюватися від поганої трансмісії інформації та ефекту бар'єру. Слід зауважити, що якщо припустити те, що оцінка с у цьому дослідженні може бути заниженою, у такому разі оцінки чисельності споживачів героїну слід вважати завищеними.

Таким чином, метод нарощування соціальної мережі продемонстрував багатообіцяючі результати в контексті оцінки чисельності вразливих груп населення. Проте, варто зауважити, що застосовність методу нарощування соціальних мереж для оцінки чисельності груп ризику до ВІЛ та груп-містків не була досі широко підтверджена і все ще потребує додаткових досліджень. Метод не застосовувався раніше для оцінки чисельності ЖКС, ЧСЧ та груп-містків.

Організація дослідження з використанням методу «нарощування соціальних мереж»

У цьому розділі будуть розглянуті вимоги до дизайну дослідження з використанням методу нарощування соціальних мереж. Ці вимоги можна об'єднати у дві групи:

- вимоги до вибірки;
- вимоги до анкети дослідження.

Збір даних для методу нарощування соціальних мереж може відбуватися в різний спосіб – як шляхом особистих інтерв'ю, так і телефонного чи поштового опитувань. При виборі методу збору даних варто зважати на географію дослідження з огляду на такий об'єктивний чинник, як рівень телефонізації домогосподарств, а також на «response rate», який може дати той чи інший спосіб збору даних.

Вимоги до вибірки. Вимоги до вибірки дослідження задаються означенням генеральної сукупності, яку вона має репрезентувати, а також бажаною шириною довірчого інтервалу для оцінки чисельності.

Генеральна сукупність, яку має репрезентувати вибірка дослідження, визначається завданнями з оцінки чисельності досліджуваних груп. Якщо дослідникам потрібна цифра на рівні країни в цілому, то і вибірка має бути репрезентативною на загальнонаціональному рівні. У разі потреби підрахунків на рівні окремих регіонів, вибірка дослідження має бути також репрезентативною для відповідних регіонів.

Структура анкети дослідження. Анкета дослідження має містити такі блоки:

- запитання для оцінки кількості знайомих, яких респондент має в досліджуваних групах, чисельність яких потрібно визначити;
- запитання для визначення розмірів індивідуальних соціальних мереж респондентів – запитання про кількість людей, яких респондент знає в групах населення, чисельність яких відома для офіційної статистики;
- соціально-демографічні дані про респондента.

Таким чином, обсяг анкети дослідження визначається фактично кількістю груп населення, чисельність яких потрібно оцінити, та кількістю груп, потрібних для визначення розміру соціальних мереж (с). Публікації стосовно цього методу рекомендують використовувати для оцінки розміру мереж 20–0 «відомих» груп, оскільки чим більшою є кількість груп, задіяних в аналізі, тим меншим є стандартне відхилення для оцінки середнього розміру соціальної мережі⁴², у той же час, якщо кількість груп є меншою 20, то оцінки чисельності досліджуваних груп будуть зміщеними. Хоча також було статистично доведено, що і 6–7 груп дають незміщені оцінки⁴³. В одній із останніх робіт з методу нарощування соціальних мереж⁴⁴ автори показали, що чим більшою є сумарна частка «відомих» груп серед загального населення, тим меншою є стандартна похибка оцінки розміру соціальної мережі, причому найбільший спад стандартної похибки відбувається при поступовому збільшенні частки до 0,2, а після досягнення цього значення стандартна похибка вже істотно не зменшується при збільшенні частки «відомих» груп. Цей висновок справджується, у тому числі, для 6, 12 і 18 відомих груп.

Визначення знайомих. Запитання про кількість знайомих респондента, які належать до тієї або іншої групи, вимагають чіткого визначення того, хто може бути віднесений до категорії «знайомих» у даному дослідженні. Усталене визначення знайомих, яке використовується для методу «нарощування соціальних мереж», уже наводилось у загальному вигляді раніше в цьому звіті⁴⁵. У кожному специфічному дослідженні «географія» цього загального визначення повинна уточнюватися, виходячи із завдань дослідження, а саме: якщо дизайн дослідження передбачає оцінку чисельності груп на національному рівні, то визначення знайомих має стосуватися тих знайомих респондента, які проживають в Україні; якщо ж потрібні оцінки для окремих регіонів – наприклад, областей, то і визначення має означати людей, які проживають у певній області.

Відбір груп, чисельність яких відома. Відбір «відомих» груп із доступних джерел потребує дотримання кількох принципів.

По-перше, ці категорії мають задаватися ознаками, які є очевидними для респондентів, – думаючи про своїх знайомих під час інтерв'ю, респонденти на підставі цих ознак повинні мати змогу легко визначити, належить вони до цієї категорії чи ні. Імена знайомих є хорошим прикладом ознак, які легко ідентифікувати респонденту.

⁴² Kadushin, Ch., Killworth, P. D., Bernard, H. R., Beveridge, A.A. Scale-up Methods as Applied to Estimates of Heroin Use. *Journal of Drug Issues* 0022-0426/06/02, pp. 417–440.

⁴³ Killworth, P.D., Johnsen, E.C., McCarty, C., Shelley, G. A., Bernard, H. R. A social network approach to estimating seroprevalence in the United States. *Social Networks* 20 (1998), pp. 23–50.

⁴⁴ McCormick, T.H., Salganik, M.J., Zheng, T. How many people do you know?: Efficiently estimating personal network size. September 16, 2008.

⁴⁵ Респондентам пропонується таке визначення знайомих: «люди, яких Ви знаєте і які знають Вас за зовнішнім виглядом або на ім'я, з якими в разі потреби Ви маєте можливість зв'язатися і з якими Ви контактували протягом останніх двох років особисто або по телефону чи електронній пошті».

По-друге, групи мають бути підбрані за принципом гетерогенності. Включення тільки груп одного типу – наприклад, тільки етнічних груп або тільки категорій людей, які мають певні хвороби, може призвести до похибок бар'єру⁴⁶.

По-третє, групи мають варіювати за своїми розмірами. Включення тільки великих за розміром груп (наприклад, «чоловіки у віці від 20 до 30 років» або «жінки старші 70 років») може внести багато помилок через те, що респондентам складніше оцінювати кількість їхніх знайомих у великих категоріях⁴⁷. Використання тільки малих за чисельністю груп також є поганим підходом і призведе до помилок в оцінках через те, що у вибірці дослідження може бути дуже мало людей, які мають таких знайомих. У роботах авторів методу на-рощування соціальних мереж зустрічається рекомендація відбирати групи, чисельність яких становить від 0,1% до 4% серед загального населення⁴⁸.

Варто включити до числа «відомих» груп такі, які є близькими до досліджуваних груп, – за чисельністю, географічною локалізацією чи рівнем стигматизації.

При виборі груп потрібно намагатись оцінити, принаймні якісно, наскільки великі похибки трансмісії та бар'єру можуть бути пов'язані з тією чи іншою групою.

Вибір категорій населення з відомою чисельністю для цілей дослідження обмежується доступними даними офіційної статистики. Багато груп, які можуть зацікавити дослідника, на жаль, можуть не бути охоплені статистичним обліком. Найкраще, якщо відібрані групи є предметом регулярного моніторингу державних статистичних органів – це зробить можливим проведення повторних досліджень за ідентичною методологією для відстеження змін чисельності досліджуваних груп у часі.

Визначення груп ризику інфікування ВІЛ для респондентів. Особливої уваги потребує визначення груп ризику для респондентів. Усталені в професійній літературі означення цих груп не завжди підходять для респондентів. Терміни «споживачі ін'єкційних наркотиків», «жінки комерційного сексу», «люди, які живуть з ВІЛ», «ЧСЧ» часто можуть бути не знайомі респондентам. Зрозуміло, що дослідникам потрібно «говорити мовою респондентів». Однак стосовно стигматизованих груп населення звикло послуговуватись або образливими назвами – «наркомани», «гомосексуалісти», «проститутки» тощо, або неправильним означенням «хворі на СНІД». Використання таких назв у анкеті тільки збільшить чутливість запитань та нещирість відповідей респондентів на них або ж стосовно «хворих на СНІД» дасть результати, які буде важко інтерпретувати (частина респондентів може правильно розуміти під цим людей, які захворіли на СНІД, інша частина може розуміти це визначення як усіх, хто має ВІЛ). Тому досліднику важливо не тільки використовувати зрозумілі респондентам назви, але й зберегти нейтральність своїх означень.

⁴⁶ Christopher McCarty and H. Russell Bernard. University of Florida. How to conduct a network scale-up survey. Presentation to UNAIDS, New York, NY September 3, 2008.

⁴⁷ Як свідчать результати фокус-груп, проведених американськими дослідниками, а також результати когнітивних інтерв'ю, проведених КМІС у рамках претесту інструментарію українського дослідження, при відповіді на запитання про кількість їхніх знайомих у невеликих за чисельністю групах населення респонденти підраховують кількість своїх знайомих, а коли запитання стосуються великих за розміром груп, то вони дають оцінку чисельності, яка їм здається найбільш близькою до реального числа їхніх знайомих у цих групах.

⁴⁸ Christopher McCarty and H. Russell Bernard. University of Florida. How to conduct a network scale-up survey. Presentation to UNAIDS, New York, NY September 3, 2008.

Обмеження методу нарощування соціальних мереж

Три основні фактори впливають на точність оцінок за методом нарощування соціальних мереж:

- ефекти трансмісії інформації;
- нещирість відповідей респондентів;
- ефекти бар'єру.

Ефект бар'єру може полягати в тому, що стигматизовані групи ризику – такі як СІН, ЖКС та ЧСЧ, є нерівномірно локалізованими на території України. Так, жителі міст, мають більшу ймовірність знати споживачів наркотиків, ніж жителі сільської місцевості⁴⁹. Але якщо вибірка дослідження є репрезентативною для міської та для сільської місцевості, ефекту бар'єру через це не повинно виникати.

У будь-якому разі, в цьому дослідженні можна тільки припускати дію певних ефектів бар'єру, а щоб оцінити вплив цих ефектів, потрібне окреме спеціальне дослідження.

Більш сильний вплив для цих груп ризику можуть мати ефект трансмісії інформації у соціальних мережах та ефект нещирості відповідей респондентів. Групи ризику значною мірою є стигматизованими в Україні, тому представники цих груп можуть приховувати свою поведінку від знайомих, а знайомі можуть не бажати зізнаватися в тому, що знають таких людей. Запитання про те, чи мають респонденти знайомих у стигматизованих «групах ризику» належать до категорії «чутливих», особливо якщо вони ставляться в особистому інтерв'ю, коли респондент має повідомити відповідь інтерв'юєру. Відомо, що на «чутливі запитання» інтерв'ю респонденти можуть давати «соціально бажані» відповіді.

Інформація про дослідження, реалізоване в Україні

Мінімальний вік представників груп ризику, чисельність яких потрібно було визначити в цьому дослідженні, був заданий організацією-замовником (МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні») і становив 10 років. Нижній віковий ценз – 14 років – для вибіркової сукупності був визначений з кількох причин. По-перше, з етичних міркувань, запитання про групи ризику інфікування ВІЛ можуть мати негативний вплив на дітей, які молодші 14 років. По-друге, для дітей 10–13 років сутність запитань анкети була би більш складною для розуміння, ніж для решти респондентів, що при відповіді на ключові запитання призвело б до великої кількості відповідей «важко сказати» або «не знаю». По-третє, у загальній практиці при опитуванні дітей використовується форма інформованої згоди на участь у дослідженні, яку зобов'язані прочитати батьки перед тим, як погодитись на участь їхньої дитини в дослідженні. Чутливий характер запитань анкети, зокрема запитань про людей, що надають сексуальні послуги, чи людей, що споживають наркотики, спричинив би істотну кількість відмов батьків від опитування їхніх дітей.

Інструментарій дослідження. Особливості анкети

Респондентам ставилося по 2 запитання про кількість представників різних груп населення серед знайомих респондентів. Відповідно до завдання дослідження – визначити чисельність груп ризику (СІН, РКС, ЧСЧ) та груп-містків на національному та обласному рівнях – респондентам ставилось

⁴⁹ З даними цього дослідження, реалізованого за методом «нарощування соціальних мереж», жителі міст знають у 2,5 рази більше СІН, ніж жителі сільської місцевості.

запитання про загальну кількість знайомих певної категорії, що проживають в Україні, та окреме запитання про кількість тих, хто проживає за межами області (для міст Києва та Севастополя – за межами цих міст). Це було зроблено для того, щоб на етапі аналізу регіональних даних розрахувати кількість знайомих, які проживають у межах області.

Разом із запитаннями щодо чисельності знайомих респондентів у певних групах населення респондентам було запропоновано оцінити рівень поваги оточуючих до цих груп в українському суспільстві. Ці дані було використано для оцінки рівня замовчування респондентами кількості своїх знайомих у групах з низьким рівнем поваги оточуючих, до яких належать як групи ризику інфікування ВІЛ, так і групи-містки.

«Статистично відомі» групи населення. Перелік груп відомої чисельності, які були використані в дослідженні, включав 22 групи:

- Чоловіки віком від 20 до 30 років;
- Чоловіки віком від 15 до 17 років;
- Чоловіки старші 70 років;
- Жінки віком від 20 до 30 років;
- Жінки віком від 15 до 17 років;
- Жінки старші 70 років;
- Діти (хлопчики і дівчатка) віком від 10 до 13 років;
- Молдавани;
- Румуни;
- Поляки;
- Євреї;
- Цигани;
- Інваліди I групи⁵⁰;
- Лікарі будь-якої спеціальності;
- Люди, які померли в 2007 році;
- Чоловіки з ім'ям Павло;
- Чоловіки, що перебували в місцях позбавлення волі у 2007 році;
- Чоловіки, які офіційно розлучились у 2007 році;
- Жінки, які народили дитину у 2007 році;
- Доктори і кандидати наук, що отримали науковий ступінь в Україні протягом останніх 15 років;
- Медсестри, медичні брати, санітари і санітарки;
- Міліціонери.

Певні групи були обмежені даними 2007 року (померлі; жінки, що народили, чоловіки, які офіційно розлучились; чоловіки, які перебували в місцях позбавлення волі) з причини відсутності статистичних даних щодо їх чисельності у 2008 році. Для цих груп запитання анкети ставились також щодо 2007 року.

Статистика чисельності етнічних груп була взята з даних Всеукраїнського перепису населення через відсутність більш свіжих даних в офіційних установах, що займаються їх збором та підрахунком. Варто також зауважити, що чисельність етнічно-національних груп включає в себе людей віком менше 10 років, але отримати зріз за віком у статистичних даних щодо цих груп не виявилось можливим. Проте, можна припустити, що це вносить невеликі зсуви в дані щодо чисельності, якими можна знехтувати.

⁵⁰ Інваліди I групи – люди з різко вираженим обмеженням життєдіяльності, обумовленим захворюваннями, травмами, уродженими дефектами, які призводять до соціальної дезадаптації через неможливість навчатися, спілкуватися, пов'язані з ускладненнями в орієнтації, контролі над власною поведінкою, труднощами з переміщенням, самообслуговуванням, участю в трудовій діяльності, якщо зазначені порушення викликають потребу в постійному сторонньому догляді й допомозі. Респондентам давалось відповідне роз'яснення.

Група «доктори і кандидати наук, які отримали науковий ступінь в Україні протягом останніх 15 років» спочатку задумувалася як «доктори і кандидати наук», але відсутність офіційної статистики щодо загальної чисельності людей з таким науковим ступенем в Україні змусила змінити визначення цієї групи.

Чисельність міліціонерів визначається спеціальним Законом України, останні поправки до якого вносилися 18.05.2004 року, у цьому дослідженні припускається, що чисельність цієї групи не змінювалася з того часу.

Загальна частка «відомих» груп серед загального населення становить 0,47.

Результати оцінки ефекту нещирості відповідей респондентів, реалізованої в дослідженні

Наскільки щирими є відповіді респондентів щодо їхніх знайомих у групах ризику, які були отримані в цьому дослідженні? Для отримання відповіді на це запитання був проведений аналіз додаткових даних, зібраних у ході дослідження.

Одним із вимірів стигматизованості суспільної групи може бути оцінка рівня суспільної поваги до представників групи. У той же час, оцінка поваги може бути непрямою оцінкою щирості відповідей респондентів про кількість знайомих у групах ризику.

За результатами дослідження було проаналізовано кількість знайомих у групах ризику, про яку повідомили респонденти, в залежності від оцінок поваги до цієї групи (табл. 4 та 5). Цей аналіз показав, що спостерігається така залежність: чим нижчою є оцінка суспільної поваги по відношенню до групи, тим про меншу кількість знайомих у цій групі повідомляють респонденти. Ця закономірність порушується тільки в деяких випадках – тоді, коли кількість опитаних, що вказали на високу чи дуже високу суспільну повагу, менша 60 осіб, бо ці дані стають статистично недостовірними, теоретична похибка вибірки перевищує 15%.

Таблиця 4

СІН, ЖКС, ЧСЧ – середні оцінки кількості знайомих для груп ризику за рівнями поваги

Рівень поваги*	СІН		ЖКС		ЧСЧ	
	Середня кількість знайомих	n – розмір вибірки*	Середня кількість знайомих	n – розмір вибірки	Середня кількість знайомих	n – розмір вибірки
Дуже низька	0,382	7094	0,107	5673	0,022	7857
Низька	0,380	2606	0,129	3208	0,059	1733
Середня	1,486	461	0,351	919	0,059	405
Висока	0,055	58	0,414	142	0,122	47
Дуже висока	0,000	11	0,260	29	0,216	25
Всього у вибірці	0,429	10229	0,141	9971	0,0305	10068

* Варіант «Важко сказати, не знаю» в оцінці рівня суспільної поваги не враховувався в аналізі.

Чоловіки-РКС, сексуальні партнери СІН, клієнти ЖКС – середні оцінки кількості знайомих у групах за рівнями поваги

Рівень поваги*	Чоловіки – РКС		Сексуальні партнери СІН		клієнти ЖКС	
	Середня кількість знайомих	n – розмір вибірки*	Середня кількість знайомих	n – розмір вибірки	Середня кількість знайомих	n – розмір вибірки
Дуже низька	0,008	6802	0,078	6490	0,129	5786
Низька	0,010	2539	0,084	2543	0,212	2271
Середня	0,016	510	0,139	574	1,234	1172
Висока	0,170	81	0,141	73	3,221	118
Дуже висока	0,000	24	0,061	25	2,899	30
Всього у вибірці	0,010	9956	0,0833	9705	0,3353	9378

* Варіант «Важко сказати, не знаю» в оцінці рівня суспільної поваги не враховувався в аналізі.

Таким чином, корекція оцінок респондентів на повагу може базуватися на припущенні про те, що найменш зміщеними є оцінки числа знайомих у групі ризику в тих респондентів, які оцінили повагу до групи як «середню», тобто дали нейтральну оцінку.

Для корекції оцінок респондентів для кожної групи за рівнем поваги можуть бути розраховані такі ваги:

$$W_i = M_i/M_3,$$

де W_i – вага кожної групи за рівнем поваги («i» змінюється від 1 до 5, тобто це ті групи респондентів, що дали «дуже низьку», «низьку», «високу», «середню» чи «дуже високу» оцінку поваги певній групі ризику, що розглядається);

M_i – середня кількість знайомих з певної групи ризику в i-й групі респондентів за рівнем поваги;

M_3 – середня кількість знайомих у групі респондентів, які дали «середню» оцінку поваги.

Ваги потрібно застосовувати до середніх у відповідних групах.

РОЗРАХУНКИ ОЦІНОЧНОЇ ЧИСЕЛЬНОСТІ СІН

У цьому дослідженні група СІН визначалась як група людей віком від 10 років і старше, які мали досвід вживання наркотиків ін'єкційним шляхом протягом останніх 12 місяців. У дослідженні чисельність СІН також оцінювалась окремо для вікових категорій 10–14 років та 15–17 років. Нижче наведені запитання анкети, які ставилися респондентам.

Запитання анкети:

«Чи знаєте ви людей віком від 10 років, які в останні 12 місяців вживали наркотики через ін'єкції – роблячи собі уколи? Скільки їх?

Скільки з них молодші 15 років?

Скільки з них віком від 15 до 17 років включно?»⁵¹

Таблиця 6

Оцінки чисельності СІН на національному рівні за методом нарощування соціальних мереж⁵²

Група	Оцінка чисельності	Довірчий інтервал оцінки (95%) ⁵³
Люди, які в останні 12 місяців вживали наркотики через ін'єкції – роблячи собі уколи	103 000	85 000–112 000
Молодші 15 років	7 700	4 800–9 700
15–17 років	17 000	14 000–20 000

Наскільки точно отримані оцінки відображають дійсну чисельність СІН в Україні? Для цього потрібно порівняти отримані дані з оцінками, отриманими за допомогою інших методів (будуть наведені нижче), або з даними статистики.

Дані статистики для групи СІН за станом на 1 січня 2009 року (кількість осіб, які перебувають на обліку в органах внутрішніх справ (ОВС) у зв'язку з вживанням наркотиків) дають цифру в 174 110 осіб. На середину 2008 року на обліку в установах охорони здоров'я (УОЗ) у зв'язку із вживанням наркотичних речовин перебувало загалом 166 659 осіб. І хоча для групи СІН наведені статистичні дані не можна вважати валідними та надійними – як через особливості ведення обліку, так і через те, що обидва реєстри, як органів внутрішніх справ, так і органів охорони здоров'я, не виокремлюють осіб, які вживають наркотики саме ін'єкційним шляхом⁵⁴, думки українських експертів, які працюють з цими групами в сфері профілактики ВІЛ/СНІД, сходяться на тому, що оцінки чисельності споживачів ін'єкційних наркотиків, отримані з використанням методу нарощування соціальних мереж є заниженими.

⁵¹ Нагадаємо, що під знайомими в цьому дослідженні малися на увазі люди, які проживають в Україні, яких респонденти знають і які знають їх за зовнішнім виглядом або на ім'я, з якими в разі потреби респонденти можуть зв'язатися і з якими вони контактували протягом останніх двох років особисто або по телефону чи електронній пошті.

⁵² Детальний опис методології розрахунку показників чисельності досліджуваних груп див. у попередньому підрозділі цього звіту.

⁵³ Розраховано для фіксованих оцінок розмірів соціальних мереж «с».

⁵⁴ Ймовірно, що і дані щодо чисельності СІН, отримані за методом «нарощування соціальних мереж», можуть також включати дані про споживачів інших наркотиків – респондентам може бути доволі складно розрізнити, чи вживають їхні знайомі наркотики саме ін'єкційно чи в інший спосіб, особливо якщо це люди, яких вони не досить добре знають.

Якщо це так, у чому можуть полягати причини недооцінки чисельності груп ризику? З одного боку, заниження чисельності СІН можна пояснити дією ефекту бар'єру, який може полягати в тому, що групи ризику – такі, як СІН, є нерівномірно локалізованими на території України. Дію ефекту бар'єру можна також припустити для частини СІН, які можуть обмежуватися спілкуванням лише з іншими споживачами наркотиків (мова йде про спільне проживання і споживання наркотику). Про цю групу найбільш ймовірно будуть знати самі її представники, їхні родичі та сусіди. Це може означати, що чисельність цієї частини СІН у цьому дослідженні можна оцінити тільки зі слів їх самих, їхніх співмешканців, родичів та сусідів, що, у свою чергу, за недостатньої представленості таких респондентів у вибірці, може призводити до заниження загальної оцінки СІН.

У будь-якому разі, в цьому дослідженні можна тільки припускати дію певних ефектів бар'єру, але для оцінки їхнього впливу потрібне проведення окремого дослідження.

З іншого боку, і це здається більш суттєвим, причина заниження оцінок чисельності СІН може полягати в нещирості відповідей респондентів. Споживачі ін'єкційних наркотиків є досить стигматизованими в Україні, що може впливати на щирість відповідей респондентів при оцінці кількості знайомих СІН. Одним із вимірів стигматизованості суспільної групи може бути оцінка рівня суспільної поваги по відношенню до цієї групи. Виходячи з припущення про те, що оцінка суспільної поваги може бути непрямою оцінкою щирості відповідей респондентів про кількість знайомих у групах ризику, було здійснено корекцію оцінок чисельності знайомих СІН респондентами, використовуючи дані щодо рівня поваги до СІН, які були зібрані в цьому дослідженні.

Скореговані оцінки чисельності СІН виглядають таким чином:

Таблиця 7

Оцінки чисельності СІН на національному рівні після корекції похибки нещирості відповідей респондентів

Група	Оцінка чисельності	Довірчий інтервал оцінки (95%)
Люди, які в останні 12 місяців вживали наркотики через ін'єкції – роблячи собі уколи	358 000	285 000–389 000
<i>Молодші 15 років</i>	<i>28 000</i>	<i>17 000–34 000</i>
<i>15–17 років</i>	<i>59 000</i>	<i>49 000–69 000</i>

Таким чином, за даними дослідження з використанням методу нарощування соціальних мереж, СІН у віці 10–15 років становлять 8% серед усіх СІН, 24% СІН є неповнолітніми.

Регіональні оцінки чисельності СІН за цим методом обраховують кількість СІН віком від 10 років і старше. Для окремих регіонів оцінки розраховані серед усього населення – як жителів міської, так і сільської місцевості.

Регіональні оцінки чисельності СІН за методом «нарощування соціальних мереж» з корекцією похибки нещирості відповідей респондентів

АР Крим/ Область/ Місто	Оцінка чисель- ності ЖКС	95% інтервал, нижня границя	95% інтервал, верхня границя
АР Крим	33 100	17 700	48 400
м. Київ	29 200	11 600	46 800
Київська	15 200	7 800	22 600
Вінницька	10 500	4 600	16 300
Волинська	5 600	1 400	10 000
Дніпропетровська	54 900	30 100	79 800
Донецька	18 000	5 800	29 900
Житомирська	7 100	3 700	10 600
Закарпатська	600	0	1 500
Запорізька	38 900	25 800	51 900
Івано-Франківська	3 900	600	7 200
Кіровоградська	11 800	2 600	20 900
Луганська	23 000	7 100	38 900
Львівська	13 600	5 900	21 300
Миколаївська	9 100	3 800	14 500
Одеська	8 100	2 500	13 600
Полтавська	10 600	3 500	17 800
Рівненська	2 800	900	4 600
Сумська	6 000	2 400	9 600
Тернопільська	3 100	1 300	4 900
Харківська	16 600	5 100	28 100
Херсонська	9 400	4 700	14 200
Хмельницька	11 900	6 800	17 700
Черкаська	7 400	2 400	12 300
Чернівецька	1 400	300	2 700
Чернігівська	12 000	6 200	17 900
Севастополь	8 100	3 500	12 700

РОЗРАХУНКИ ОЦІНОЧНОЇ ЧИСЕЛЬНОСТІ РКС

У цьому дослідженні чисельність групи РКС оцінювалась окремо для чоловіків та жінок, які надають сексуальні послуги за плату (віком від 10 років і старше), які мали відповідний досвід протягом останніх 12 місяців. У дослідженні чисельність чоловіків та жінок_РКС також оцінювалась окремо для вікових категорій 10–14 років та 15–17 років. Нижче наведені запитання анкети, які ставилися респондентам.

Жінки-РКС (ЖКС). Запитання анкети:

«Чи є серед ваших знайомих жінки (дівчата) віком від 10 років, які в останні 12 місяців надавали сексуальні послуги за плату? Скільки їх?

Скільки з них молодші 15 років?

Скільки з них віком від 15 до 17 років включно?»

Таблиця 9

Оцінки чисельності ЖКС на національному рівні за методом «нарощування соціальних мереж»

Група	Оцінка чисельності	Довірчий інтервал оцінки (95%)
Жінки (дівчата), які в останні 12 місяців надавали сексуальні послуги за плату	34 000	27 000 – 39 000
Молодші 15 років	1 600	940–2 200
15–17 років	7 800	5 200–10 000

Наскільки точно отримані оцінки відображають чисельність ЖКС в Україні? Для визначення цього потрібно мати релевантні альтернативні оцінки для порівняння – оцінки, отримані за допомогою інших методів (будуть наведені нижче), або ж дані офіційних статистичних джерел. Варто зазначити, що для групи ЖКС в Україні не збираються статистичні дані. Водночас, українські експерти, які працюють з групою ЖКС у сфері профілактики ВІЛ/СНІД, вважають, що оцінки чисельності ЖКС, отримані за методом нарощування соціальних мереж, є заниженими.

Якими можуть бути причини заниження оціночної чисельності ЖКС за методом нарощування соціальних мереж? Можна припустити, що однією з причин є дія ефекту бар'єру. Так, багато ЖКС на літо мігрують до Криму, який на цей час стає найбільшою курортною територією країни. Але це явище не можна розглядати як ефект бар'єру в цьому дослідженні, оскільки респонденти розглядають для своїх знайомих період 2 роки, а ця міграція має тільки сезонний характер.

З іншого боку, дія ефекту бар'єру може полягати в тому, що частина з ЖКС (ті, що надають сексуальні послуги «на квартирах») можуть проживати «за місцем роботи» і не мати можливості підтримувати соціальні зв'язки, окрім «робочих» – з іншими ЖКС, сутенерами та з клієнтами. Це може означати, що про цю частину ЖКС у дослідженні можна дізнатися тільки зі слів їхніх клієнтів, сутенерів або сусідів, які потрапили до вибірки дослідження. У разі, якщо ці групи через свою малу чисельність є недостатньо представлені у вибірці дослідження, це може призводити до заниження чисельності ЖКС, які надають сексуальні послуги «на квартирах» і, як результат, до отримання загальної низької оцінки чисельності ЖКС в країні.

Іншою проблемою може бути недосягнення в дослідженні тих, хто більш ймовірно знає ЖКС, – їхніх клієнтів. Може бути так, що в дослідженні не досягається така частина клієнтів ЖКС, як водії-далекобійники, які є клієнтами так званих «трасових» ЖКС. Ці люди більшість свого часу можуть проводити в дорозі в службових відрядженнях, і тому їх складно охопити в опитуваннях, які проводяться в домогосподарствах. Якщо це дійсно так, то це тільки частина клієнтів ЖКС, чисельність якої, проте, у цьому дослідженні не можна оцінити.

Однією з основних причин заниження оцінок чисельності за цим методом може бути похибка через нещирість відповідей респондентів. Група ЖКС значною мірою є стигматизованою в Україні, члени цієї групи можуть приховувати свою поведінку від знайомих, а знайомі можуть не бажати зізнаватися в тому, що знають таких людей. Непрямою оцінкою щирості відповідей респондентів про кількість знайомих у групах ризику може слугувати оцінка суспільної поваги по відношенню до групи. Відповідно, на основі даних дослідження щодо рівня суспільної поваги до відношенню до ЖКС (на основі оцінок респондентів дослідження) можна здійснити корекцію оцінок чисельності групи ЖКС з огляду на нещирість відповідей респондентів.

Скореговані дані для групи ЖКС є такими:

Таблиця 10

Оцінки чисельності ЖКС на національному рівні за методом «нарощування соціальних мереж» після корекції похибки нещирості відповідей респондентів

Група	Оцінка чисельності	Довірчий інтервал оцінки (95%)
Жінки (дівчата), які в останні 12 місяців надавали сексуальні послуги за плату	81 000	65 000–93 000
<i>Молодші 15 років</i>	<i>3 800</i>	<i>2 200–5 300</i>
<i>15–17 років</i>	<i>17 000</i>	<i>12 000–24 000</i>

Таким чином, за оцінками цього дослідження, 26% ЖКС неповнолітні.

Регіональні оцінки

Регіональні оцінки чисельності ЖКС за цим методом визначають кількість ЖКС віком від 10 років і старше. Для окремих областей оцінки розраховані серед усього населення регіонів – як жителів міської, так і сільської місцевості.

Регіональні оцінки чисельності ЖКС за методом «нарощування соціальних мереж» з корекцією похибки нещирості відповідей респондентів

АР Крим/ Область/ Місто	Оцінка чисельності ЖКС	95% інтервал, нижня границя	95% інтервал, верхня границя
АР Крим	9 100	3 700	14 600
м. Київ	2 000	100	4 100
Київська	2 100	700	3 600
Вінницька	4 000	500	7 800
Волинська	500	0	1 200
Дніпропетровська	4 700	1 400	8 600
Донецька	9 500	1 700	18 500
Житомирська	2 500	200	4 800
Закарпатська	1 500	400	2 600
Запорізька	13 600	7 900	19 200
Івано-Франківська	1 100	300	2 100
Кіровоградська	2 300	900	3 600
Луганська	9 200	3 200	15 000
Львівська	3 200	1 700	4 800
Миколаївська	1 400	400	2 300
Одеська	2 200	0	4 900
Полтавська	2 600	600	5 000
Рівненська	600	200	1 000
Сумська	1 800	500	3 300
Тернопільська	300	0	600
Харківська	5 900	2 600	9 400
Херсонська	4 000	0	11 200
Хмельницька	2 000	1 000	3 100
Черкаська	2 900	0	5 800
Чернівецька	1 000	200	1 900
Чернігівська	500	0	1 500
м. Севастополь	500	200	800

Чоловіки-РКС. Запитання анкети:

«Чи є серед Ваших знайомих чоловіки (хлопці) віком від 10 років, які в останні 12 місяців надавали сексуальні послуги за плату? Скільки їх?
Скільки з них молодші 15 років?
Скільки з них віком від 15 до 17 років включно?»

Оцінка чисельності чоловіків, які надавали сексуальні послуги за плату, на національному рівні за методом «нарощування соціальних мереж»

Група	Оцінка чисельності	Довірчий інтервал оцінки (95%)
Чоловіки (хлопці), які в останні 12 місяців надавали сексуальні послуги за плату	2400	1800–3400
<i>Молодші 15 років</i>	<i>443</i>	<i>0–1200</i>
<i>15–17 років</i>	<i>292</i>	<i>107–512</i>

Виходячи із неадекватності базових оцінок чисельності ЖКС, отриманих за цим методом, доцільним є проведення відповідної корекції оцінок чисельності з огляду на нещирість відповідей респондентів також і для групи чоловіків, які надають сексуальні послуги за плату. Нижче наведені оцінки чисельності, скореговані на похибку нещирості відповідей респондентів через суспільну стигматизацію по відношенню до групи чоловіків-РКС.

Оцінки чисельності чоловіків, які надавали сексуальні послуги за плату, на національному рівні за методом «нарощування соціальних мереж», після корекції похибки нещирості відповідей респондентів

Група	Оцінка чисельності	Довірчий інтервал оцінки (95%)
Чоловіки (хлопці), які в останні 12 місяців надавали сексуальні послуги за плату	3700	2800–5200
<i>Молодші 15 років</i>	<i>700</i>	<i>0–800</i>
<i>15–17 років</i>	<i>500</i>	<i>200–800</i>

З огляду на визначену малу чисельність групи чоловіків-РКС на національному рівні та, через це, недостовірність даних, отриманих для окремих регіонів, на регіональному рівні чисельність чоловіків-РКС за методом нарощування соціальних мереж не визначалась.

РОЗРАХУНКИ ОЦІНОЧНОЇ ЧИСЕЛЬНОСТІ ЧСЧ

У дослідженні, реалізованому з використанням методу «нарощування соціальних мереж», група ЧСЧ визначалась як група чоловіків віком від 10 років і старше, які мали секс із чоловіками протягом останніх 12 місяців. Чисельність ЧСЧ також оцінювалась окремо для вікових категорій 10–14 років та 15–17 років.

На етапі планування дослідження ставилася під сумнів можливість адекватної оцінки для такої закритої групи, як ЧСЧ. Через значну закритість групи сексуальна поведінка чоловіків, які мають секс із чоловіками, може бути менш відома знайомим з їх оточення (тим, хто сам не належить до ЧСЧ), тому оцінка за цим методом для чисельності ЧСЧ може бути менш адекватною, ніж для інших досліджуваних груп. Тим не менше, у випадках, коли сам респондент належить до групи ЧСЧ, у нього, скоріше за все, є достатньо таких знайомих, і тому мінімальну оцінку чисельності цієї групи за методом нарощування соціальних мереж можна отримати.

Нижче наведені запитання анкети, які ставилися респондентам.

Запитання анкети:

«Чи знаєте Ви чоловіків (хлопців) віком від 10 років, які в останні 12 місяців мали секс із чоловіками? Скільки таких Ви знаєте?

Скільки з них молодші 15 років?

Скільки з них віком від 15 до 17 років включно?»

Таблиця 14

Оцінки чисельності ЧСЧ на національному рівні за методом «нарощування соціальних мереж»

Група	Оцінка чисельності	Довірчий інтервал оцінки (95%)
Чоловіки, які в останні 12 місяців мали секс із чоловіками	7200	5300–9100
Молодші 15 років	258	0-540
15–17 років	198	107-314

Достатньо очевидно, що група ЧСЧ є дуже недооціненою за методом нарощування соціальних мереж. У чому може бути причина такої значної недооцінки цієї групи за цим методом? Найбільш імовірно, що основна причина полягає в значній стигматизації групи ЧСЧ в українському суспільстві⁵⁵, та, відповідно, у тому, що ЧСЧ приховують свою сексуальну поведінку навіть від свого найближчого оточення. У цьому дослідженні було оцінено рівень суспільної поваги, який, на думку респондентів, має місце в Україні.

Оцінка рівня суспільної поваги може вважатися непрямую оцінкою щирості відповідей респондентів – логічно припустити, що усвідомлення значної стигматизованості суспільної групи закономірно має призводити до бажання приховати наявність членів групи серед знайомих, а отже, негативно впливати на щирість відповідей респондентів. З огляду на це, було здійсне-

⁵⁵ За даними КМІС, у 2006 році 29% дорослого населення (проти 35% у 1991 році) було проти того, щоб суспільство ставилося до ЧСЧ як до всіх інших людей, ще 16% (проти 9% в 1991) було почасти проти, почасти за це.

но корекцію оцінок чисельності ЧСЧ з урахуванням похибки нещирості відповідей респондентів.

Скореговані оцінки чисельності ЧСЧ виглядають наступним чином:

Таблиця 15

Оцінки чисельності ЧСЧ на національному рівні після корекції похибки нещирості відповідей респондентів

Група	Оцінка чисельності	Довірчий інтервал оцінки (95%)
Чоловіки, які в останні 12 місяців мали секс із чоловіками	14 000	10 000–17 000
<i>Молодші 15 років</i>	<i>500</i>	<i>0–1 000</i>
<i>15–17 років</i>	<i>400</i>	<i>80–600</i>

Але і після такої корекції отримані оцінки чисельності ЧСЧ для країни не є адекватними.

Окрім можливої нещирості відповідей респондентів слід зважати також і на те, що, на відміну від СН чи, навіть, ЖКС, ризикована поведінка ЧСЧ – тобто сексуальна поведінка, може бути менш «видимою» для знайомих – знайомі можуть і не здогадуватись про цю поведінку і дізнаватися про неї тільки якщо ЧСЧ їм самі про це повідомлять. Отже, при застосуванні методу нарощування соціальних мереж для оцінки чисельності ЧСЧ можуть виникати так звані «похибки трансмісії» через соціальну прихованість або невидимість цієї групи. Чоловіки, які мають секс із чоловіками, через стигматизацію і страх дискримінації можуть тримати свою поведінку в таємниці навіть від найближчого оточення.

«Похибка трансмісії» не перетинається із похибкою нещирості відповідей респондентів, яка була оцінена та скорегована в цьому дослідженні на основі оцінок суспільної поваги. Якщо людину не поважають за належність до групи, значить, знайомі знають про цю належність, і навпаки – якщо не знають, то не можуть поважати чи не поважати через цю належність. Тобто коректна оцінка чисельності ЧСЧ має дорівнювати оцінці, що була отримана в результаті застосування методу нарощування соціальних мереж, плюс ті ЧСЧ, котрих респонденти не включили до числа свої знайомих через неповагу, і плюс ті ЧСЧ, кого не включили через незнання (через похибку трансмісії). Загальна корекція цих двох похибок має бути добутком двох коефіцієнтів корекції або, іншими словами, корекція на видимість має застосовуватися до даних, уже скорегованих на повагу.

У рамках цього дослідження була здійснена спроба оцінити можливі значення похибки трансмісії у додатковому швидкому якісному дослідженні ЧСЧ. Також було реалізовано пошук відповідних даних у доступних результатах інших досліджень ЧСЧ, які проводилися в Україні. Оскільки це додаткове дослідження було якісним, його результати не можна вважати надійними. Окрім того, щодо валідності даних у цьому дослідженні теж є свої застереження, оскільки не було можливості опитувати членів соціальних мереж респондентів.

7–9 березня 2009 року були проведені інтерв'ю з ЧСЧ. 108 ЧСЧ було опитано в Києві, Донецьку, Одесі та Львові. Рекрутинг респондентів здійснювався силами соціальних працівників недержавних організацій, які працюють з групами ризику. До участі в дослідженні залучались представники груп ризику з числа клієнтів НУО. Окрім демографічних квот набір респондентів регулювався обов'язковою умовою – наявністю досвіду ризикованої

поведінки протягом останніх 12 місяців (секс із чоловіками). Методи збору даних включали комбінацію особистих і телефонних інтерв'ю та самостійного заповнення. Інтерв'ю проводили соціальні працівники партнерських організацій МБФ «Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». Опитування проводилося за формалізованою анкетною.

У цьому дослідженні респондентів просили, використовуючи весь потрібний для цього час, скласти повний список їхніх знайомих, які підпадають під визначення, що застосовувалося в репрезентативному опитуванні населення за методом «нарощування соціальних мереж». Кількість людей у списках фіксувалася в інтерв'ю. Потім респонденту ставилося загальне запитання про те, скільки людей зі списку знають про його приналежність до групи ризику. Респондентів також просили розбити список на підгрупи (родичі, друзі, приятелі, колеги по роботі, сусіди та ін.) і сказати, скільки людей у таких групах і скільки з них знають про те, що вони мають секс із чоловіками.

Беручи до уваги те, що соціальні мережі клієнтів НУО, які були респондентами в цьому опитуванні, включають соціальних працівників цих організацій, а також інших ЧСЧ, які напевно знають про належність респондентів до груп ризику, респондентів просили при створенні списків знайомих не включати цих людей (в кінці анкети ставились окремі запитання про кількість таких знайомих у респондентів).

За результатами цього дослідження (див. табл. 16 нижче), виявилось, що тільки 24% знайомих ЧСЧ знають про їх приналежність до цієї групи, тоді як переважна частина (76%) знайомих не знають про це⁵⁶. Таким чином, можна припустити, що в загальному дослідженні, реалізованому з використанням методу нарощування соціальних мереж, отримані оцінки чисельності ЧСЧ ґрунтуються на даних, які повідомили тільки 24% їхніх знайомих, решта 76% не повідомили про наявність ЧСЧ серед їхніх знайомих через те, що в їхньому випадку діяла похибка трансмісії. Відповідно, коефіцієнт корекції отриманих даних, з урахуванням похибки трансмісії, має становити 4,17.

Таблиця 16

Оцінка кількості людей у соціальних мережах ЧСЧ, які знають/не знають про їхню ризиковану поведінку

Група	Опитано	% людей у списку, які знають про ризиковану поведінку	% людей, які не знають	Коефіцієнт корекції
ЧСЧ	108	24%	76%	4,17

Як уже зазначалося, отримані дані не є надійними через занадто малі й нерепрезентативні вибірки. Окрім цього, дані про відсоток тих, хто знає, є заниженими, бо не враховують поширення інформації серед членів мережі респондентів.

Пошук релевантних даних у результатах інших досліджень, які проводилися серед груп ризику в Україні, дозволив отримати додаткові, більш надійні дані для групи ЧСЧ (див. табл. 17–19). Проте, валідність їх усіх для вимірювання похибки трансмісії також викликає запитання.

⁵⁶ Варто зауважити, що ці оцінки отримані зі слів самих ЧСЧ і не враховують вторинного поширення інформації всередині соціальної мережі (частина знайомих можуть дізнаватися про сексуальну поведінку ЧСЧ не від нього самого, а зі слів інших спільних знайомих, про що, відповідно, сам ЧСЧ може не знати), і реальний відсоток тих знайомих у мережі, які знають про сексуальну поведінку ЧСЧ, може бути вищим.

Українське опитування ЧСЧ: інтернет-сайт qguys.ru, 2009 рік

«Хто знає, що ти гей (бісексуал)?»	Кількість	% до опитаних ЧСЧ
Не приховую	1 300	10%
І так видно	251	2%
Близькі друзі	6 478	50%
Родичі	1 424	11%
Співробітники	478	4%
Про мене ніхто не знає	4 399	34%
РАЗОМ	12 829	112%

Як зазначають експерти, які працюють зі спільнотою ЧСЧ в Україні, цей сайт є дуже популярним серед цільової групи в Україні, але, у той же час, на ньому зареєстрована більш активна частина спільноти ЧСЧ.

Як показує аналіз масиву даних інтернет-опитування, пункт «ніхто не знає» включає 5% тих, хто відмітив й інші категорії. Окрім того, як показують дані дослідження «Нашого світу» (див. табл. 17), цей варіант, скоріше за все, означає «ніхто, крім малого кола інших ЧСЧ», бо якщо в переліку можливих відповідей є такий варіант, то повністю закритими є тільки 4% ЧСЧ.

Таблиця 18

Опитування ЧСЧ: «Наш Світ», 2005 рік⁵⁷ (поштове опитування за базою клієнтів організації; метод снігової кулі)

Відкритість ЧСЧ	Кількість	% до опитаних ЧСЧ
Відкриті до усіх	85	10%
Відкриті до широкого кола друзів	153	18%
Відкриті до членів сім'ї та близьких друзів	230	27%
Відкриті до малого кола інших ЧСЧ	348	41%
Закриті для усіх	34	4%
РАЗОМ	850	100%

Альтернативну оцінку дають дані, отримані в дослідженні 800 ЧСЧ Центром соціальних експертиз інституту соціології НАНУ (див. табл. 19 нижче), реалізованому в 7 обласних центрах за вибіркою «снігова куля».

Таблиця 19

Опитування ЧСЧ: «Центр соціальних експертиз інституту соціології НАНУ», 2004 рік (800 опитаних у 7 обласних центрах, вибірка «снігова куля»)

Ознаки внутрішньої дискримінації	% тих, хто погодився з твердженням
Я намагаюся усе робити так, щоб люди не дізналися, що я вступаю в статеві контакти з чоловіками, бо я боюся, що мене викриють	57%

⁵⁷ Gay Rights are Human Rights. Report about discrimination on the grounds of sexual orientation in Ukraine. Nash Mir (Our World) Gay and Lesbian Center. Kyiv, 2005.

Таким чином, коефіцієнт для корекції похибки трансмісії при оцінці чисельності ЧСЧ, який було отримано у швидкому якісному дослідженні, може бути уточнений з використанням даних інших досліджень. У табл. 20 зведені дані всіх проаналізованих досліджень, а також розраховані додаткові оцінки трансмісії інформації в мережах знайомих ЧСЧ, а саме: враховані мережі тих ЧСЧ, які частково (в тій або іншій мірі) розкривають свій статус знайомим (знання в таких мережах оцінено як 50%).

Таблиця 20

Узагальнені дані всіх проаналізованих досліджень, для корекції оцінок чисельності ЧСЧ на похибку трансмісії, та можливі коефіцієнти корекції (кіль-ть)

	Знають	Частково знають	Не знають	Не знають (+50% від частково знають)
Якісна оцінка	24	0	76	76
qguys.ru	16	55	29	57
Наш світ	28	68	4	38
Центр соц. експертиз	43	0	57	57

Якщо умовно прийняти, що не знають про сексуальну поведінку ЧСЧ 57% їхніх знайомих (а знають 43%), то коефіцієнт корекції для оцінки чисельності ЧСЧ дорівнює $K=100/43=2,3$.

Застосування відповідної корекції до оцінок чисельності ЧСЧ за методом «нарощування соціальних мереж», попередньо скорегованих на похибку нещирості відповідей респондентів, дає такі оцінки для груп ризику:

Таблиця 21

Оцінки чисельності ЧСЧ на національному рівні після корекції похибок нещирості відповідей респондентів та трансмісії

Група	Оцінка чисельності	Довірчий інтервал оцінки (95%)
Чоловіки, які в останні 12 місяців мали секс із чоловіками	32 000	23 000–39 000
Молодші 15 років	258	0–540
15–17 років	198	107–314

І все-таки, після двох проведених корекцій, на думку українських експертів, які працюють з групою ЧСЧ в сфері профілактики ВІЛ/СНІД, отримані оцінки на рівні 23–39 тис. осіб для України в цілому є істотно заниженими.

Можна припустити дію ефектів бар'єру щодо тієї наймолодшої частини ЧСЧ, яка проживає на вулиці (безпритульні) і надає сексуальні послуги чоловікам з метою заробити на життя. У цієї підгрупи ЧСЧ, напевно, зв'язки знайомства є набагато інтенсивнішими всередині групи, ніж із оточуючим їх суспільством. Але ця підгрупа не має бути великою за розміром, тому ці ефекти можуть пояснити тільки незначну частину недооцінки чисельності ЧСЧ у цьому дослідженні.

У будь-якому разі, в цьому дослідженні можна тільки припускати дію певних ефектів бар'єру, але оцінити міру їх впливу немає можливості. Пошук

причин істотної недооцінки чисельності ЧСЧ за методом нарощування соціальних мереж потребує подальших спеціальних досліджень.

Регіональні оцінки

Регіональні оцінки чисельності ЧСЧ за цим методом обраховують кількість ЧСЧ віком від 10 років і старше. Для окремих областей оцінки розраховані серед усього населення регіонів – як жителів міської, так і сільської місцевості.

Таблиця 22

Регіональні оцінки чисельності ЧСЧ за методом «нарощування соціальних мереж» з корекцією похибки відповідей респондентів та похибки трансмісії

АР Крим/ Область/ Місто	Оцінка чисельності ЧСЧ	Інтервальна оцінка (95%)
АР Крим	6 200	3 200–9 100
Вінницька	700	0–1 700
Волинська	0	
Дніпропетровська	2 800	0–6 100
Донецька	1 200	0–3 100
Житомирська	600	0–1 800
Закарпатська	500	0–1 100
Запорізька	2 200	200–4 200
Івано-Франківська	400	0–900
Київська	500	0–1 000
Кіровоградська	1 000	0–2 000
Луганська	800	0–1 800
Львівська	4 100	0–9 200
Миколаївська	200	0–500
Одеська	400	0–900
Полтавська	1 100	0–1 500
Рівненська	700	0–2 000
Сумська	100	0–300
Тернопільська	600	0–1 600
Харківська	4 300	700–7 900
Херсонська	700	0–1 500
Хмельницька	0	
Черкаська	1 000	200–1 900
Чернівецька	300	0–900
Чернігівська	200	0–600
м. Київ	600	0–17 200
м. Севастополь	800	0–1 500

ОЦІНКИ ЧИСЕЛЬНОСТІ СТАТЕВИХ ПАРТНЕРІВ СІН

На етапі планування дослідження ставилася під сумнів можливість адекватної оцінки для такої групи, як «статеві партнери СІН». Люди можуть знати про те, що їхні знайомі споживають ін'єкційні наркотики чи купують сексуальні послуги, але менш імовірно, що про знайомих їм відомі такі подробиці, як кількість сексуальних партнерів. Тому в цьому дослідженні можна було отримати тільки мінімальні оцінки чисельності для цієї групи.

У цьому дослідженні сексуальні партнери СІН визначались як люди обох статей віком від 10 років. Нижче наведене запитання анкети, яке ставилося респондентам.

Запитання анкети:

«Чи є серед ваших знайомих сексуальні партнери тих, хто вживає наркотики через ін'єкції? Скільки їх?»

Таблиця 23

Оцінки чисельності сексуальних партнерів СІН за методом «нарощування соціальних мереж»

Група	Оцінка чисельності	Довірчий інтервал оцінки (95%)
Сексуальні партнери СІН	19 000	16 000–23 000

З огляду на те, що базові оцінки чисельності СІН, отримані за методом нарощування соціальних мереж, були визнані національними експертами як такі, що є істотно заниженими, після чого була проведена корекція оцінок в урахуванням похибки нещирості відповідей респондентів, до оцінки чисельності сексуальних партнерів СІН також була застосована відповідна корекція на основі даних дослідження щодо рівня суспільної поваги по відношенню до сексуальних партнерів СІН. В основу реалізованої корекції лягло припущення про те, що при оцінці числа своїх знайомих із стигматизованих груп ризику респонденти можуть давати нещирі відповіді і прагнути знизити цю оцінку (в тому числі до «0»). Оцінкою стигматизованості групи, а відповідно, і непрямою оцінкою нещирості відповідей респондентів щодо чисельності їхніх знайомих у групі ризику може бути оцінка рівня суспільної поваги до відношенню до сексуальних партнерів СІН, яка вивчалась у цьому дослідженні.

Оцінки чисельності сексуальних партнерів СІН, скореговані з урахуванням похибки нещирості відповідей респондентів, виглядають таким чином:

Таблиця 24

Оцінки чисельності сексуальних партнерів СІН за методом «нарощування соціальних мереж» після корекції похибки нещирості відповідей респондентів

Група	Оцінка чисельності	Довірчий інтервал оцінки (95%)
Сексуальні партнери СІН	32 000	27 000–39 000

Проте і після корекції даних з урахуванням похибки нещирості відповідей респондентів, на думку експертів, оцінки чисельності сексуальних партнерів

СІН залишаються заниженими. У цьому звіті вже зазначалось про погану видимість цих груп у соціальних колах. Респонденти можуть знати хіба що про постійних партнерів СІН.

У табл. 25 нижче наведені відповідні регіональні оцінки чисельності сексуальних партнерів СІН.

Таблиця 25

Регіональні оцінки чисельності сексуальних партнерів СІН за методом «нарощування соціальних мереж» з корекцією похибки нещирості відповідей респондентів

АР Крим/ Область/ Місто	Оцінка –сексуальні партнери СІН	95% інтервал, нижня границя	95% інтервал, верхня границя
АР Крим	6 000	2 100	10 000
м. Київ	1 500	100	2 800
Київська	1 200	100	2 200
Вінницька	3 100	900	5 300
Волинська	600	0	1 200
Дніпропетровська	7 000	3 900	10 000
Донецька	2 200	100	4 300
Житомирська	300	0	500
Закарпатська	100	0	200
Запорізька	400	0	900
Івано-Франківська	300	0	600
Кіровоградська	1 500	500	2 500
Луганська	1 600	0	3 200
Львівська	1 700	700	2 800
Миколаївська	1 000	400	1 700
Одеська	1 900	600	3 300
Полтавська	1 200	100	2 300
Рівненська	400	21	700
Сумська	200	0	500
Тернопільська	700	37	1 300
Харківська	900	0	2 200
Херсонська	400	0	800
Хмельницька	700	100	1 300
Черкаська	1 100	0	2 400
Чернівецька	300	28	600
Чернігівська	900	0	2 700
Севастополь	600	0	1 700

ОЦІНКИ ЧИСЕЛЬНОСТІ КЛІЄНТІВ ЖКС

У цьому дослідженні клієнти жінок комерційного сексу визначалися як група чоловіків віком від 10 років і старше, які користувалися сексуальними послугами жінок за плату. Нижче наведено формулювання запитання, яке ставилося респондентам в опитуванні.

Запитання анкети:

«Чи є серед Ваших знайомих чоловіки, які користувалися сексуальними послугами жінок за плату? Скільки їх?»

Таблиця 26

**Оцінки чисельності клієнтів ЖКС
за методом «нарощування соціальних мереж»**

Група	Оцінка чисельності	Довірчий інтервал оцінки (95%)
Клієнти ЖКС	77 000	67 000–87 000

Наскільки адекватною є отримана оцінка чисельності клієнтів ЖКС для України? Дана оцінка вбачається заниженою з огляду на те, що останні скореговані дані для ЖКС за методом нарощування соціальних мереж дають оцінки в 65–93 тис. осіб для України, а кількість клієнтів ЖКС, логічно припустити, відповідно, має бути більшою. Ми припускаємо, що користування сексуальними послугами за плату є стигматизованою поведінкою в Україні, а отже отримані в дослідженні оцінки мають бути заниженими через нещирість відповідей респондентів. Оцінка суспільної поваги до клієнтів ЖКС, отримана в цьому дослідженні, може бути непрямую оцінкою щирості відповідей респондентів. Отже, оцінки чисельності клієнтів ЖКС можуть бути скореговані з урахуванням похибки нещирості відповідей респондентів, оціненої на підставі даних щодо суспільної поваги до клієнтів ЖКС.

Скореговані оцінки чисельності клієнтів ЖКС є такими:

Таблиця 27

**Оцінки чисельності клієнтів ЖКС за методом
«нарощування соціальних мереж» після корекції похибки нещирості
відповідей респондентів**

Група	Оцінка чисельності	Довірчий інтервал оцінки (95%)
Клієнти ЖКС	285 000	248 000–322 000

У табл. 28 наведені відповідні дані щодо оцінки чисельності клієнтів ЖКС в окремих регіонах.

Регіональні оцінки чисельності клієнтів ЖКС за методом «нарощування соціальних мереж» з корекцією похибки нещирості відповідей респондентів

АР Крим/ Область/ Місто	Оцінка – клієнти ЖКС	95% інтервал, нижня границя	95% інтервал, верхня границя
АР Крим	12 000	7 000	17 100
м. Київ	21 500	5 900	37 100
Київська	5 100	1 700	8 400
Вінницька	36 300	23 900	48 700
Волинська	0	0	0
Дніпропетровська	13 400	7 400	19 400
Донецька	15 500	6 000	25 000
Житомирська	2 400	700	4 100
Закарпатська	1 600	300	2 800
Запорізька	28 100	7 200	49 100
Івано-Франківська	4 300	500	8 200
Кіровоградська	1 600	0	3 500
Луганська	43 100	19 100	67 100
Львівська	5 000	1 600	8 400
Миколаївська	8 500	4 300	12 800
Одеська	16 200	4 900	27 400
Полтавська	1 400	0	3 600
Рівненська	3 400	1 300	5 500
Сумська	1 000	100	1 900
Тернопільська	3 100	1 100	5 200
Харківська	25 800	15 200	36 400
Херсонська	1 200	0	2 900
Хмельницька	12 800	7 300	18 200
Черкаська	1 100	0	2 600
Чернівецька	5 200	2 400	8 000
Чернігівська	400	0	900
Севастополь	4 300	800	7 700

ОЦІНКА ЧИСЕЛЬНОСТІ ЖІНОК – СТАТЕВИХ ПАРТНЕРІВ ЧСЧ

У дослідженні з використанням методу нарощування соціальних мереж для оцінки чисельності жінок – статевих партнерів ЧСЧ було застосовано непряме запитання щодо кількості знайомих ЧСЧ, які практикують секс із жінками (фактично, це оцінка чисельності бісексуалів). Зрозуміло, що таке запитання може дати тільки мінімальну оцінку чисельності групи.

На етапі планування дослідження ставилася під сумнів можливість адекватної оцінки для такої групи, як «статеві партнерки ЧСЧ». Люди можуть знати про те, що їхні знайомі мають секс із чоловіками або купують сексуальні послуги жінок, але менш ймовірно, що про знайомих їм відомі такі подробиці, як кількість сексуальних партнерів та їх стать.

З огляду на зазначені складності, в дослідженні був обраний непрямий спосіб для отримання мінімальної оцінки кількості «статевих партнерок ЧСЧ» – запитання про знайомих ЧСЧ, які також мають секс із жінками.

Нижче наведені запитання анкети, які ставилися респондентам.

Запитання анкети:

«Чи є серед Ваших знайомих чоловіки (хлопці) віком від 10 років, які протягом останніх 12 місяців мали секс із чоловіками) такі, які також мають секс з жінками? Якщо є, то скільки їх?»

Таблиця 29

Оцінка чисельності жінок – статевих партнерів ЧСЧ за методом «нарощування соціальних мереж»

Група	Оцінка чисельності	Довірчий інтервал оцінки (95%)
Сексуальні партнери (жінки) ЧСЧ	1455	–

Як можна бачити з табл. 29, оцінка чисельності статевих партнерок ЧСЧ, отримана за методом «нарощування соціальних мереж», є незадовільно низькою. Як і для інших груп ризику, для цієї групи потрібна корекція отриманих даних з урахуванням похибки нещирості відповідей респондентів. Сексуальні партнерки ЧСЧ можуть також бути стигматизованими в українському суспільстві, що, у свою чергу, може призводити до бажання респондентів приховати той факт, що вони мають таких знайомих. Оцінка суспільної поваги по відношенню до групи сексуальних партнерок ЧСЧ, отримана в цьому дослідженні, також може бути однією з оцінок стигматизації групи в суспільстві. Врахування похибки нещирості відповідей респондентів на основі даних щодо суспільної поваги до групи дозволяє отримати скореговану оціночну чисельність жінок – сексуальних партнерів ЧСЧ, що складає 2700 осіб (табл. 30).

**Оцінка чисельності жінок – статевих партнерів ЧСЧ
за методом «нарощування соціальних мереж» після корекції похибки
нещирості відповідей респондентів**

Група	Оцінка чисельності	Довірчий інтервал оцінки (95%)
Сексуальні партнери (жінки) ЧСЧ	2700	–

Така оцінка чисельності сексуальних партнерок ЧСЧ залишається за низькою. У цьому звіті вже йшлося про погану видимість групи ЧСЧ у соціальних колах – ймовірно, що бісексуали ще більше приховують свою сексуальну поведінку від знайомих, ніж решта ЧСЧ.

У табл. 31 нижче наведені регіональні оцінки чисельності сексуальних партнерок ЧСЧ. Значна кількість нульових оцінок для низки областей пояснюється тим, що там до вибірки не потрапили люди, які знають чоловіків, які мають секс як з чоловіками, так і з жінками, – це узгоджується із малою чисельністю групи загалом, отриманою на національному рівні.

Таблиця 31

**Регіональні оцінки чисельності сексуальних партнерів (жінок) ЧСЧ
за методом «нарощування соціальних мереж» з корекцією похибки
нещирості відповідей респондентів**

АР Крим/ Область/ Місто	Оцінка – бісексуали	95% інтервал, нижня границя	95% інтервал, верхня границя
АР Крим	3100	1600	4700
м. Київ	0	0	0
Київська	0	0	0
Вінницька	200	0	500
Волинська	0	0	0
Дніпропетровська	200	0	600
Донецька	400	0	1200
Житомирська	0	0	0
Закарпатська	0	0	0
Запорізька	300	0	800
Івано-Франківська	100	0	300
Кіровоградська	100	0	300
Луганська	0	0	0
Львівська	1300	0	3100
Миколаївська	0	0	0
Одеська	200	0	500
Полтавська	200	0	700
Рівненська	100	0	200
Сумська	0	0	0
Тернопільська	300	0	800
Харківська	0	0	0
Херсонська	600	0	1400
Хмельницька	0	0	0

АР Крим/ Область/ Місто	Оцінка – бісексуали	95% інтервал, нижня границя	95% інтервал, верхня границя
Черкаська	0	0	0
Чернівецька	100	0	200
Чернігівська	0	0	0
Севастополь	100	0	300

Застосування додаткового коефіцієнта корекції на похибку трансмісії інформації в соціальних мережах (яка виникає через погану соціальну видимість групи), який був розрахований у цьому дослідженні для групи ЧСЧ в цілому ($K=2,3$), дозволяє отримати вищі оцінки чисельності сексуальних партнерок ЧСЧ (табл. 32).

Таблиця 32

**Оцінка чисельності жінок – статевих партнерів ЧСЧ
за методом «нарощування соціальних мереж» після корекції похибки
неширості відповідей респондентів та похибки трансмісії**

Група	Оцінка чисельності	Довірчий інтервал оцінки (95%)
Сексуальні партнери (жінки) ЧСЧ	6200	–

У табл. 33 і нижче наведені регіональні оцінки чисельності сексуальних партнерок ЧСЧ, отримані після застосування додаткового коефіцієнту корекції похибки трансмісії.

Таблиця 33

**Регіональні оцінки чисельності жінок – сексуальних партнерів ЧСЧ
за методом «нарощування соціальних мереж» з корекцією похибки
неширості відповідей респондентів***

АР Крим/ Область/ Місто	Оцінка – бісексу- али	95% інтервал, нижня границя	95% інтервал, верхня границя
АР Крим	7 100	3 700	10 800
м. Київ	0	0	0
Київська	0	0	0
Вінницька	500	0	1 200
Волинська	0	0	0
Дніпропетровська	500	0	1 380
Донецька	900	0	3 000
Житомирська	0	0	0
Закарпатська	0	0	0
Запорізька	700	0	1 800
Івано-Франківська	200	0	700
Кіровоградська	200	0	700
Луганська	0	0	0
Львівська	3 000	0	7 100
Миколаївська	0	0	0
Одеська	500	0	1 200
Полтавська	500	0	1 600

АР Крим/ Область/ Місто	Оцінка – бісексуали	95% інтервал, нижня границя	95% інтервал, верхня границя
Рівненська	200	0	500
Сумська	0	0	0
Тернопільська	700	0	1 800
Харківська	0	0	0
Херсонська	1 400	0	3 200
Хмельницька	0	0	0
Черкаська	0	0	0
Чернівецька	200	0	500
Чернігівська	0	0	0
Севастополь	200	0	700

* Значення округлені до 100.

ОЦІНКА ЧИСЕЛЬНОСТІ ГРУП ПІДВИЩЕНОГО РИЗИКУ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ В ДОНЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ МЕТОДОМ «ЗАГАДАНИЙ ЗНАЙОМИЙ»

Уперше метод «загаданого знайомого» був застосований КМІС у 1996 році в дослідженні неформальної зайнятості⁵⁸. Тоді метод був запропонований науковими співробітниками КМІС для використання в українському дослідженні як спосіб підвищення щирості відповідей респондентів на чутливі запитання, до яких належать і запитання про неофіційну економічну діяльність. Ідея методу полягала в тому, що респондента просили задумати якогось знайомого – це міг бути сам респондент, член родини, колега по роботі, друг, знайомий, ворог – будь-хто, кого респондент досить добре знає. У цьому дослідженні метод довів свою ефективність і дав оцінку поширеності неформальної зайнятості, близьку до оцінок за іншими методами. Метод також успішно був застосований в іншому дослідженні неформальної зайнятості⁵⁹.

У 2005 році в рамках комплексного національного дослідження з оцінки чисельності груп ризику до ВІЛ за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» КМІС запропонував і застосував у загальноукраїнському репрезентативному дослідженні модифікацію методу «загаданого знайомого» для оцінки чисельності груп ризику до ВІЛ – СІН, ЖКС, ЧСЧ. Отримані за цим методом оцінки для груп СІН та ЖКС були близькими до оцінок за іншими методами (зокрема методу коефіцієнта та ін.). Оцінка чисельності груп ризику, які є відносно малочисельними в суспільстві, потребує великих вибірок опитування для отримання достатньо точних оцінок. Тому для зменшення обсягу необхідної вибірки в 2005 році була запропонована модифікація методу, згідно з якою запитання анкети ставилися не щодо однієї знайомої людини, а щодо 10–15 осіб.

Оцінка чисельності певних груп населенням за методом «загаданих знайомих» ґрунтується на даних репрезентативного опитування загального населення. Ідея методу «загаданих знайомих» полягає в тому, що респондентів просять скласти невеликий список своїх знайомих, яких вони добре знають. Інтерв'юєр гарантує, що не буде питати, хто ці люди, і список знайомих залишається в респондента. Фокусування на невеликій групі знайомих – «ядрі соціальної мережі», людях, яких респонденти добре знають, дозволяє зменшити похибку «трансмисії», яка виникає через те, що інформація, якою люди володіють про своїх знайомих, не є повною. Припускається, що ця похибка є меншою по відношенню до найближчого кола знайомих респондентів і що вона зростає по мірі руху від центру соціальних мереж до їх периферії⁶⁰. У той же час, до кінця не відомо, яким принципом користуються респонденти для включення знайомих у цей список⁶¹ і як провести межу між близьким

⁵⁸ Rapid Appraisal Study «Household Income and Expenditures in Ukraine», 1996, on request of the World Bank.

⁵⁹ NAJMAN B. [1997], «Informal Economy in Ukraine», French Centre for the Foreign Trade (CFCE), Paris, October, p. 51.

⁶⁰ На протипагу методу «загаданих знайомих» метод «scale-up» аналізує соціальні мережі більш широко, беручи до уваги «активну мережу» – усіх знайомих, які проживають на певній території, з якими респондент контактував будь-яким способом протягом останніх двох років. Точне визначення знайомих за методом «scale-up» можна знайти у звіті про загальнонаціональне дослідження з використанням методу «scale-up».

⁶¹ Як показав у своїй роботі Brewer (робота цитується в «Marsden P. V. Recent Developments in Network Measurement. In Carrington, P. J., Scott, J., Wasserman, S. Models and methods in social network analysis. Cambridge University Press, 2005»), пригадування респондентами своїх знайомих визначається мірою близькості зв'язків з ними – найкраще респонденти пам'ятають своїх найближчих знайомих.

та далеким колом знайомих, тому цей список знайомих не можна вважати випадковою вибіркою, що репрезентує близьких знайомих респондентів.

Протягом інтерв'ю респондентам ставляться запитання про наявність серед знайомих у списку (а в другій частині інтерв'ю також уточнюють про решту знайомих, які не включені до списку) різних соціальних категорій: як груп населення, щодо яких наявні статистичні дані (контрольні групи для оцінки роботи моделі), так і груп ризику щодо ВІЛ тощо. Оцінки чисельності невідомих груп визначаються як на основі даних про найближче коло знайомих респондентів (люди зі списку), так я для всієї соціальної мережі в цілому (для цих оцінок потрібно знати розмір соціальних мереж респондентів).

Більш точно методологія розрахунків наведена у табл. 34.

Таблиця 34

Позначення для оцінки чисельності груп ризику

	Середні арифметичні мереж	Частка по відношенню до довжини списку	Оцінка чисельності	Статистика	Відношення оцінки чисельності до статистики
Відомі групи					
Кількість людей у списку	t				
Відома група 1	L1	P1	M1	N1	K1
Відома група 2	L2	P2	M2	N2	K2
...					
Відома група m	Lm				
Групи ризику					
Група ризику 1	r1	Pr1	Mr1	-	Kr1 – ?
Група ризику 2	r2	Pr2	Mr2	-	Kr2 – ?
...					

Нехай t_i – кількість людей, що були названі i -м респондентом у відповідь на запитання «Скільки людей у Вашому списку?», тобто довжина списку респондента. Нехай t – середня довжина списку:

$$t = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n t_i, \text{ де } n \text{ – кількість опитаних у нашому дослідженні.}$$

Аналогічно нехай l_1, l_2, \dots – середні кількості осіб, названих респондентами у відповідь на запитання про першу, другу і т. д. відому групу, а r_1, r_2, \dots – те саме для груп ризику.

Частка кожної групи серед усіх названих для відомих груп $P_1 = l_1/t$ (для першої групи), $P_2 = l_2/t$ (для другої групи) і т. д., те саме для груп ризику $Pr_1 = r_1/t$, $Pr_2 = r_2/t$ і т. д.

За цими даними можна оцінити кількість як відомих, так і не відомих груп (при цьому ми припускаємо, що середня ймовірність представників тієї чи іншої групи потрапити до списку респондентів пропорційна кількості цієї групи серед населення).

Нехай N – кількість населення України відповідного віку, тоді чисельність M_1 першої відомої групи є $M_1=P_1*N$, другої відомої групи $M_2=P_2*N$ і т. д. , першої групи ризику

$Mr_1=Pr_1*N$, другої групи ризику $Mr_2=Pr_2*N$ і т. д.

У дослідженні в Донецькій області респондентів запитували про наявність серед їхніх знайомих (як у списку з 20–30 знайомих, який респондентів просили скласти на початку інтерв'ю, так і серед решти знайомих⁶²) людей віком від 10 років, які протягом останніх 12 місяців споживали наркотики ін'єкційним шляхом (роблячи собі уколи), жінок, які протягом відповідного періоду надавали сексуальні послуги за плату, та чоловіків, які мали секс із чоловіками. Респондентам ставилися запитання щодо наявності в списку їхніх знайомих представників інших категорій населення, щодо чисельності яких в Донецькій області наявні дані офіційної статистики – чоловіків та жінок певного віку та з певними іменами⁶³, інвалідів I групи, чоловіків, які перебували в місцях позбавлення волі в 2007 році, жінок, які народили дитину в 2007 році⁶⁴ (так звані «контрольні групи», потрібні для перевірки роботи моделі). Запитання анкети містили преамбули, націлені на подолання упереджено негативного ставлення респондентів до запитань щодо представників груп ризику серед їхніх знайомих.

Для збору даних у цьому дослідженні використовувалася комбінація методів особистого інтерв'ю та анкетування (анкета для самостійного заповнення респондентами містила найбільш чутливі запитання щодо знайомих з числа досліджуваних груп ризику до ВІЛ та про ставлення до цих груп). Обсяг вибірки опитування складає 410 респондентів у віці 14 років і старше.

У цьому дослідженні використовувалася спеціальна методика для підвищення широти відповідей «secret ballot» (респонденти самостійно відповідали на «чутливі» запитання щодо груп ризику, після чого вкладали анкету в конверт без жодних позначок, який самостійно заклеювали і тільки потім передавали інтерв'юєру). Використання методу загаданих знайомих у Донецькій області дозволило отримати оцінки чисельності СІН, ЖКС та ЧСЧ, досить близькі до остаточних скорегованих оцінок за методом нарощування соціальних мереж (табл. 35).

Таблиця 35

Оцінка чисельності СІН, ЖКС та ЧСЧ методом «загаданих знайомих» та за методом «нарощування соціальних мереж» у Донецькій області

Група	Метод «загаданих знайомих»	Метод «нарощування соціальних мереж»
	Оцінка чисельності	Оцінка чисельності
Люди, які за минулі 12 місяців вживали наркотики ін'єкційно	32 000	18 000 [5 800–29 900]*
Жінки, які за минулі 12 місяців надавали сексуальні послуги за плату	8 000	9 500 [1 700–18 500]
Чоловіки, які за минулі 12 місяців мали секс із чоловіками	3 000	1200 [0–3 100]

* Інтервальні оцінки (95%-й інтервал).

⁶² Тут ми виходимо з визначення «активної» соціальної мережі, прийнятого в методі нарощування соціальних мереж.

⁶³ Для потреб цього дослідження імена відбиралися з урахуванням їх поширеності (так, щоб вона була різною та наближалася до чисельності досліджуваних груп ризику, які не є численними за оцінками інших досліджень).

⁶⁴ 2007 рік був обраний з огляду на наявні статистичні дані, необхідні для перевірки точності оцінок чисельності.

ОЦІНКА ЧИСЕЛЬНОСТІ ГРУП ПІДВИЩЕНОГО РИЗИКУ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ ТА ГРУП-МІСТКІВ МЕТОДОМ «КОЕФІЦІЄНТІВ»

Загальна ідея методу

Метод «коефіцієнтів» використовувався в даному дослідженні як додатковий метод для здійснення розрахунків та отримання оцінки чисельності груп ризику та груп-містків. Як вихідні дані при використанні методу «коефіцієнтів» використовувалися результати поведінкових досліджень серед представників груп ризику (СІН, ЖКС)⁶⁵, дані державної статистики та облікові дані клієнтів недержавних організацій, що працюють у сфері профілактики ВІЛ серед уразливих груп. Результати поведінкових досліджень дозволяють визначити частку представників цільової групи, які підпадають під облік різних організацій, як державних, так і недержавних. Помноживши кількість представників цієї групи, які зафіксовані різними організаціями, на розрахований на основі цієї частки коефіцієнт, ми отримаємо оцінку чисельності досліджуваної групи. Точність оцінки значною мірою залежить від валідності статистичних даних, адекватності методу формування вибірки та надійності даних дослідження. Загалом, метод коефіцієнтів може бути застосований до будь-яких зіставних джерел даних, які стосуються однієї й тієї ж сукупності.

Оскільки, метод «коефіцієнтів» є простим та легким у застосуванні, він досить широко використовується для оцінки чисельності груп. Однак у публікаціях не часто можна натрапити на обговорення результатів, отриманих цим методом. На думку авторів одного з найвідоміших на даний момент методичних посібників з оцінки чисельності груп ризику «Estimating the Size of Populations at Risk for HIV. Issues and Methods», це пов'язано саме з його простотою: відсутністю «містики», складної математики та «блиску високої науки»⁶⁶. Частіше результати оцінок чисельності груп ризику таким методом дослідники викладають лише в стислому презентаційному варіанті, підготованому для висвітлення та обговорення на спеціалізованих тематичних конференціях, семінарах тощо.

У даному розділі звернемо увагу на особливості вихідних даних, які використовувалися для обчислення оціночної чисельності цільових груп. Безпосередня процедура обчислення оцінок буде детально описана в розділах, в яких викладено результати оцінювання.

Статистичні дані, які використовувалися для розрахунків оціночної чисельності груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ у 2009 році

Медична статистика. На середину 2008 року на обліку в установах охорони здоров'я (УОЗ) у зв'язку з вживанням наркотичних речовин перебува-

⁶⁵ Дані досліджень «Моніторинг поведінки СІН як компонент епідагляду другого покоління» та «Моніторинг поведінки ЖКС як компонент епідагляду другого покоління», 2008.

⁶⁶ Estimating the size of populations at risk for HIV. Issues and Methods updated July 2003. Family Health International – C.20

ло загалом 166 659 осіб, серед яких 80 984 – під диспансерним наглядом (зі встановленим діагнозом залежності) та 35 675 – під профілактичним (епізодичне вживання наркотиків)⁶⁷. На жаль, до теперішнього часу наявна в Україні медична статистична звітність не передбачала виокремлення із загального реєстру осіб, які перебувають на обліку у зв'язку з вживанням наркотичних речовин, категорії осіб, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом. Лише починаючи з 2009 року «Звіт про захворювання осіб з розладами психіки та поведінки через уживання психоактивних речовин» фіксуватиме кількість осіб «з розладами психіки через уживання наркотичних речовин внутрішньовенним шляхом» серед тих, хто перебуває на диспансерному наркологічному обліку.

У даному дослідженні для розрахунків оціночної чисельності СІН методом «коефіцієнтів» було використано показник медичної статистики «госпіталізація наркохворих у наркологічні і психіатричні стаціонари». Статистика госпіталізації, звичайно, також не виділяє окрему групу споживачів ін'єкційних наркотиків, однак саме ця група переважно потребує лікування в стаціонарі завдяки тяжкості наслідків вживання таких наркотиків. Отже, використання показника госпіталізації наркохворих для обчислення загальної чисельності СІН ґрунтується на припущенні, що стаціонарно курс лікування у зв'язку з наркотичною залежністю проходять саме СІН. Таке припущення отримало підтвердження в ході дослідження «Верифікація даних медичного наркообліку в Україні»⁶⁸, за результатами якого було визначено, що серед осіб, які перебувають на диспансерному обліку та були госпіталізовані, 98% є споживачами опіатів, стимуляторів або поєднання декількох наркотичних речовин. Окрім наведеного можна також зазначити, що показник госпіталізації також використовувався для оцінки чисельності СІН у 2005 році, а результати оцінювання в деяких випадках були близькі до оцінок, отриманих з використанням інших методів, та до оцінок експертів⁶⁹.

Дослідження з верифікації даних медичного наркообліку в Україні. Загалом, не виникає сумнівів, що офіційна медична статистика не відображає реальний рівень поширеності наркоманії в Україні. У першу чергу через те, що споживачі наркотиків часто схильні, в міру своїх можливостей, уникати взяття на облік, що не є анонімним. Однак, окрім своєї неспроможності охопити всіх наркоспоживачів, сама система наркообліку в Україні характеризується певними специфічними ознаками, які суттєво впливають на надійність даних медичної статистики. Серед таких ознак можна виділити такі:

- 1) кожен район має власну форму обліку, яка ведеться провідним наркологічним закладом;
- 2) відомості, отримані на місцях, підсумовуються на рівні району (області) і надходять до центру медичної статистики МОЗ України вже у вигляді узагальнених обласних (регіональних) звітів;
- 3) окремі розділи системи обліку включають «Диспансерний облік» (особи з діагнозами залежності) і «Профілактичний облік» (особи, які вживали наркотичні речовини епізодично і не мають залежності);

⁶⁷ Дані медичної статистики наведені у додатку 1.

⁶⁸ Детальний опис дослідження «Верифікація даних медичного наркообліку в Україні» наведено в наступному підрозділі.

⁶⁹ Оцінка чисельності груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні / О. М. Балакірева та ін. – К. : МБФ «Міжнар. Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2006.

4) серед загальної кількості осіб, які перебувають на обліку у зв'язку з вживанням наркотичних речовин, не виділяється окрема група осіб, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом;

5) стандартний установлений строк перебування на обліку подовжується для тих пацієнтів, у котрих стався рецидив, або тих, хто своєчасно не контактував з територіальною наркологічною установою;

6) зняття з наркообліку має відбуватися в наслідок отримання медичними працівниками об'єктивних даних про особу (невживання наркотиків протягом певного встановленого періоду, зміна місця проживання або смерть), проте така інформація часто не потрапляє до медичних працівників або ж потрапляє зі значною затримкою.

З огляду на вищенаведене, можна зробити висновок, що на якість даних медичної статистики щодо наркоспоживання значною мірою впливають як зовнішні (соціальні), так і внутрішні (процесуальні) фактори.

Для того щоб перевірити можливість зіставлення даних офіційної медичної статистики щодо наркоспоживання та результатів соціальних досліджень серед СІН для подальшого розрахунку оціночної чисельності СІН в Україні, було необхідно, по-перше, оцінити рівень актуальності реєстру осіб, які вживають наркотичні речовини, а по-друге з'ясувати, яка частка осіб, що перебувають на обліку, споживає наркотики ін'єкційним шляхом.

Верифікація наркообліку проводилася у 8 містах України, які мають різні показники щодо ВІЛ- та СІН-епідеміологічної ситуації: Дніпропетровську, Донецьку, Львові, Миколаєві, Одесі, Полтаві, Херсоні та Києві. Організація та координація проекту здійснювалася співробітниками Українського інституту досліджень політики щодо громадського здоров'я. Збір даних здійснювався співробітниками обласних наркологічних диспансерів (ОНД). Безпосередній збір даних здійснювався виключно штатними співробітниками обласних наркологічних диспансерів (ОНД), що було зумовлено конфіденційністю інформації.

Для отримання інформації щодо суб'єктів обліку використовувалися стандартні методи, що застосовуються в повсякденній роботі патронажних медсестер та є підставою для продовження або припинення диспансерного нагляду: телефонний контакт із суб'єктом, телефонний контакт з довіреною особою суб'єкта, патронажний візит, використання даних останнього медичного огляду (якщо цей огляд відбувся протягом 30 днів до дати збору інформації). Тобто, це дослідження можна розглядати як позачергову перевірку осіб, що перебувають на наркологічному обліку.

Відносно кожного суб'єкта вибірки встановлювався статус щодо вживання будь-яких наркотиків ін'єкційним шляхом у 3 періоди – протягом усього життя, протягом 2008 року та протягом останніх 30 днів. Статус визначався як «підтверджений», якщо сам суб'єкт, його довірена особа або вповноважений медичний персонал підтверджували факт вживання у вказаний період, «не підтверджений», якщо таким же чином цей факт впевнено заперечувався, або «невідомий», якщо не було отримано впевненої відповіді, або встановити контакт із суб'єктом або довіреною особою було неможливо (зміна місця проживання, ув'язнення тощо).

У зв'язку з великою кількістю осіб на обліку в деяких містах та обмеженням часу, збір інформації здійснювався вибірково⁷⁰. Вибірка формувалася методом крокового відбору з алфавітного списку осіб, що перебувають на диспансерному обліку.

⁷⁰ Вибіркове обстеження здійснювалося в Києві, Дніпропетровську та Одесі.

Споживання ін'єкційних наркотиків за останні 30 днів було підтверджено із значною розбіжністю між регіонами – від менш 1% (у Херсоні) до 40% (в Одесі) суб'єктів обліку. Значно більша частка суб'єктів заперечувала вживання ін'єкційних наркотиків за останні 30 днів, але розбіжність між регіонами також була суттєвою – від 40,6% (у Полтаві) до 86,2% (у Херсоні). Відносно значної частки осіб отримати інформацію було неможливо в більшості регіонів – до 53,5% (у Донецьку).

Аналогічна картина спостерігається стосовно споживання ін'єкційних наркотиків у 2008 році. Порівняно з останнім місяцем, дещо більша частка осіб мала підтверджений факт споживання, але розбіжності між регіонами залишаються дуже значними.

Таблиця 36

Установлений в ході верифікації даних статус щодо вживання будь-яких наркотиків ін'єкційним шляхом осіб, які перебувають на обліку в наркологічних диспансерах

Місто	Отримано підтвердження споживання наркотиків ін'єкційним шляхом протягом 30 днів, що передували контакту			Отримано підтвердження споживання наркотиків ін'єкційним шляхом протягом 2008 року		
	Так	Ні	Невідомо	Так	Ні	Невідомо
Полтава	28,1%	40,6%	31,3%	31,6%	13,8%	54,6%
Донецьк	2,1%	44,4%	53,5%	8,2%	36,1%	55,6%
Дніпропетровськ	37,6%	45,0%	17,3%	44,4%	38,1%	17,5%
Одеса	40,0%	46,6%	13,4%	41,4%	14,9%	43,7%
Київ	5,9%	52,6%	41,5%	14,3%	41,9%	43,8%
Львів	4,4%	68,2%	27,4%	17,0%	56,8%	26,2%
Миколаїв	2,6%	78,8%	18,6%	12,0%	67,2%	20,8%
Херсон	0,6%	86,2%	13,2%	14,9%	71,8%	13,2%

Отже, дуже значні розбіжності між регіонами у підтвердженні факту споживання наркотиків особами, що перебувають на диспансерному обліку, свідчить про те, що існують принципові відмінності в практиках ведення диспансерного нагляду та зняття з обліку. Такі відмінності не дозволяють використовувати дані наркологічного обліку як надійне універсальне джерело даних для оцінки кількості споживачів ін'єкційних наркотиків у регіонах.

Статистика МВС. У ході дослідження також розглядалася можливість розрахунку чисельності СІН методом коефіцієнтів на основі даних обліку споживачів наркотиків в органах внутрішніх справ (ОВС). Відповідно до наказу «Про затвердження Інструкції про порядок виявлення та постановки на облік осіб, які незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини» ОВС ведуть облік усіх осіб, відносно яких установлено, що вони незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини, крім осіб, які добровільно звернулися по медичну допомогу та виконують рекомендації лікаря. Підставою для взяття на облік таких осіб є встановлення діагнозу «наркоманія», «токсикоманія» або стану наркотичного сп'яніння. Підтвердження стану наркотичного сп'яніння входить до компетенції лише лікаря,

⁷¹ Закон України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними» від 15.02.1995 р. – №62/95–ВР.

на якого покладено обов'язки щодо проведення медичного огляду (обстеження), а діагноз «наркоманія» встановлюється лікарсько-консультаційною комісією⁷¹. Логіка процедури взяття на облік осіб, які вживають наркотики, передбачає, що на обліку ОВС має перебувати менша кількість осіб, ніж в УОЗ. Однак, за станом на 1 січня 2009 року на обліку в ОВС перебувало 174 110 тис. осіб⁷², які допускають немедичне вживання наркотичних засобів, психотропних речовин та їх аналогів, що значно перевищує кількість осіб, які перебувають на обліку в УОЗ. Окрім цього, за даними Департаменту боротьби з незаконним обігом наркотиків (ДБНОН) ще 41 742 особи в зазначений час перебували на обліку лише в УОЗ. На жаль, такі розбіжності в облікових даних свідчить про певну процесуальну неузгодженість діяльності органів, на які в Україні покладено функцію контролю та боротьби з незаконним вживанням наркотичних речовин. Окрім вищенаведеного, облік наркоспоживачів в ОВС також не передбачає виокремлення із загальної маси споживачів саме ін'єкційних наркотиків.

Виходячи з вищенаведеного, зрозуміло, що така статистична інформація не може бути використана для розрахунків оцінки чисельності СІН, а необхідна для обчислення коефіцієнта інформація була отримана в ході поведінкових досліджень серед СІН.

Облікові дані клієнтів профілактичних програм. Починаючи з 2005 року МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» використовує єдину систему обліку клієнтів профілактичних програм – базу даних «SurEx». Ця база даних була створена з метою ведення моніторингу та аналізу даних про кількість охоплених клієнтів, обсягів розданих засобів профілактики та послуг, наданих представникам груп ризику інфікування ВІЛ. На кінець 2008 року профілактичними програмами, які підтримав МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», було охоплено 248 577 представників основних груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ⁷³.

Таблиця 37

Показники охоплення представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ профілактичною програмною діяльністю за підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»

Група ризику	Кількість осіб, охоплених послугами профілактичних програм	Кількість регіонів, охоплених профілактичними програмами	Кількість організацій, які здійснюють програмну профілактичну діяльність
СІН	195 379	27	90
ЖКС	33 449	26	39
ЧСЧ	17 749	16	15

Як бачимо з табл. 37, на початок 2009 року лише СІН охоплені послугами профілактичних програм на такому рівні, який є достатнім для того, щоб використовувати облікову інформацію клієнтів для розрахунків оціночної чисельності групи.

⁷² Дані статистики МВС наведені у додатку 1.

⁷³ Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні. Річний звіт – 2008.

⁷⁴ Аналітичні звіти за результатами моніторингових досліджень розміщені на веб-сайті Альянсу в розділі «Публікації Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні».

Результати поведінкових досліджень, які використовувалися для розрахунків оціночної чисельності груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ у 2009 році

Національна система моніторингу та оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль за епідемією ВІЛ/СНІД, передбачає моніторинг поведінки представників груп ризику, «груп-містків» та загального населення як компонент епіднагляду другого покоління. Зв'язані моніторингові дослідження серед представників ключових груп ризику інфікування ВІЛ проводяться щороку. Ці дослідження поєднують у собі два основних компоненти: моніторинг поведінки та епідеміологічний нагляд за ВІЛ та іншими інфекціями, що передаються статевим шляхом⁷⁴.

Оскільки групи людей, які практикують найбільш ризиковану поведінку (СІН, РКС, ЧСЧ) є дуже прихованими і важкодоступними, останніми роками в Україні для того, щоб охопити поведінковими дослідженнями достатню кількість представників ключових груп ризику, застосовуються спеціальні методики формування вибірки. Дані, отримані в результаті опитування СІН та ЖКС у 2008 році, було зібрано за допомогою методик RDS⁷⁵ та TLS⁷⁶.

Застосування таких технік формування вибірки забезпечує можливість отримання інформації щодо характеристик генеральної сукупності. При розрахунках показників у даному дослідженні використовувалися масиви даних з результатами опитування СІН та ЖКС, зважені у відповідності до методики формування вибіркової сукупності.

У 2008 році **опитування СІН та ЖКС** у рамках моніторингу поведінки представників груп підвищеного ризику ВІЛ-інфікування було проведено в 16 містах – обласних центрах України. У такій ситуації, коли вибірка дослідження не є репрезентативною для регіону, виникає цілком слушне питання про можливість екстраполяції отриманих результатів з рівня обласного центру на рівень області/регіону загалом та на рівень країни в цілому. У кожному конкретному випадку, коли для розрахунків оцінок на регіональному рівні використовувалися дані, отримані у 2008 році в ході досліджень в рамках моніторингу поведінки представників груп ризику, було проведено додатковий аналіз цих даних та даних, отриманих у попередні роки.

⁷⁴ Аналітичні звіти за результатами моніторингових досліджень розміщені на веб-сайті Альянсу в розділі «Публікації Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні».

⁷⁵ RDS (respondent-driven sample – вибірка, що спрямовується та реалізується самими респондентами) – найбільш ефективна для залучення до дослідження осіб, які належать до прихованих соціальних груп. RDS ґрунтується на припущенні про те, що самі члени цільової групи найкраще можуть визначити та заохотити (рекрутувати) інших членів групи до участі в дослідженні. Ця технологія поєднує в собі техніку набору респондентів «снігова куля» (коли первинні респонденти рекрутують подальших учасників опитування) та математичну модель, застосування якої дозволяє компенсувати той факт, що здійснена таким чином вибірка не є випадковою. Тут застосовується теорія ланцюгів Маркова та теорія малих мереж для визначення ймовірностей потрапляння до вибірки кожного респондента, що робить цю вибірку ймовірнісною. Обробка даних робиться за допомогою програмного пакета RDSAT, що дає можливість побудувати індекси, або «ваги», які приписуються кожній змінній масиву даних.

⁷⁶ У частині міст, де проводилося опитування ЖКС, було застосовано вибірку TLS (time-location sampling – вибірка обумовлена місцем та часом), яка є найбільш застосовувана для дослідження груп, географічно сконцентрованих у певних місцях. Цей вибірковий метод передбачає, що відбір респондентів відбувається на спеціальних територіях («точках» або місцях збору цільової групи) у певні часові періоди. TLS може бути випадковою ймовірнісною вибіркою за умови точності побудови основи вибірки, яка має включати всі точки та розміри цільової групи, яка їх відвідує.

Так, попередні поведінкові дослідження серед СІН, проведені в Україні, свідчать про те, що можливості отримання споживачами ін'єкційних наркотиків медичної допомоги в малих містах та райцентрах обмежені⁷⁷. Аналіз даних, отриманих в ході опитування СІН у 2006 році, підтвердив, що справді жителі обласних центрів значно частіше проходили курс лікування в наркологічних диспансерах, ніж жителі інших населених пунктів області⁷⁸. Відтак, логічно було б при розрахунках коефіцієнта щодо госпіталізації врахувати відмінності в показниках на рівні області та на рівні обласного центру, що в результаті призвело б до зменшення коефіцієнта, отриманого на основі даних, зібраних у великому місті. Однак, виявилося, що респондентам, які брали участь в опитуванні 2008 року, було важко надати повну інформацію щодо випадків госпіталізації протягом 2007 року. Як наслідок, відповіді респондентів на запитання щодо випадків госпіталізації до стаціонарів з метою лікування з приводу залежності від наркотичних речовин досить часто не були повними, а інколи взагалі були відсутні. Таким чином, можна передбачити, що розрахована частка СІН, які проходили курс лікування у 2007 році, буде значно нижчою, ніж реальна. Зважаючи на таку особливість зібраних даних, було вирішено не корегувати розрахований на основі даних, зібраних у великих містах, коефіцієнт при екстраполяції його на рівень області/регіону.

Додатково також було перевірено характер розподілу відповідей респонденток, щодо практики вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, отриманих у ході опитування ЖКС у 2007 році. Результат засвідчив, що відмінності відповідей серед опитаних в обласному центрі та опитаних в інших населених пунктах статистично не значимі. Тому в подальшому результати опитування в обласному центрі використовуються як такі, що характеризують сукупність на рівні області.

⁷⁷ Оцінка можливостей розвитку програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків / О.М. Балакірева, М.Ю. Варбан, О.О. Яременко та ін. – К. : Укр. ін.-т соц. дослідж., 2003.

⁷⁸ Дані дослідження «Моніторинг поведінки СІН як компонент епідагледу другого покоління», 2006.

РОЗРАХУНКИ ОЦІНОЧНОЇ ЧИСЕЛЬНОСТІ СІН

При розрахунках оціночної чисельності споживачів ін'єкційних наркотиків методом «коефіцієнтів» використовувалися результати опитування СІН у ході соціологічного дослідження «Моніторинг поведінки СІН як компонент епіднагляду другого покоління», реалізованого у 2008 році. Як критерій включення до цільової групи в рамках даного дослідження визначався факт вживання наркотиків ін'єкційним шляхом за останні 30 днів, що передували опитуванню.

Розрахунки на основі показника «госпіталізації»

Як вихідні дані при розрахунках оціночної чисельності СІН на основі показника госпіталізації було використано:

1. Статистичний показник: «Показник госпіталізації наркохворих у наркологічні і психіатричні стаціонари. Звітний рік – 2007. Абсолютні числа»⁷⁹.

2. Відповіді респондентів на запитання анкети: «Чи проходили Ви наступні такі види лікування з приводу залежності від наркотичних речовин (НЕ алкоголю!) протягом 2007 року?»⁸⁰. За кожним з перерахованих видів лікування (стаціонар (детоксикація), стаціонар (реабілітація), денний стаціонар, амбулаторне, замісна терапія)) респондент указував, скільки разів він проходив лікування протягом 2007 року, яка речовина була причиною лікування та в якому році він уперше проходив лікування цього виду.

Оскільки відповіді респондентів не завжди були повними, за відповідь, що підтверджує факт госпіталізації до стаціонару протягом 2007 року, були зараховані такі, коли респондент вказував:

- кількість разів госпіталізації та/або речовину, яка була причиною лікування, за виключенням тих випадків, коли 2008 рік зазначався як рік першого епізоду лікування;
- 2007 рік як рік першого епізоду лікування, в разі коли респондент не вказував ані кількість епізодів, ані речовину, що стала причиною лікування.

У ході аналізу було вилучено дані, зібрані в місті Сумах, оскільки наявної кількості змістовних відповідей було недостатньо для проведення статистичного аналізу. Як наслідок, при подальших розрахунках були вилучені дані, зібрані в Харкові, оскільки отримана оцінка чисельності була вкрай нереалістичною (більше 200 тис. осіб), що свідчить про значну похибку дослідницьких даних.

Технологія розрахунків оціночної чисельності СІН з використанням методу коефіцієнтів на основі показника госпіталізації була такою:

1. Для кожної області України зібрані отримані показники медичної статистики щодо госпіталізації наркохворих у наркологічні і психіатричні стаціонари протягом 2007 року (N_i).

2. Для кожної області, в яких проводилося опитування, підрахована частка респондентів-СІН, які проходили курс лікування в стаціонарі з приводу залежності від наркотичних речовин протягом 2007 року (P_i) та обчислено коефіцієнт для розрахунку оціночної кількості СІН ($C_i = P_i / 100$).

⁷⁹ Дані офіційної статистики щодо госпіталізації надані Українським медичним та моніторинговим центром з алкоголю та наркотиків МОЗ України.

⁸⁰ Дані дослідження «Моніторинг поведінки СІН як компонент епіднагляду другого покоління», 2008.

3. Розраховано оціночну кількість СІН в кожній області ($V_i = N_i / P_i$) та перевірено кожну регіональну оцінку на «реалістичність» (результати оцінки див. табл. 38).

4. Кількість СІН в областях розрахована як сума оціночних даних у всіх 14 областях.

5. Базуючись на припущенні, що питома вага розрахованої сумарної кількості СІН у 14 регіонах серед загальної кількості СІН в країні є приблизно такою ж, як питома вага зареєстрованих СІН цих регіонів серед загальної кількості зареєстрованих СІН в країні, розраховано коефіцієнт (К) для екстраполяції оцінки на рівень усієї країни (сума регіональних показників в 14 областях, поділена на національний показник).

6. Обчислено оціночну кількість СІН в Україні за допомогою коефіцієнта, розрахованого для екстраполяції показників на рівень всієї країни (див. табл. 39).

7. Для того щоб отримати оцінки чисельності СІН в областях, де поведінкове дослідження не проводилося (в т.ч. для Сумської і Харківської областей), було використовувався загальний показник за результатами опитування в 14 областях (див. табл. 40).

Таблиця 38

Розрахунок оціночної чисельності групи СІН у 14 областях на основі показників щодо госпіталізації в наркологічні та психіатричні диспансери

АР Крим/ Область/ Місто	Госпіталізовано в стаціонари, осіб	Коефіцієнт об- числений на основі частки тих, хто проходив курс лікування в стаціонарі ⁸¹	Оцінка загальної кількості СІН, осіб
	A	B	C= A / B
	Статистика МОЗ	Результати опи- тування	Розрахункові дані
АР Крим	553	0,05	12 146
Волинська	212	0,20	1 061
Дніпропетровська	2 740	0,14	19 352
Донецька	1 490	0,02	75 320
Кіровоградська	400	0,11	3 497
Луганська	1 195	0,16	7 442
Львівська	198	0,04	4 626
Миколаївська	512	0,06	7 885
Одеська	636	0,01	46 287
Полтавська	838	0,14	5 812
Херсонська	1340	0,22	6132
Хмельницька	411	0,09	4 592
Черкаська	502	0,11	4 418
м. Київ	1 875	0,02	77 932

⁸¹ Тут і надалі наведені округлені коефіцієнти. Для безпосередніх розрахунків використовувалися більш точні показники.

Таблиця 39

Розрахунок оціночної чисельності СІН на рівні країни, виходячи з оцінок у 14 областях на основі показників щодо госпіталізації у наркологічні та психіатричні диспансери

Госпіталізовано у стаціонари, осіб (статистика МОЗ)		Розрахований коефіцієнт для екстраполяції суми регіональних оцінок на рівень країни	Оціночна кількість СІН, осіб	
Загалом у 14 вказаних областях	Загалом в Україні		Загалом у 14 вказаних областях	Загалом в Україні
A	B	$C = A / B$	D	$E = D / C$
12 902	16 655	0,76	276 501	356 931

Таблиця 40

Результати розрахунків оціночної чисельності групи СІН на регіональному рівні на основі показників щодо госпіталізації у наркологічні та психіатричні диспансери

АР Крим/ Область/ Місто	Оцінка чисельності СІН	Інтервальна оцінка (95%)
АР Крим	12 146	7 126–41 269
Вінницька	1 789	1 600–2 026
Волинська	1 061	786–1 631
Дніпропетровська	19 352	13 029–37 586
Донецька	75 320	42 090–363 415
Житомирська	5 987	5 356–6 781
Закарпатська	2 783	2 490–3 152
Запорізька	12 254	10 962–13 881
Івано-Франківська	1 929	1 726–2 185
Київська	1 275	1 140–1 444
Кіровоградська	3 497	2 433–6 211
Луганська	7 442	5 584–11 147
Львівська	4 626	2 619–19 800
Миколаївська	7 885	5 300–15 515
Одеська	46 287	24 091–578 182
Полтавська	5 812	4 289–9 011
Рівненська	1 462	1 308–1 656
Сумська	1 473	1 318–1 669
Тернопільська	1 239	1 109–1 404
Харківська	8 466	7 573–9 589
Херсонська	6 132	4 878–8 256
Хмельницька	4 592	3 118–8 708
Черкаська	4 418	3 022–8 203
Чернівецька	877	785–993
Чернігівська	1 555	1 391–1 762
м. Київ	77 932	42 135–520 833
м. Севастополь	2 795	2 500–3 166

Загалом, отримана оцінка чисельності СІН методом коефіцієнтів на основі показників госпіталізації на рівні країни, звичайно, не може вважатися надійною з огляду на численні недоліки вихідних даних, однак дає уявлення щодо певної загальної тенденції, що спостерігається в країні. Слід також зауважити, що розрахунок кількості СІН на рівні області передбачає значний ризик викривлення даних, оскільки сформовані в ході моніторингового дослідження СІН вибіркові сукупності мають недостатній рівень репрезентативності. Тому регіональні оцінки чисельності СІН, розраховані методом коефіцієнтів на основі показників госпіталізації, не можуть розглядатися самостійно, як самодостатні оцінки, а лише як додаткові при розгляді оцінок, отриманих на основі інших показників або іншими методами.

Розрахунки на основі показника охоплення СІН профілактичними програмами

Як вихідні дані при розрахунках оціночної чисельності СІН на основі показника охоплення профілактичними програмами було використано:

1. Статистичний показник: «Кількість клієнтів-СІН, які безкоштовно отримали шприц у рамках програмної діяльності за звітами субгрантерів за проектами Глобального фонду та проекту «Посилення відповіді на епідемію ВІЛ/СНІД в Україні шляхом надання послуг та інформації (SUNRISE)». Звітний період – з 1 жовтня 2007 року до 30 вересня 2008 року. Абсолютні числа»⁸².

2. Запитання анкети «За останні 12 місяців чи отримували Ви безкоштовно презервативи (від представника громадської організації, медичного працівника, волонтера, в пунктах обміну шприців, за програмою «рівний – рівному» тощо)?» (Розраховано кількість та питому вагу ствердних відповідей «Так»)»⁸³.

Технологія розрахунків оціночної чисельності СІН з використанням методу коефіцієнтів на основі показника охоплення профілактичними програмами була такою:

1. Використовуючи дані бази даних обліку клієнтів програм профілактики ВІЛ «SyrEx», було створено окремий масив даних, який містив звітну інформацію по клієнтам-СІН за період з 1 жовтня 2007 року до 30 вересня 2008 року.

2. Кожен з облікових записів бази даних «SyrEx» за вказаний період було перевірено на його унікальність. Оскільки існує ймовірність, що в межах одного міста одна людина могла звертатися в декілька організацій. Як критерій для перевірки унікальності використовувалися такі ознаки, як місце проживання, приналежність до певної групи ризику, стать, рік народження та унікальний код клієнта.

3. Підраховано загальну кількість СІН-клієнтів профілактичних програм, які протягом виділеного періоду отримували безкоштовні шприци.

4. За результатами опитування СІН у 2008 році підрахована частка респондентів, які зазначили, що отримували безкоштовні шприци протягом останніх 12 місяців (N), та обчислено коефіцієнт для розрахунку оціночної кількості СІН ($C=N/100$).

5. За допомогою обчисленого коефіцієнта розраховано оціночну чисельність СІН на рівні країни.

⁸² Дані єдиної бази даних для обліку клієнтів профілактичних програм «SyrEx».

⁸³ Дані дослідження «Моніторинг поведінки СІН як компонент епідагляду другого покоління», 2008.

Оцінка чисельності групи СІН на рівні країни на основі показників щодо охоплення послугами, які надаються в рамках профілактичних програм субгрантерами за проектами Глобального фонду та проекту «Sunrise»

Кількість СІН – клієнтів профілактичних програм, які за період з 1 жовтня 2007 року до 30 вересня 2008 року отримували безкоштовні шприци	Розрахований коефіцієнт для оцінки чисельності СІН на рівні країни	Оціночна кількість СІН, осіб
A	B	C = A / B
85 065	0,38	225 583

Зроблені таким чином оцінки також не можуть вважатися достатньо точними, оскільки: а) в Україні профілактична діяльність здійснюється не лише за фінансуванням Глобального фонду та проекту «SUNRISE» і, відповідно, звітність організацій, які отримують фінансування з інших джерел, не потрапляє до бази «SyrEx»; б) профілактична діяльність поки що не охоплює всі населенні пункти України і тому для частини СІН доступ до користування послугами, які надаються в рамках профілактичних програм є малодоступним. Таким чином, можна передбачити, що результати розрахунків, які базуються на даних щодо охоплення груп ризику профілактичними програмами є певною мірою заниженими, тобто така оцінка може розглядатися скоріше як мінімальна оцінка чисельності СІН в Україні.

РОЗРАХУНКИ ОЦІНОЧНОЇ ЧИСЕЛЬНОСТІ ЖКС

При розрахунках оціночної чисельності жінок, що надають сексуальні послуги за плату, методом «коефіцієнтів» використовувалися результати опитування СІН та ЖКС у ході моніторингових поведінкових досліджень, які було проведено у 2008 році. Основними критеріями включення до цільової групи в рамках досліджень було: для СІН – факт вживання наркотиків ін'єкційним шляхом за останні 30 днів, що передували опитуванню, а для ЖКС – факт надання сексуальних послуг за винагороду протягом останніх 3 місяців.

Результати поведінкових досліджень демонструють, що серед жінок комерційного сексу досить поширеною є практика вживання наркотиків ін'єкційним шляхом. Так само і частина СІН-жінок практикує надання сексуальних послуг за винагороду. Обчислення кількісних характеристик групи, для якої характерним є практика обох видів ризикованої поведінки, дозволяє оцінити чисельність ЖКС, якщо відома загальна оціночна кількість СІН.

Для застосування такого підходу дуже важливим є контроль за відповідністю критеріїв віднесення представників груп СІН та ЖКС до підгруп СІН-ЖКС та ЖКС-СІН, які виокремлюються для подальшого аналізу. Для того щоб виділити підгрупи за ознакою «переважного» ризику (споживання ін'єкційних наркотиків або надання комерційних сексуальних послуг) було проведено додатковий аналіз результатів опитування СІН та ЖКС. У результаті з підгрупи ЖКС-СІН було виключено категорію ЖКС, які вживають ін'єкційні наркотики частіше ніж раз на день, оскільки за характером практики ризикованої поведінки вони, швидше, можуть бути віднесені до групи СІН, ніж до групи ЖКС. Окрім цього, під час попереднього аналізу вихідних даних були також виключені результати опитування ЖКС в м. Києві, оскільки частка жінок, які споживають ін'єкційні наркотики, виявилася нереалістично великою.

Як вихідні дані при розрахунках оціночної чисельності ЖКС на основі показників «подвійної проблематики» було використано:

1. Оціночна чисельність СІН на національному рівні.

2. Запитання анкети для СІН: «Скільки серед Ваших сексуальних партнерів, з якими Ви вступали в контакт впродовж останніх трьох місяців (90 днів), становлять комерційні сексуальні партнери, які Вам давали винагороду за сексуальні послуги?» (серед відповідей СІН-жінок розрахована питома вага відповідей, коли респонденти зазначали, що мали одного або більше таких партнерів)⁸⁴.

3. Запитання анкети для ЖКС: «Як часто Ви вживали наркотики ін'єкційним шляхом протягом останнього місяця (30 днів)?» (розраховано частку ЖКС, які вживали наркотики ін'єкційним шляхом хоча б один раз протягом останнього місяця, але не частіше ніж раз на день)⁸⁵.

⁸⁴ Дані дослідження «Моніторинг поведінки СІН як компонент епідагляду другого покоління», 2008.

⁸⁵ Дані дослідження «Моніторинг поведінки ЖКС як компонент епідагляду другого покоління», 2008.

⁸⁶ Дані дослідження «Моніторинг поведінки СІН як компонент епідагляду другого покоління», 2007 та 2008 роки.

Технологія розрахунків оціночної чисельності ЖКС з використанням методу коефіцієнтів на основі показників «подвійної проблематики» була такою:

1. За результатами поведінкових досліджень визначено загальне співвідношення жінок та чоловіків СІН (приблизно 1:3 – середній показник по всіх досліджуваних місцевостях) та визначено множник для обчислення частки СІН-жінок серед загальної кількості СІН (0,26 – середній показник по областях за дослідженнями за 2 роки)⁸⁶.

2. Базуючись на загальній оцінці чисельності групи СІН, обчислено чисельність групи СІН-жінок.

3. За результатами опитування СІН був визначений відсоток СІН-жінок (8,1%), які в ході опитування зазначили, що надавали сексуальні послуги за плату протягом останніх 3 місяців.

4. Розраховано оціночну кількість СІН-жінок, які надають сексуальні послуги за винагороду (СІН-ЖКС).

5. За результатами опитування ЖКС було визначено частку ЖКС, які вживали наркотики ін'єкційним шляхом протягом останніх 30 днів, але з регулярністю не частіше ніж 1 раз на день (11,9%).

6. Розраховано оціночну кількість ЖКС (див. табл. 42).

7. За аналогічною схемою, базуючись на розрахованих методом коефіцієнтів та рекомендованих регіональних оцінках чисельності СІН, були розраховані регіональні оцінки чисельності ЖКС (див. табл. 43).

Загалом, процедура розрахунку оціночної чисельності ЖКС на основі показників «подвійної проблематики» може бути виражена формулою:

$$\frac{M \times 0,26 \times \frac{8,1}{100}}{\frac{11,9}{100}}, \text{ де } M - \text{ оціночна кількість СІН.}$$

Таблиця 42

Оцінка чисельності групи ЖКС на рівні країни на основі показників «подвійної проблематики» (споживання ін'єкційних наркотиків та надання сексуальних послуг на комерційній основі)

Оціночна чисельність СІН, осіб	Оціночна чисельність СІН-жінок, осіб	Частка СІН-ЖКС серед загальної кількості СІН-жінок	Оціночна чисельність СІН-ЖКС, осіб	Частка ЖКС-СІН серед загальної кількості СІН-жінок	Оціночна чисельність ЖКС, осіб
A	B=A*0,26	C	D=(B*C)/100	E	F=(D/E)*100
225 583	58 652	8,1	4 753	11,9	39 931
357 931	92 802		7 517		63 168

**Регіональні оцінки чисельності ЖКС основі показників
«подвійної проблематики», які базуються на оцінках чисельності СІН**

АР Крим/ Область/ Місто	На основі оцінки чисельності СІН за показником «госпіталізація»	На основі рекомендованих оцінок чисельності СІН
АР Крим	2 150	4 000
Вінницька	317	1 150
Волинська	188	619
Дніпропетровська	3 425	9 734
Донецька	13 332	10 618
Житомирська	1 060	1 150
Закарпатська	493	442
Запорізька	2 169	4 424
Івано-Франківська	342	531
Київська	226	2 690
Кіровоградська	619	2 124
Луганська	1 317	4 070
Львівська	819	1 593
Миколаївська	1 396	2 832
Одеська	8 193	7 079
Полтавська	1 029	1 416
Рівненська	259	531
Сумська	261	1 770
Тернопільська	219	531
Харківська	1 498	2 301
Херсонська	1 085	1 416
Хмельницька	813	1 416
Черкаська	782	1 947
Чернівецька	155	442
Чернігівська	275	1 150
м. Київ	1 861	6 725
м. Севастополь	495	973
Загалом	44 778	73 674

Деталізація оцінок чисельності ЖКС методом коефіцієнтів на регіональному рівні дала змогу уточнити оцінки на національному рівні. У результаті уточнені національні оцінки (сума регіональних оцінок) чисельності ЖКС за допомогою методу коефіцієнтів склали: 45 тис. осіб – оцінка, що базується на регіональних оцінках чисельності СІН за показником «госпіталізація»; 74 тис. осіб – оцінка, що базується на регіональних рекомендованих регіональних оцінках чисельності СІН.

РОЗРАХУНКИ ОЦІНОЧНОЇ ЧИСЕЛЬНОСТІ ЧСЧ

При розрахунках оціночної чисельності чоловіків, які мають секс з чоловіками, методом «коефіцієнтів» використовувалися результати опитування представників цієї групи в ході соціологічного дослідження «Моніторинг поведінки ЧСЧ як компонент епідагляду другого покоління», реалізованого у 2007 році. Як критерій включення до цільової групи в рамках даного дослідження визначався факт одностатевого сексуального контакту протягом 6 місяців, що передували опитуванню.

У ході попереднього аналізу наявної інформації було з'ясовано, що на момент проведення дослідження не існувало жодного джерела статистичних даних щодо кількості ЧСЧ, яке б дало змогу здійснити розрахунки чисельності групи методом коефіцієнтів.

Єдиним джерелом інформації, яка б дозволила хоча б приблизно оцінити чисельність ЧСЧ на рівні країни, на даний період часу, залишаються результати опитування загального населення, здійснені в попередні роки. У 2004 році були проведені поведінкові опитування молоді (14–24 роки)⁸⁷ та дорослого населення (25–49 років)⁸⁸, які містили блок запитань щодо сексуальної поведінки, включаючи сексуальні стосунки чоловіків з представниками своєї статі. З метою аналізу було підготовлено об'єднаний масив для вікової групи 15–49 років з відповідними коефіцієнтами зважування для забезпечення репрезентативності даних для визначеної вікової групи.

Як вихідні дані при розрахунках оціночної чисельності ЧСЧ методом коефіцієнтів на основі результатів опитування молоді та дорослого населення використано:

1. Відповіді респондентів на запитання анкети: «Чи мали Ви коли-небудь сексуальний зв'язок з чоловіком?» (підрахована сумарна питома вага тих чоловіків, які або дали ствердну відповідь щодо наявності сексуальних стосунків з чоловіками, або відмовилися дати відповідь на запитання).

2. Чисельність постійного чоловічого населення України віком від 15–49 років за даними Держкомстату України за станом на 1 січня 2008 року⁸⁹.

⁸⁷ Соціологічне дослідження в рамках проекту «Моніторинг поведінки молоді як компонента епідагляду другого покоління», ДІПСМ/УІСД/Альянс, загальнонаціональне репрезентативне опитування, розмір вибіркової сукупності – 2500 осіб віком 14–25 років. Вибіркова сукупність національна, репрезентативна для зазначеної вікової груп.

⁸⁸ Соціологічне дослідження «Відношення та поведінкові орієнтації дорослого населення до проблем ВІЛ/СНІДу та до людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом», УІСД/ДІПСМ/Центр «Соціальний моніторинг», загальнонаціональне репрезентативне опитування, розмір вибіркової сукупності – 2000 осіб віком 25–49 років, 2004 р. Вибіркова сукупність національна, репрезентативна для зазначеної вікової груп.

⁸⁹ Державний комітет статистики України. Розподіл постійного населення України за статтю та віком.

Оцінка чисельності групи ЧСЧ на рівні країни за результатами опитування загального населення у 2004 році та даними Держкомстату щодо чисельності чоловічого населення

Чисельність чоловічого населення України віком від 15 до 49 років, осіб	Частка чоловіків, які зазначили, що мали сексуальний контакт з чоловіком, або відмовилися відповідати на запитання	Оціночна кількість ЧСЧ, осіб	Довірчий інтервал оцінки (95%)
A	B	C = A / 100 * B	C ± 0,5%
Статистичні дані	Результати опитування	Розрахункові дані	Розрахункові дані
11 847 276	1,3	154 015	94 778–213 251

Звичайно, отримана таким чином оцінка має суттєві недоліки. По-перше, в результаті розрахунків було отримано оцінку чисельності чоловіків, які мали одностатевий сексуальний контакт хоча б раз протягом життя, в той час як ймовірність зараження ВІЛ серед приналежних до групи ЧСЧ доцільніше визначати, виходячи з наявності певної періодичності таких стосунків. По-друге, припущення про те, що відмовляються відповідати ті, хто бажає приховати відповідний досвід, є досить сумнівним, оскільки подібним чином можна припустити, що це є відмови тих, хто вважає запитання образливим для себе через значну стигматизацію цього досвіду в Україні⁹⁰. Окрім того, більш імовірним видається припущення про те, що, бажаючи приховати свій гомосексуальний досвід, ЧСЧ категорично будуть наполягати на тому, що в них такого досвіду взагалі ніколи не було.

За свідченнями експертів⁹¹, практично в усіх регіонах України питома частка ЧСЧ в чоловічому населенні значимо не відрізняється. Тому для розрахунків регіональних оцінок чисельності ЧСЧ використовувався загальнонаціональний показник 1,3% від чоловічого населення віком 15-49 років, який було отримано за результатами опитування загального населення в 2004 році⁹².

⁹⁰ Як свідчать дані КМІС, рівень толерантності по ставленню до ЧСЧ за останні 15 років мало змінився – дещо зменшилася частка населення, яке тією чи іншою мірою не згодне з тим, що суспільство має ставитися до гомосексуалістів як до всіх інших людей (з 34,9% до 28,5%). При цьому не змінилася частка прихильників рівного ставлення (33,7% та 33,3%) та зросла частка тих, хто дає середню оцінку – «і згодні, і не згодні» (з 8,9% до 16,3%).

⁹¹ Експертна думка Максима Касянчука, к.х.н., голови виконавчої ради громадської організації «Донбас-СоцПроект».

⁹² У 2004 році були проведені поведінкові опитування молоді віком 14–24 роки та поведінкове опитування дорослого населення віком 25–49 років, які містили блок запитань щодо сексуальної поведінки, включаючи сексуальні стосунки чоловіків з представниками своєї статі. З метою аналізу було підготовлено об'єднаний масив для вікової групи 15–49 років з відповідними коефіцієнтами зважування для забезпечення репрезентативності даних для визначеної вікової групи.

**Регіональні оцінки чисельності ЧСЧ за результатами опитування
загального населення в 2004 році та даними Держкомстату
щодо чисельності чоловічого населення**

АР Крим/ Область/ Місто	Чоловіче населення у віці 15-49 років	Оцінка чисельності ЧСЧ	Інтервальна оцінка (95%)
АР Крим	501 029	6 513	4 008–9 019
Вінницька	406 434	5 284	3 251–7 316
Волинська	267 508	3 478	2 140–4 815
Дніпропетровська	868 794	11 294	6 950–15 638
Донецька	1 137 412	14 786	9 099–20 473
Житомирська	326 184	4 240	2 609–5 871
Закарпатська	333 423	4 334	2 667–6 002
Запорізька	463 270	6 023	3 706–8 339
Івано-Франківська	363 075	4 720	2 905–6 535
Київська	444 270	5 776	3 554–7 997
Кіровоградська	252 493	3 282	2 020–4 545
Луганська	600 899	7 812	4 807–10 816
Львівська	679 647	8 835	5 437–12 234
Миколаївська	308 473	4 010	2 468–5 553
Одеська	628 134	8 166	5 025–11 306
Полтавська	379 346	4 931	3 035–6 828
Рівненська	301 228	3 916	2 410 – 5 422
Сумська	296 765	3 858	2 374–5 342
Тернопільська	278 949	3 626	2 232–5 021
Харківська	731 513	9 510	5 852–13 167
Херсонська	284 243	3 695	2 274–5 116
Хмельницька	333 864	4 340	2 671–6 010
Черкаська	319 241	4 150	2 554–5 746
Чернівецька	233 959	3 041	1 872–4 211
Чернігівська	269 517	3 504	2 156–4 851
м. Київ	739 548	9 614	5 916–13 312
м. Севастополь	98 058	1 275	784–1 765

Враховуючи світові тенденції, які демонструють результати оцінки чисельності ЧСЧ в різних країнах світу, можна зробити припущення, що такий оціночний діапазон ЧСЧ, навіть враховуючи високий рівень гомофобії серед населення країни, швидше за все, є значно заниженим.

РОЗРАХУНКИ ОЦІНОЧНОЇ ЧИСЕЛЬНОСТІ СТАТЕВИХ ПАРТНЕРІВ СІН

Як вихідні дані при розрахунках оціночної чисельності статевих партнерів СІН методом коефіцієнтів було використано:

1. Відповіді респондентів на запитання анкети: «Скільки серед Ваших сексуальних партнерів, з якими Ви вступали в контакт упродовж останніх трьох місяців (90 днів), становлять: постійні сексуальні партнери; комерційні сексуальні партнери, яким Ви давали винагороду за їхні сексуальні послуги; комерційні сексуальні партнери, які Вам давали винагороду за сексуальні послуги; випадкові та малознайомі сексуальні партнери?» (з аналізу були виключені вкрай нереалістичні відповіді (наприклад, 5 та більше постійних партнерів)⁹³.

2. Узгоджені оцінки чисельності СІН.

Оскільки результати поведінкових досліджень серед СІН свідчать про те, що жінки-СІН мають менше статевих контактів, ніж чоловіки, розрахунки чисельності здійснювався окремо для СІН-чоловіків та СІН-жінок.

Технологія розрахунків оціночної чисельності статевих партнерів СІН була такою:

1. Обчислено загальну кількість статевих партнерів для кожного СІН, який брав участь у поведінковому дослідженні 2008 року.

2. Розраховано середній показник чисельності статевих партнерів окремо для СІН-жінок та СІН-чоловіків (2,1 та 1,8 відповідно).

3. За результатами поведінкових досліджень було визначено, що загальне співвідношення жінок та чоловіків СІН становить приблизно 1:3 (середній показник по всіх досліджуваних місцевостях). Точніше, за даними поведінкових досліджень, проведених у 2007 та 2008 роках, частки чоловіків та жінок серед загальної групи СІН становлять 74% та 26% відповідно.

4. Базуючись на загальній оцінці чисельності групи СІН, обчислено чисельність груп СІН-жінок та СІН-чоловіків.

5. Окремо для груп СІН-чоловіків та СІН-жінок розраховано оціночну чисельність статевих партнерів (2,1 та 1,8 відповідно). Сума цих оцінок розглядається як загальна оцінка чисельності статевих партнерів СІН.

Розраховані таким чином регіональні оцінки чисельності статевих партнерів СІН на національному рівні дають змогу оцінити чисельність цієї групи в 654 тис. осіб. Однак виникає питання щодо того, яка частка цієї групи власне є СІН. На жаль, наявні дані поведінкових досліджень не дають змоги оцінити, наскільки сексуальні практики СІН сконцентровані всередині самої групи ризику, а наскільки розповсюджуються на загальне населення. Отже, можна припустити, що в даному випадку, оцінка чисельності даної «групи-містка» є некоректною і значно завищеною.

⁹³ Дані дослідження «Моніторинг поведінки СІН як компонент епідагляду другого покоління», 2008.

Оцінки чисельності статевих партнерів СІН методом «коефіцієнтів»,
що базуються на узгоджених оцінках чисельності СІН

АР Крим/ Область/ Місто	Узгодже- на оцінка чисельності СІН	Оцінка чи- сельності статевих партнерів чо- ловіків-СІН	Оцінка чи- сельності ста- тєвих партне- рів жінок-СІН	Загальна оцінка чи- сельності статевих партнерів СІН
	A	$B=(A*0,74)*2,1$	$C=(A*0,26)*1,8$	$D = B + C$
АР Крим	22 600	35 120	10 577	45 697
Вінницька	6 500	10 101	3 042	13 143
Волинська	5 000	7 770	2 340	10 110
Дніпропетров- ська	17 000	26 418	7 956	34 374
Донецька	60 000	93 240	28 080	121 320
Житомирська	7 500	11 655	3 510	15 165
Закарпатська	500	777	234	1 011
Запорізька	18 000	27 972	8 424	36 396
Івано-Франків- ська	3 000	4 662	1 404	6 066
Київська	15 200	23 621	7 114	30 734
Кіровоградська	2 000	3 108	936	4 044
Луганська	15 000	23 310	7 020	30 330
Львівська	9 000	13 986	4 212	18 198
Миколаївська	10 109	15 709	4 731	20 440
Одеська	15 500	24 087	7 254	31 341
Полтавська	8 000	12 432	3 744	16 176
Рівненська	3 000	4 662	1 404	6 066
Сумська	10 000	15 540	4 680	20 220
Тернопільська	3 000	4 662	1 404	6 066
Харківська	13 000	20 202	6 084	26 286
Херсонська	8 000	12 432	3 744	16 176
Хмельницька	8 000	12 432	3 744	16 176
Черкаська	11 000	17 094	5 148	22 242
Чернівецька	2 500	3 885	1 170	5 055
Чернігівська	6 500	10 101	3 042	13 143
м. Київ	38 000	59 052	17 784	76 836
м. Севастополь	5 500	8 547	2 574	11 121
Загалом				653 933

РОЗРАХУНКИ ОЦІНОЧНОЇ ЧИСЕЛЬНОСТІ КЛІЄНТІВ ЖКС

Оцінка чисельності клієнтів ЖКС на основі результатів поведінкових досліджень

Як вихідні дані при розрахунках оціночної чисельності клієнтів ЖКС методом «коефіцієнтів» на основі результатів поведінкових досліджень серед ЖКС було використано:

1. Відповіді респондентів на запитання анкети: «Скільки протягом останнього (робочого) тижня серед Ваших сексуальних партнерів/клієнтів було партнерів/клієнтів, від яких Ви отримували винагороду (гроші або інше)?»⁹⁴.

2. Узгоджені регіональні оцінки чисельності ЖКС.

Технологія розрахунків оціночної чисельності клієнтів ЖКС була такою:

1. За даними, отриманими в ході поведінкового дослідження серед ЖКС, обчислено показник середньої кількості клієнтів ЖКС за останній робочий тиждень. Цей показник складає 12 осіб і використовується в подальшому як множник.

2. Узгоджена оціночна чисельність ЖКС для кожного регіону помножена на показник середньої кількості клієнтів ЖКС за останній робочий тиждень.

Таблиця 47

Оцінки чисельності клієнтів ЖКС методом «коефіцієнтів», що базуються на узгоджених оцінках чисельності ЖКС

АР Крим/ Область/ Місто	Узгоджена оцінка чисельності ЖКС	Оцінка чисельності клієнтів ЖКС
	A	B = A * 12
АР Крим	4 000	48 000
Вінницька	1 200	14 400
Волинська	1 000	12 000
Дніпропетровська	3 700	44 400
Донецька	10 700	128 400
Житомирська	1 200	14 400
Закарпатська	500	6 000
Запорізька	4 500	54 000
Івано-Франківська	1 500	18 000
Київська	2 700	32 400
Кіровоградська	230	2 760
Луганська	4 100	49 200
Львівська	1 600	19 200
Миколаївська	2 900	34 800
Одеська	8 000	96 000
Полтавська	1 500	18 000
Рівненська	600	7 200
Сумська	1 800	21 600

⁹⁴ Дані дослідження «Моніторинг поведінки ЖКС як компонент епідагляду другого покоління», 2008.

АР Крим/ Область/ Місто	Узгоджена оцінка чисельності ЖКС	Оцінка чисельності клієнтів ЖКС
	A	B = A * 12
Тернопільська	600	7 200
Харківська	2 300	27 600
Херсонська	1 500	18 000
Хмельницька	1 500	18 000
Черкаська	2 000	24 000
Чернівецька	500	6 000
Чернігівська	1 200	14 400
м. Київ	6 800	81 600
м. Севастополь	1 000	12 000
Загалом		829 560

Результати розрахунків за допомогою методу коефіцієнтів демонструють невтішну картину: майже 6% (приблизно 830 тис. осіб) чоловічого населення України віком від 16 до 60 років⁹⁵, виступають в ролі ймовірних агентів перенесення ВІЛ-інфекції та інших ІПСШ, від групи високого ризику інфікування до загального населення.

Оцінка чисельності клієнтів ЖКС на основі результатів опитування населення в межах проекту «Медико-демографічне обстеження населення України»⁹⁶

У ході медико-демографічного обстеження населення України загалом було опитано 6841 жінок та 3178 чоловіків у липні – листопаді 2007 року в усіх областях України, АР Крим та м. Києві. Збір інформації було здійснено Українським центром соціальних реформ за адміністративної підтримки Держкомстату України. За результатами опитування, частка чоловіків, які зазначили, що платили за статевий акт за останні 12 місяців, склала 1,8%. У перерахунку на кількість чоловіків віком від 15 до 49 років оціночна кількість клієнтів РКС становить 219 717 осіб.

Як вихідні дані при розрахунках оціночної чисельності клієнтів ЖКС методом коефіцієнтів на основі результатів опитування населення було використано:

1. Частка чоловіків у віці 15–49 років, які в ході опитування вказали, що платили за статевий акт за останні 12 місяців⁹⁷.

2. Дані Держкомстату України щодо кількості чоловіків серед населення віком 15–49 років, які проживають в Україні⁹⁸ за станом на 1 січня 2007 року.

⁹⁵ Розподіл постійного населення України за статтю та віком за станом на 1 січня 2007 р.: стат. зб. – К., 2008.

⁹⁶ Україна: медико-демографічне обстеження-2007. – К. : ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2008.

⁹⁷ Методико-демографічне обстеження населення України у 2007 році, проведене Українським центром соціальних реформ за участю Державного комітету статистики України.

⁹⁸ Розподіл постійного населення України за статтю та віком станом на 1 січня 2007 р. : стат. зб. – К., 2008.

Розрахунки оцінки чисельності клієнтів ЖКС на основі даних масового опитування молоді та дорослого населення, осіб

Вікова група	Кількість чоловіків відповідного віку, які проживають в Україні	Частка чоловіків, які платили за статевий акт за останні 12 місяців (N=3178)	Розрахункова кількість чоловіків, які платили за статевий акт за останні 12 місяців
A	B	C	D (B*C/100)
15–19	1 737 770	0,1	1 738
20–24	1 977 600	2,2	43 507
25–29	1 740 002	3,9	67 860
30–34	3 197 014	2,2	70 334
35–39			
40–44	3 297 945	1,1	36 277
45–49			
Загалом	11 950 331	(1,8)	219 717

Дана оцінка є передбачувано заниженою, оскільки запитання є досить інтимним, що передбачає велику кількість нещирих відповідей на пряме запитання щодо практики такої ризикованої поведінки.

РОЗРАХУНКИ ОЦІНОЧНОЇ ЧИСЕЛЬНОСТІ ЖІНОК – СТАТЕВИХ ПАРТНЕРІВ ЧСЧ

Як вихідні дані при розрахунках оціночної чисельності жінок – статевих партнерів ЧСЧ за допомогою методу коефіцієнтів було використано:

1. Відповіді респондентів на запитання анкети: «Зі скількома жінками Ви вступали в статеві контакти протягом останніх 6 місяців?»⁹⁹.
2. Узгоджені регіональні оцінки чисельності ЧСЧ.

Технологія розрахунків оціночної чисельності статевих партнерів-жінок ЧСЧ була такою:

1. Серед відповідей респондентів траплялися такі, де було вказано вкрай нереалістично велику кількість жінок-партнерів (наприклад 60 жінок-партнерів). Щоб уникнути спотворення загального показника за рахунок цих відповідей, з аналізу були виключені крайні мінімальні та крайні максимальні значення ранжируваного ряду (по 0,5% відповідей).

2. Обчислено показник середньої кількості жінок – статевих партнерів ЧСЧ за останні півроку. Цей показник складає 0,37 і використовується в подальшому як множник.

3. Узгоджена оціночна чисельність ЧСЧ для кожного регіону помножена на показник середньої кількості жінок – статевих партнерів ЧСЧ за останні півроку.

Таблиця 49

Оцінки чисельності жінок – статевих партнерів ЧСЧ методом «коефіцієнтів», що базуються на узгоджених оцінках чисельності ЧСЧ

АР Крим/ Область/ Місто	Узгоджена оцінка чисельності ЧСЧ	Оцінка чисельності жінок – статевих партнерів ЧСЧ
	A	$B = A * 0,37$
АР Крим	4 000	1 480
Вінницька	3 300	1 221
Волинська	1 000	370
Дніпропетровська	7 000	2 590
Донецька	9 100	3 367
Житомирська	2 600	962
Закарпатська	2 700	999
Запорізька	3 700	1 369
Івано-Франківська	300	111
Київська	3 600	1 332
Кіровоградська	1 500	555
Луганська	4 800	1 776
Львівська	5 400	1 998
Миколаївська	2 000	740
Одеська	5 500	2 035
Полтавська	3 000	1 110
Рівненська	700	259
Сумська	1 200	444

АР Крим/ Область/ Місто	Узгоджена оцінка чисельності ЧСЧ	Оцінка чисельності жінок – статевих партнерів ЧСЧ
	A	B = A * 0,37
Тернопільська	2 200	814
Харківська	5 900	2 183
Херсонська	2 300	851
Хмельницька	2 700	999
Черкаська	2 600	962
Чернівецька	1 900	703
Чернігівська	2 200	814
м. Київ	14 000	5 180
м. Севастополь	800	296
Загалом		35 520

Отже, загальна чисельність жінок, які можуть виступати «містком» для ВІЛ-інфекції від ЧСЧ (представників однієї з найбільш уразливих до інфекції груп) до загального населення, може бути оцінена приблизно в 36 тис. осіб.

НАЦІОНАЛЬНА ОЦІНКА СИТУАЦІЇ З ВІЛ/СНІД В УКРАЇНІ, ЗДІЙСНЕНА У 2009 РОЦІ¹⁰⁰

Вихідні дані

Масштаби епідемії ВІЛ/СНІД в Україні продовжують зростати. За станом на 1 липня 2009 року і починаючи з 1987 року, в країні було офіційно зареєстровано понад 151 тис. випадків ВІЛ-інфекції серед громадян країни. У 2008 році було зареєстровано найбільшу кількість нових випадків ВІЛ-інфекції – 18 973 або на 7,3% більше, ніж у попередньому 2007 році. Лише за 6 місяців 2009 року виявлено понад 10 тис. нових випадків ВІЛ-інфекції проти 9,4 тис. за аналогічний період 2008 року. Цілком імовірним є припущення, що за таких тенденцій наприкінці 2009 року ця цифра сягне 20 000 випадків. З початку епідемії у 29 018 громадян України був діагностований СНІД, а 16 462 особи померли внаслідок цієї хвороби.

Загальноновизнаним є факт, що офіційні дані не відображають реальний масштаб епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні, зокрема дійсну кількість людей, інфікованих ВІЛ. Це лише інформація про кількість осіб, які пройшли тестування на антитіла до ВІЛ у яких була виявлена ВІЛ-інфекція і які були внесені до офіційного національного реєстру випадків ВІЛ-інфекції. Значно більша кількість українців можуть бути інфікованими, але вони невідомі щодо свого статусу, що підкреслює необхідність покращення доступу до послуг з консультування і тестування на ВІЛ як для загального населення, так і представників груп найбільшого ризику зараження.

Станом на початок 2009 року, усього 10 629 хворих отримували АРВ-терапію в Україні, включаючи 1123 дитини. Переважна більшість цих хворих – 9 960 – отримували лікування за рахунок державного бюджету, а решта витрат покривалися програмою «Подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні», що фінансується Глобальним фондом боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією (ГФСТМ). Відповідно до національних оцінок 2007 року рівень охоплення лікуванням складав 35% від оціночної кількості хворих, які потребували АРВ-терапії¹⁰¹.

Процес розробки нових національних оцінок з ВІЛ/СНІДу

У травні 2009 року Референс-група ЮНЕЙДС/ВООЗ з ВІЛ/СНІДу провела триденний навчальний семінар у Кишиневі (Республіка Молдова) за участю представників країн Східної Європи та Центральної Азії. Зазначений семінар став частиною глобальних навчальних заходів, здійснених ЮНЕЙДС та ВООЗ з метою розробки нових національних оцінок з використанням нових та покращених методик. На семінарі в Кишиневі був представлений новий

¹⁰⁰ Звіт розроблено за участю Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом Міністерства охорони здоров'я України, Бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я в Україні, Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні, Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу. Кореспонденцію спрямовувати д-ру Юрію Круглову, Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом; вул. Амосова, 5, Київ, Україна 03038; Email: ukruids@ukrpost.ua.

¹⁰¹ Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Звітний період: січень 2006 – грудень 2007 року. – К., 2008.

інструмент моделювання епідемії ВІЛ/СНІД для країн з концентрованою стадією розвитку епідемії – Пакет для оцінок і прогнозування (ПОП), версія Beta U, а також удосконалена версія програми «Спектрум» (версія 3.40) для розробки більш точної оцінки стану епідемії ВІЛ/СНІДу та потреб в АРТ.

Протягом 2008 року на замовлення МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» та у співпраці з Українським центром профілактики і боротьби зі СНІД було проведено серію зв'язаних досліджень (опитування поєднується із тестуванням крові респондентів на ВІЛ) серед СІН, ЧСЧ та ЖКС. Результати цих досліджень разом із даними епіднагляду попередніх років були використані для розробки нових оцінок щодо чисельності людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, а також тих, хто потребує АРТ.

Протягом травня – вересня 2009 року було організовано серію зустрічей зацікавлених сторін, на яких було представлено і обговорено нові національні оцінки щодо ВІЛ/СНІД в Україні за станом на кінець 2008 року. Зокрема, ці дані обговорювалися на семінарі-наradі головних лікарів обласних центрів профілактики і боротьби зі СНІДом (Львів, червень 2009 р.), засіданнях робочих груп МОЗ України з питань лікування ВІЛ/СНІД та моніторингу і оцінки, Тематичної групи ООН з ВІЛ/СНІД (вересень 2009 р.) та засіданні Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу (10 вересня 2009 р.). Отримані результати було надано Секретаріату ЮНЕЙДС, ВООЗ та Робочій групі ЮНЕЙДС/ВООЗ з глобального нагляду за ВІЛ/СНІДом та ІПСШ для експертизи і отримано схвальну оцінку. Представлені оцінки щодо ВІЛ/СНІД в Україні будуть використані під час підготовки чергового Національного звіту з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом.

Загальна методологія оцінки ситуації з ВІЛ/СНІД в Україні за станом на кінець 2008 року

Україна залишається в категорії країн з концентрованою стадією епідемії ВІЛ-інфекції, зосередженою серед окремих груп найвищого ризику інфікування. Відповідно до рекомендацій Робочої групи ВООЗ/ЮНЕЙДС з глобального нагляду за ВІЛ/СНІДом та ІПСШ щодо застосування програмного пакета з оцінки та прогнозування (ПОП), було вирішено обрати такі групи населення для розробки національних оцінок за даними 2008 року: СІН, ЖКС, ЧСЧ, чоловіки – клієнти ЖКС, ув'язнені та загальне населення.

На відміну від методу «Робочого журналу»¹⁰², що використовувався в попередні роки, програма ПОП має достатньо суттєві особливості, зокрема вона дозволяє:

- отримати дані не тільки щодо поширеності ВІЛ-інфекції, а й захворюваності на ВІЛ-інфекцію, що є більш чутливим показником вимірювання змін у розвитку епідемії ВІЛ;
- враховувати плинність складу груп населення, обраних для оцінки поточного стану епідемії, термін перебування в групі та співвідношення чоловіків та жінок;
- при побудові моделі національної епідемії враховувати вплив АРТ на показник поширеності ВІЛ-інфекції;

¹⁰² Метод «Робочого журналу» використовується для оцінки поширення ВІЛ в умовах помірної або концентрованої епідемії. Метод передбачає розрахунки поширеності ВІЛ на національному рівні та побудову епідеміологічної кривої з використанням програми Microsoft Excel, а також подальшу підготовку даних для передачі результатів до програми Spectrum. (http://data.unaids.org/pub/Presentation/2009/20090526_workbookmethod_2009_ru.pdf)

- розраховувати і демонструвати «внесок» різних підгруп населення у рівень захворюваності і поширеності ВІЛ-інфекції;
- будувати криві динаміки ВІЛ-інфекції на національному рівні та окремо для визначених груп населення;
- передавати в «Спектрум» дані щодо захворюваності на ВІЛ (а не щодо поширеності, як раніше).

Використовуючи оцінки щодо захворюваності на ВІЛ-інфекцію, отримані в ПОП, «Спектрум» дозволяє:

- розрахувати оціночну кількість ЛЖВ серед дорослих у різних вікових групах, кількість нових випадків і передбачувану кількість випадків смерті внаслідок СНІДу;
- оцінити поточні та потенційні потреби країни в лікуванні хворих на ВІЛ-інфекцію.

Оціночні дані, які використовувалися для оцінки ситуації з ВІЛ/СНІД

Ключовим елементом процесу оцінки є визначення чисельності груп, обраних для аналізу, та їх демографічних характеристик. Дані щодо поширеності ВІЛ у цих групах населення дозволяють більш точно оцінити загальну кількість ВІЛ-позитивних людей в країні, ніж дані лише офіційної реєстрації випадків ВІЛ-інфекції/СНІДу¹⁰³.

Для оцінки ситуації з ВІЛ/СНІД в Україні у 2009 році були використані такі оціночні та статистичні дані:

- оціночна чисельність споживачів ін'єкційних наркотиків (230–360 тис. осіб);
- оціночна чисельність жінок комерційного сексу (63–93 тис. осіб);
- оціночна чисельність чоловіків – клієнтів жінок комерційного сексу (234 тис. осіб)¹⁰⁴;
- оціночна чисельність чоловіків, які мають секс з чоловіками (95–213 тис. осіб у віці 15–49 років, котрі мають досвід таких стосунків);
- кількість ув'язнених (145 тис. осіб)¹⁰⁵;
- розмір загального населення (визначався як різниця між чисельністю населення віком від 15 років і старше та оцінною чисельністю груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ);
- дані щодо поширеності ВІЛ та охоплення АРТ.

З 1999 року в Україні запроваджено метод дозорного епідеміологічного нагляду за поширенням ВІЛ-інфекції в різних групах населення. З 2007

¹⁰³ Walker N, Stover J, Stanecki K, et al. The workbook approach to making estimates and projecting future scenarios of HIV/AIDS in countries with low-level and concentrated epidemics. *Sex Transm Inf* 2004;80 (Suppl 1) :110–113.

¹⁰⁴ Вперше в Україні питання щодо користування платними послугами ЖКС чоловіками-клієнтами було вивчено в рамках демографічно-медичного дослідження, проведеного у 2007 році. На основі цих даних було погоджено вважати, що, в середньому, 2% чоловіків віком 15–49 років користувалися послугами ЖКС в останні 12 місяців.

¹⁰⁵ Дані Державного Департаменту України з питань виконання покарань.

року серологічний моніторинг доповнений проведенням зв'язаних (біологічних та поведінкових) досліджень серед СН, РКС та ЧСЧ. Дослідження координуються Українським центром профілактики та боротьби зі СНІДом та здійснюються у співпраці з обласними центрами профілактики та боротьби зі СНІДом, дослідницькими установами та підтримуються Міжнародним Альянсом з ВІЛ/СНІД в Україні в рамках програми „Подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні», що фінансується ГФСТМ. Відповідно до методології ПОП до програми було внесено всі результати дозорних епідеміологічних досліджень серед визначених груп, починаючи з 1999 року, а також дані рутинного епіднагляду за поширенням ВІЛ серед ув'язнених та вагітних. Дані щодо поширення ВІЛ в останній підгрупі населення використані як гроху показник для решти населення, яке було категоризоване як загальне населення.

Згідно з офіційними звітами Українського центру профілактики і боротьби з ВІЛ/СНІДом щодо програми АРТ до відповідного блоку програми ПОП були внесені дані стосовно щорічної кількості хворих, які отримували АРТ протягом 2004–2008 років з розподілом їх за схемами лікування 1-го та 2-го ряду. Також було внесено цільові дані щодо кількості хворих, які потребуватимуть АРТ до 2013 року включно.

Отримані на підставі вищезазначених даних в програмі ПОП оцінки щодо захворюваності на ВІЛ-інфекцію були експортовані до програми «Спектрум», що є системою моделювання політики¹⁰⁶, з метою розробки детальної оцінки ситуації з ВІЛ/СНІДом в Україні за станом на кінець 2008 року, а також для прогнозування ситуації на період до 2015 року. Необхідні дані були внесені до розділу «Епідеміологія» модуля «СНІД» (AIM) програми «Спектрум». Додатково до цього модуля було внесено ряд таких даних та припущень:

- чисельність вагітних, які отримували послуги з профілактики вертикальної передачі ВІЛ з 2000-го по 2008 рік та очікувана їх кількість на період до 2015 року, тривалість вигодовування та розподіл за його видами, кількість вагітностей, що закінчилися абортами, кількість дітей на АРТ. Частота передачі ВІЛ за умови відсутності програм профілактики вертикальної передачі ВІЛ була визначена у 20% (до 2000 року), а за умови впровадження профілактичної антиретровірусної терапії трьома препаратами – 2%;
- відсоток тих, хто отримує АРТ і залишиться жити в наступному році, становить 86%.
- модель «поступового прогресування ВІЛ» була використана як змінна величина для вирахування швидкості, з якою люди, інфіковані ВІЛ, помруть через СНІД за відсутності ВААРТ.

Узагальнена оцінка ситуації з ВІЛ/СНІДом в Україні за станом на кінець 2008 року та прогнозні показники на період до 2015 року

На підставі вищезазначених даних і припущень були отримані такі результати щодо нової узгодженої оцінки стосовно ситуації з ВІЛ/СНІД в Україні за станом на кінець 2008 року:

	2008	2009	2010	2013	2015
Загальна кількість людей, які живуть з ВІЛ (дорослі віком від 15 років)	340 000	350 000	360 000	376 000	377 000
Чоловіки, які живуть з ВІЛ (дорослі віком від 15 років)	231 000	238 000	244 000	254 000	255 000
Жінки, які живуть з ВІЛ (дорослі віком від 15 років)	109 000	112 000	116 000	122 000	122 000
Поширеність ВІЛ-інфекції (дорослі віком від 15 років, %)	0,83	0,86	0,89	0,96	0,97
Поширеність ВІЛ-інфекції (дорослі віком від 15 до 49 років, %)	1,25	1,29	1,33	1,41	1,43
Оцінна кількість нових випадків ВІЛ-інфекції	34 000	33 000	32 000	27 000	23 000
Оцінна кількість смертей від СНІДу	21 000	21 000	21 000	22 000	22 000
Оцінна кількість хворих, які потребують АРТ	80 000	86 000	92 000	113 000	126 000

Висновки

У порівнянні з попередніми оцінками, нові оцінки є меншими за оцінки чисельності людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом в Україні, що були розроблені на кінець 2007 року. Однією з причин є те, що нова національна оцінка ситуації з ВІЛ/СНІД в Україні за станом на кінець 2008 року ґрунтується на більш досконалому програмному забезпеченні, що передбачає використання розширеного переліку демографічних даних щодо груп населення підвищеного ризику, більш надійних даних щодо динаміки показників поширення ВІЛ серед цих груп за досить великий проміжок часу (з 1999 року, коли був запроваджений метод дозорного епіднагляду за поширенням ВІЛ-інфекції) і на різних територіях, а також даних щодо доступу населення до АРТ. З іншого боку, зменшення оцінної чисельності людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом не означає, що епідемія перебуває під контролем. Для значної кількості українців, інфікованих ВІЛ, їх статус залишається невідомим (кожні 3 з 4 уражених ВІЛ-інфекцією), що створює сприятливі умови для передачі ВІЛ від цієї групи населення до статевих партнерів та осіб, з якими вони спільно вживають наркотичні речовини. Розширення масштабів антиретровірусної

терапії призведе до підвищення виживаності через зменшення захворюваності і смертності від СНІДу і, відповідно, до збільшення чисельності людей, які живуть з ВІЛ/СНІД. Показник поширеності ВІЛ-інфекції серед дорослих віком від 15 років і більше буде зростати водночас із прогнозованим зменшенням кількості нових випадків ВІЛ-інфекції та стабілізацією числа померлих від СНІДу.

Обмеження

Деякі дані, що використовувалися під час розробки оцінок, відображають експертні думки українських та міжнародних спеціалістів, які брали участь в їх формуванні. Експерти свідомі того факту, що існують певної міри перетини між ключовими групами, визначеними як основні для розробки оцінок, і що деякі їх демографічні характеристики потребують подальшого уточнення. Ефективні підходи до визначення чисельності таких груп також ще недостатньо розроблені. Якість даних значно мірою впливає на межі достовірності, що в умовах концентрованої епідемії можуть бути занадто великими. Саме тому використання отриманих оцінок повинно здійснюватися досить обережно, допоки не будуть отримані більш надійні та релевантні дані.

Таким чином, наведені дані являють собою найбільш точну оцінку ситуації з ВІЛ/СНІДом в Україні за станом на кінець 2008 року. **Розробники оцінок будуть вдячні за точне і послідовне застосування цих оцінок та джерел їх походження усіма національними та міжнародними партнерами, залученими до діяльності у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні.**

ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПРОВЕДЕННЯ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Завжди, коли це є можливим, завдання оцінити чисельність груп ризику або груп містків раціонально намагатися вирішити в рамках досліджень, які організуються для досягнення інших цілей (наприклад, у рамках моніторингу поведінки груп ризику), просто приєднавши блок запитань з оцінки чисельності до анкети дослідження, – це дозволить заощадити значні фінансові ресурси. Наприклад, для того, щоб оцінити чисельність СІН в певному місті за «методом коефіцієнта», може бути достатнім додати всього лише одне запитання до анкети моніторингового дослідження, за умови що його вибірка є репрезентативною для цього міста.

Проте не всі методи оцінки чисельності дозволяють це зробити. Метод нарощування соціальних мереж потребує невеликої анкети (обсяг якої фактично визначається кількістю категорій населення, обраних для аналізу), що дозволяє легко інтегрувати його в дослідження, які проводяться для інших цілей, – наприклад, це може бути блок запитань в омнібусному дослідженні¹⁰⁷.

Результати дослідження, проведеного із застосуванням методу нарощування соціальних мереж, показали, що методика нарощування соціальних мереж потребує подальшого уточнення для застосування її в оцінці чисельності груп ризику.

У першу чергу, потрібно застосовувати спеціальні методики (додаткове звернення до респондентів, методика «таємного голосування» – «secret ballot» тощо) для підвищення щирості відповідей респондентів.

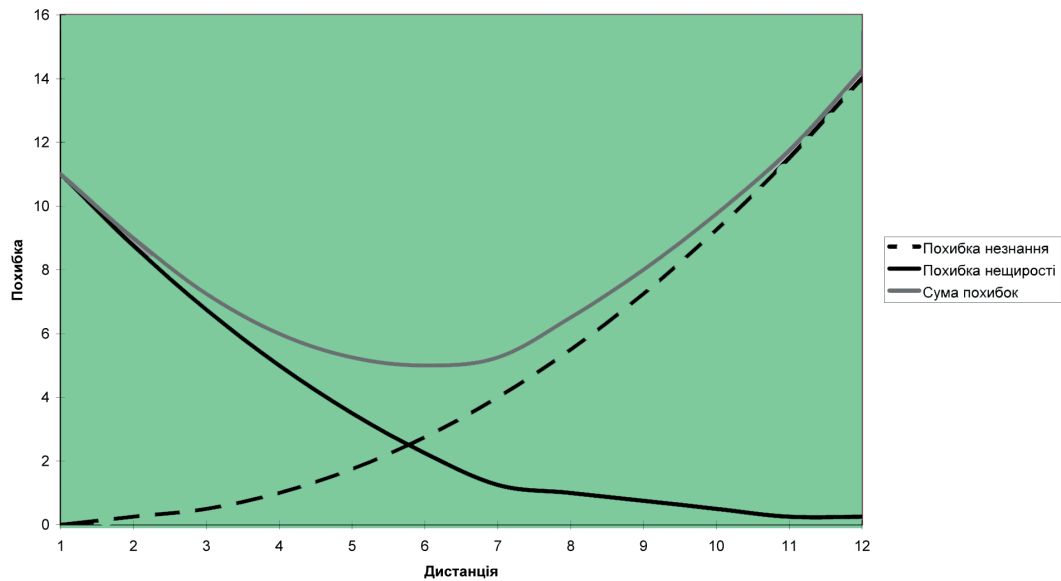
Один з недоліків досліджень із застосуванням методу нарощування соціальних мереж полягає в тому, що всі вони базуються на пошуку максимального розміру «активної мережі», тобто тих, із ким підтримувався контакт протягом останніх двох років, а ця мережа включає «слабкі» зв'язки, включає знайомих, яких респондент не дуже добре знає. Якщо використовувати поняття кола¹⁰⁸ і поняття дистанції до респондента, то «активна мережа» – це всі ті, кого респондент «бачив» протягом двох років, починаючи від близьких людей і аж «до лінії горизонту». Згадаємо ефекти трансмісії і ефекти нещирості респондентів через стигматизацію груп ризику, або (іншими словами) про похибки незнання характеристик знайомих та похибки небажання визнавати, що представник стигматизованої групи є твоїм близьким знайомим. Можна сформулювати такі закономірності. Чим слабкіші зв'язки, чим більше дистанція від респондента до його знайомого, тим більша «похибка незнання» і тим менша «похибка небажання включати у мережу» (чи ефект стигматизації). Наприклад, сказати, що ти взагалі знаєш якогось наркомана набагато, простіше, ніж сказати, що це твій друг. І навпаки, чим сильніші зв'язки, чим менша дистанція до респондента, тим краще респондент знає

¹⁰⁷ Омнібус – це регулярне багатоцільове опитування населення, яке проводиться соціологічними центрами на одночасне замовлення декількох клієнтів з різними завданнями, які спільно його фінансують (кожен платить тільки за свої запитання анкети).

¹⁰⁸ Пипич А. Социальные круги в свете концепции социального опосредования : теоретико-методологический аспект / Анатолий Пипич, Оксана Пипич // «Социология: теория, методы, маркетинг». – 2008. – № 4. – С. 148–165.

характеристики знайомого, тим менша похибка незнання, але тим більша похибка небажання зізнатися, що представник стигматизованої групи є твоїм знайомим.

Залежність похибок від соціальної дистанції



Сумарна похибка мінімальна не при великих дистанціях і не при мінімальних дистанціях, а десь посередині. Це означає, що при використанні методу нарощування соціальних мереж бажано шукати розмір мережі для досягнення **не максимальної** (аж до «лінії горизонту»), а **оптимальної** соціальної дистанції.

Тому подальший розвиток методу нарощування соціальних мереж ми бачимо як проведення досліджень, в яких був би блок виміру соціальної дистанції (сили зв'язків), визначення розміру мережі при зв'язках різної сили і якості прогнозу для широкого спектру відомих груп (особливо відомих груп низького престижу).

Іншим підходом до покращення оцінки чисельності груп ризику є використання методу «анонімного (або загаданого) знайомого» з *накопиченням* інформації за даними багатьох досліджень. Про що йдеться?

Коли ми розглядали питання про те, чому неможливо провести оцінку чисельності груп ризику у звичайних дослідженнях, то мова йшла, по-перше, про стигматизованість цих груп і небажання респондентів визнати свою належність до них, по-друге, про дуже низький рівень пенітрації, тобто дуже невеликий відсоток чисельності цих груп серед населення.

Перший недолік долається за допомогою методу «анонімного знайомого» (або «загаданого знайомого»). Цей метод полягає в тому, що респондентів просять вибрати одного свого знайомого, якого вони дуже добре знають, а інтерв'юєр запитує про деякі аспекти діяльності цього знайомого. Інтерв'юєр гарантує, що не буде питати, хто ця людина і наскільки близька вона респонденту. Це створює анонімність і дає можливість респонденту розповісти про себе чи про своє найближче оточення досить щиро. У спеціальному дослідженні було показано, що дуже часто респондент розповідає саме про себе, а в інших випадках про близьких членів родини. Тобто похибка незнання при цьому практично відсутня, а похибка нещирості мінімізується анонімністю і тим, що інтерв'юєру невідома ступінь близькості знайомого до респондента.

Другий недолік – це те, що у звичайних національних дослідженнях з вибіркою 2000 респондентів частка представників груп ризику становить менше чверті відсотка – це 5 осіб, і навіть у великих проектах з дослідженнями у 10 тис. респондентів – це 25 осіб, що все одно недостатньо для надійної оцінки. Виходом з цієї ситуації є накопичення даних багатьох досліджень протягом року. Наприклад, КМІС проводить 60–70 репрезентативних досліджень на рік, і якщо б, скажімо, у 50 дослідженнях було декілька запитань про належність анонімного знайомого до груп ризику, то ми отримали б інформацію з масиву у 100 тис. респондентів, де оцінка була б досить надійною (і навіть характеристики анонімних знайомих були б отримані з похибкою у 7–10%). Велику кількість досліджень проводить не тільки КМІС, але й деякі інші дослідницькі центри. Кошти на оцінку чисельності однієї групи ризику в 50 дослідженнях сягають близько 12–15 тис. дол. США.

Здійснений у ході дослідження аналіз наявної інформації продемонстрував суттєву нестачу даних для оцінки чисельності груп високого ризику інфікування ВІЛ методом коефіцієнтів. З одного боку, статистична інформація наявна лише щодо СІН, для груп ЖКС та ЧСЧ на даний момент немає жодних статистичних даних, які б можна було використати для оцінки чисельності цих груп. З іншого боку, результати поведінкових опитувань мають ряд значних обмежень, у першу чергу за рахунок недостатньої репрезентативності вибіркової сукупності для розрахунків такого рівня. Окрім того, спеціальні запитання, метою яких є отримання необхідної інформації для оцінки чисельності групи ризику, було включено лише в запитальник для СІН.

Проблема нестачі інформації може бути вирішена шляхом формулювання переліку показників (запитань анкети), які будуть чітко відповідати статистичним показникам (якщо такі існують), з метою їх включення до запитальників у ході поведінкових досліджень серед представників груп ризику, груп-містків та загального населення.

Необхідно відзначити: результати даного дослідження знову продемонстрували, що оцінка чисельності ЧСЧ потребує особливої уваги, з огляду на прихованість та закритість групи. У ході обговорення результатів та перспектив досліджень з оцінки чисельності групи було прийнято рішення про те, що організаторам досліджень слід виносити на обговорення постійної референтної групи з питань ЛГБТ спільнот інструментарій та протоколи досліджень серед ЧСЧ.

Як подальшу перспективу було вирішено включати в поведінкові опитування загального населення запитання щодо практики сексуальних стосунків з представниками своєї статі із збереженням формулювання, яке застосовувалося в дослідженнях серед молоді та загального населення в 2004 році¹⁰⁹.

Окрім цього, доцільно розробити процедуру та провести комплексне дослідження методом номінації ЧСЧ (аналіз інформації, розміщеної на популярних інтернет-сайтах знайомств) з подальшим застосуванням методу коефіцієнтів (за результатами поведінкових досліджень).

Загалом, суттєвою проблемою на сьогодні є те, що на даний момент не існує єдиних усталених критеріїв віднесення до груп ризику. Основні критерії включення до груп ризику (період останньої практики, регулярність і т.п.) визначаються для кожного дослідження окремо. Так само не існує устален-

¹⁰⁹ Соціологічне дослідження в рамках проекту «Моніторинг поведінки молоді як компонента епідагледу другого покоління» та соціологічне дослідження «Відношення та поведінкові орієнтації дорослого населення до проблем ВІЛ/СНІДу та до людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом».

них критеріїв щодо розмежування груп ризику між собою, хоча добре відомо, що досить часто трапляються випадки «перетину сфер»¹¹⁰ ризикованої поведінки.

На теперішній час уже постає критичне питання про відсутність єдиних детальних методичних рекомендацій щодо проведення соціологічних досліджень з метою оцінки чисельності усіх груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ як на національному, так і на локальному рівнях.

¹¹⁰ Як, наприклад, у випадку поширення практики вживання наркотиків ін'єкційним шляхом серед ЖКС та практики надання сексуальних послуг за плату серед СІН.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНОЇ ТА РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Bernard, H. R., Johnsen, E.C., Killworth, P.D., and Robinson, S. Estimating the Size of Average Personal Network and of an Event Subpopulation. In M. Kochen (Ed.), *The small world* (pp. 159–175). Norwood: Ablex Publishing Co.
2. Christopher McCarty and H. Russell Bernard. University of Florida. The Network Scale-Up Method. Presentation to UNAIDS, New York, NY September 3, 2008.
3. Christopher McCarty and H. Russell Bernard. University of Florida. How to conduct a network scale-up survey. Presentation to UNAIDS, New York, NY September 3, 2008.
4. Estimating the size of population at risk for HIV. Issues and Methods updated. UNAIDS/WHO Working Group on HIV/AIDS/STI Surveillance. July 2003.
5. Kadushin, Ch., Killworth, P. D., Bernard, H. R., Beveridge, A.A. Scale-up Methods as Applied to Estimates of Heroin Use. *Journal of Drug Issues* 0022-0426/06/02, pp. 417–440.
6. Killworth, P. D., McCarty, C., Bernard, H. R., Shelley, G. A., and Johnsen, E. C. Estimation of Seroprevalence, Rape, and Homelessness in the United States Using a Social Network Approach. 1998. *Evaluation Review* 22:289–308. Published by SAGE Publications, <http://sagepublications.com>
7. Killworth, P.D., Johnsen, E.C., McCarty, C., Shelley, G. A., Bernard, H. R. A social network approach to estimating seroprevalence in the United States. *Social Networks* 20 (1998), pp. 23–50.
8. Marsden P. V. Recent Developments in Network Measurement. In Carrington, P. J., Scott, J., Wasserman, S. *Models and methods in social network analysis*. Cambridge University Press, 2005.
9. McCarty, C., Killworth, P. D., Bernard, H. R., Johnsen, E.C., Shelley, G. A. Comparing Two Methods for Estimating Network Size. *Human Organization*; Spring 2001; 60, 1; *ABI/INFORM Global*, p. 28.
10. McCormick, T.H., Salganik, M.J., Zheng, T. How many people do you know?: Efficiently estimating personal network size. September 16, 2008.
11. Shelley, G. A., Bernard, H. R., Killworth, P. D., Johnsen, E. C., McCarty, C. Who Knows Your HIV Status? What HIV+ patients and their network members know about each other. *Social Networks* 17 (1995), pp. 189–217.
12. Методичні рекомендації з проведення досліджень для моніторингу відповіді країни на епідемію ВІЛ-інфекції. / О.М. Балакірева, М.Ю. Варбан, Г.В. Довбах та ін.; МБФ «Міжнар. Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». – К. : 2008. – 96 с.
13. Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні. Річний звіт за 2008 рік. (http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/finalreport/pdf/ar_2008_ua.pdf)

14. Моніторинг поведінки жінок, які надають сексуальні послуги за плату як компонент епіднагляду другого покоління / О.Р. Артюх, О.М. Балакірева. – К.: МБФ «Міжнар. Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2005. – 32 с.
15. Моніторинг поведінки молоді як компонент епіднагляду другого покоління / О.М. Балакірева, Ю.М. Галустян, Д.М. Дікова-Фаворська та ін. – К.: МБФ «Міжнар. Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2005.
16. Моніторинг поведінки представників груп-містків як компонент епіднагляду другого покоління / Н.Б. Погоріла, Є.А. Польщикова, Г.В. Довбах.– К.: МБФ «Міжнар. Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2005. – 60 с.
17. Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епіднагляду другого покоління / О.Р. Артюх, О.М. Балакірева. – К.: МБФ «Міжнар. Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2005. — 68 с.
18. Моніторинг поведінки чоловіків, які практикують секс із чоловіками: аналітичний звіт за результатами опитування. / О.М. Балакірева (кер. проекту), Т.В. Бондар, М.Г. Касянчук та ін. – К.: МБФ «Міжнар. Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2008. – 64 с.
19. Національна оцінка ситуації з ВІЛ/СНІД в Україні станом на початок 2009 року. Звіт розроблений за участю Українського Центру профілактики та боротьби зі СНІДом Міністерства охорони здоров'я України, Бюро Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я в Україні, Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні, Об'єднаної програма ООН з ВІЛ/СНІДу.
20. Оцінка можливостей розвитку програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків. / О.М.Балакірева, М.Ю. Варбан, О.О. Яременко та ін. – К.: Укр. ін.-т соц. дослідж., 2003.
21. Оцінка чисельності груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні / О.М. Балакірева (гол.ред.), Л.М. Гусак, Г.В. Довбах та ін. – К.: МБФ «Міжнар. Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2006. – 28 с.
22. Україна : медико-демографічне обстеження-2007 / Укр. центр соц. реформ ; Держ. комітет статистики України ; М-во охорони здоров'я України ; United States Agency for International Development ; Macro International Inc. Calverton, Maryland, США. – К.: ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2008. – 376 с.

ДОДАТКИ

Додаток 1. Дані щодо кількості СІН у розрізі областей та окремих міст

АР Крим / Область / Місто	Дані медичної статистики – наркооблік, на 30.06.2008 р.	Дані медичної статистики – госпіталізація, звітний рік – 2007	Дані МВС України на 01.01.2009 року	Дані Альянсу за річний період (з 01.10.2007 по 30.09.2008)	Оцінка чисельності СІН методом нарощування с оціалних мереж, 2009 рік	Оцінка чисельності СІН методом коефіцієнтів за «Госпіталізація», 2009 рік	Оцінка чисельності СІН методом коефіцієнтів за показники «охопл.профіль. програмами», 2009 рік	Рекомендовані до затвердження регіональні оцінки кількості СІН	Узгоджені на рівні оцінки чисельності СІН
№	1	2	3	4	5	6	7	8	9
АР Крим	4 084	553	9 298	3 963	33 100	12 100		22 600	22 600
м. Сімферополь		109		2 618		2 400	5 200		
Вінницька	1 136	153	3 267	1 072	10 500	1 800		6 500	6 500
м. Вінниця		127		1 072		1 500	2 800		
Волинська	1 760	212	1 808	748	5 600	1 100		3 500	5 000
м. Луцьк		51		748		300	1 200		
Дніпропетровська	10 251	2 740	21 901	12 198	54 900	19 400		55 000	17 000
м. Дніпропетровськ		521		2 250		3 700	19 400		
м. Дніпродзержинськ				1 603			4 300		
м. Кривий Ріг				4 142			11 000		
м. Нікополь				1 887			5 000		
м. Орджонікідзе				371			1 000		
м. Павлоград				1 945			5 200		
Донецька	9 952	1 490	16 642	14 627	18 000	75 300		60 000	60 000
м. Донецьк				2 730			6 400		
м. Горлівка				2 868			7 600		

АР Крим / Область / Місто	Дані медичної статистики – наркооблік, на 30.06.2008 р.	Дані медичної статистики – госпіталізація, звітний рік – 2007	Дані МВС України на 01.01.2009 року	Дані Альянсу за річний період (з 01.10.2007 по 30.09.2008)	Оцінка чисельності сім'ї методом нарощування с сіт методом	Оцінка чисельності сім'ї методом коефіцієнтів за показником «госпіталізація», 2009 рік	Оцінка чисельності сім'ї методом коефіцієнтів за показником «охоп.профіль», 2009 рік	Рекомендовані до затвердження регіональні оцінки кількості СІН	Узгоджені на регіональному рівні оцінки чисельності СІН
м. Костянтинівка				3 418			9 100		
м. Краматорськ				127			300		
м. Макіївка				1 634			4 300		
м. Маріуполь				2 200			5 800		
м. Слов'янськ				1 650			4 400		
Житомирська	1 508	512	5 698	0	7 100	6 000		6 500	7 500
м. Житомир		327		0		3 800			
Закарпатська	238	238*	877	157	600	2 800		2 500	500
м. Ужгород		77		157		900	400		
Запорізька	5 897	1 048	8 125	1 295	38 900	12 300		25 000	18 000
м. Запоріжжя		514		1 295		6 000	3 400		
Івано-Франківська	777	165	3 393	1 290	3 900	1 900		3 000	3 000
м. Івано-Франківськ		118		1 290		1 400	3 400		
Київська	1 320	109	2 218	829	15 200	1 300		15 200	15 200
м. Біла Церква				829			2 200		
Кіровоградська	2 542	400	4 015	1 452	11 800	3 500		12 000	2 000
м. Кіровоград		131		0		1 100			
м. Знам'янка				1 452				3 900	
Луганська	4 813	1 195	15 942	1 895	23 000	7 400		23 000	15 000

АР Крим / Область / Місто	Дані медичної статистики – наркооблік, на 30.06.2008 р.	Дані медичної статистики – госпіталізація, звітний рік – 2007	Дані МВС України на 01.01.2009 року	Дані Альянсу за річний період (з 01.10.2007 по 30.09.2008)	Оцінка чисельності нарощування с оціалъних мереж, 2009 рік	Оцінка чисельності коефіцієнтів за «госпіталізація», 2009 рік	Оцінка чисельності ентів за показником «охоп.профiл.про-грамам», 2009 рік	Рекомендовані до затвердження регіональні оцінки кількості СІН	Узгоджені на рівні оцінки чисельності СІН
м. Луганськ		825		1 534		5 100	14 300		
м. Первомайськ				361			1 000		
Львівська	1 066	198	5 135	0	13 600	4 600		9 000	9 000
м. Львів		58		0		1 400			
Миколаївська	2 679	512	9 271	8 112	9 100	7 900		16 000	10 109
м. Миколаїв				8 112			15 100		
Одеська	6 706	636	16 014	10 581	8 100	46 300		40 000	15 500
м. Одеса		235		10 228		17 100	57 800		
м. Комінтернівське				353			900		
Полтавська	2 147	838	4 489	960	10 600	5 800		8 000	8 000
м. Полтава		448		960		3 100	1 400		
Рівненська	1 128	125	1 981	949	2 800	1 500		3 000	3 000
м. Рівне		59		949		700	2 500		
Сумська	1 120	126	2 708	1 363	6 000	1 500		10 000	10 000
м. Суми		94		1 363		1 100	10 300		
Тернопільська	496	106	1 985	0	3 100	1 200		3 000	3 000
м. Тернопіль		50		0		600			
Харківська	2 130	724	5 797	953	16 600	8 500		13 000	13 000

АР Крим / Область / Місто	Дані медичної статистики – наркооблік, на 30.06.2008 р.	Дані медичної статистики – госпіталізація, звітний рік – 2007	Дані МВС України на 01.01.2009 року	Дані Альянсу за річний період (з 01.10.2007 по 30.09.2008)	Оцінка чисельності нарощування с оціалних мерк, 2009 рік	Оцінка чисельності СІН методом коефіцієнтів за показником «госпіталізація», 2009 рік	Оцінка чисельності СІН методом коефіцієнтів за показником «окоп.профіль», 2009 рік	Рекомендовані до затвердження регіональні оцінки кількості СІН	Узгоджені на регіональному рівні оцінки чисельності СІН
м. Харків		327		953		3 800	4 100		
Херсонська	2 567	1 340*	4 875	3 504	9 400	6 100		8 000	8 000
м. Херсон		550		3 392		2 500	4 500		
м. Каховка				112			300		
Хмельницька	2 016	411	2 963	589	11 900	4 600		8 000	8 000
м. Хмельницький		181		589		2 000	1 400		
Черкаська	1 937	502	4 328	4 630	7 400	4 400		11 000	11 000
м. Черкаси		354		3 555		3 100	8 500		
м. Сміла				235			600		
м. Умань				840			2 200		
Чернівецька	796	75	1 559	938	1 400	900		2 500	2 500
м. Чернівці		54		938		600	2 500		
Чернігівська	1 916	113	5 671	0	12 000	1 600		6 500	6 500
м. Чернігів		68		0		800			
м. Київ	9 105	1 875	11 762	12 960	29 200	77 900	37 400	38 000	38 000
м. Севастополь	897	239	2 388	1 345	8 100	2 800	3 600	5 500	5 500

Джерела:

1. Звіт про контингент та лікування осіб, що мають розлади психіки та поведінки через уживання наркотичних речовин. Дані надані Українським медичним та моніторинговим центром з алкоголю та наркотиків МОЗ України.

2. Показники госпіталізації наркових у наркологічні і психіатричні стаціонари. Дані надані Українським медичним та моніторинговим центром з алкоголю та наркотиків МОЗ України. Дані, щодо чисельності госпіталізованих у стаціонари в обласних центрах були зібрані співробітником Українського медичного та моніторингового центру з алкоголю та наркотиків в телефонному режимі. В ході збору цих даних були уточнені показники госпіталізації у Закарпатській та Херсонській областях.
3. Відомості про облік осіб, які допускають немедичне вживання наркотичних засобів, психотропних речовин та їх аналогів. Дані надані ДІТ МВС України.
4. Дані Бази «SugEx» – кількість клієнтів-СІН, які протягом року безкоштовно отримували шприци в рамках програмної діяльності за звітними субгрантерів за проектами Глобального фонду та проекту «Посилення відповіді на епідемію ВІЛ/СНІД в Україні шляхом надання послуг та інформатції (SUNRISE)».
5. Оцінки чисельності СІН обчислені методом “нарощування соціальних мереж” з корекцією похибки нещирості відповідей респондентів.
6. Оцінки чисельності СІН обчислені методом “коефіцієнтів” на основі показників щодо госпіталізації у наркологічні та психіатричні диспансери.
7. Оцінки чисельності СІН обчислені методом “коефіцієнтів” на основі показників щодо охоплення послугами (роздача шприців), які надаються в рамках профілактичних програм субгрантерами за проектами Глобального фонду та проекту «Sunrise».
8. Рекомендовані членами міжвідомчої робочої групи з питань моніторингу і оцінки, ефективності виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу до затвердження регіональні оцінки кількості СІН.
9. Узгоджені на засіданні міжрегіональної робочої групи з питань МІО та обласних рад з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу оцінки чисельності СІН.

Додаток 2. Дані щодо кількості ЖКС у розрізі областей та окремих міст

АР Крим / Область / Місто	Дані Альянсу за річний період (з 01.10.2007 по 30.09.2008)	Оцінка чисельності ЖКС методом нарощування соціальних мереж, 2009 рік	Оцінка чисельності ЖКС методом коефіцієнтів за показниками «подвійної проблемаматики», яка базуються на регіональних оцінках чисельності СІН за показником «госпіталізація», 2009 рік	Оцінка чисельності ЖКС методом коефіцієнтів за показниками «подвійної проблемаматики», яка базуються на рекомендованих регіональних оцінок чисельності СІН, 2009 рік	Рекомендовані до затвердження регіональні оцінки кількості ЖКС	Узгоджені на регіональному рівні оцінки чисельності ЖКС
№	1	2	3	4	5	6
АР Крим	697	9 100	2 200	4 000	4 000	4 000
м. Сімферополь	454		400			
м. Євпаторія	243					
Вінницька	264	4 000	300	1 200	1 200	1 200
м. Вінниця	264		200			
Волинська	152	500	200	700	700	1 000
м. Луцьк	152		100			
Дніпропетровська	1 671	4 700	3 400	9 800	9 800	3 700
м. Дніпропетровськ	387		700			
м. Дніпродзержинськ	117					
м. Кривий Ріг	708					
м. Нікополь	330					
м. Орджонікідзе	4					
м. Павлоград	125					
Донецька	1 045	9 500	13 300	10 700	10 700	10 700
м. Донецьк	366					
м. Горлівка	144					
м. Костянтинівка	97					
м. Краматорськ	2					

АР Крим / Область / Місто	Дані Альянсу за річний період (з 01.10.2007 по 30.09.2008)	Оцінка чисельності ЖКС методом нарощування соціальних мереж, 2009 рік	Оцінка чисельності ЖКС методом коефіцієнтів за показниками «подвійної проблематики», яка базується на регіональних оцінках чисельності СІН за показником «госпіталізація», 2009 рік	Оцінка чисельності ЖКС методом коефіцієнтів за показниками «подвійної проблематики», яка базується на рекомендованих оцінок чисельності СІН, 2009 рік	Рекомендовані до затвердження регіональні оцінки кількості ЖКС	Узгоджені на регіональному рівні оцінки чисельності ЖКС
м. Макіївка	128					
м. Маріуполь	207					
м. Слов'янськ	101					
Житомирська	0	2 500	1 100	1 200	1 200	1 200
м. Житомир			700			
Закарпатська	27	1 500	500	500	500	500
м. Ужгород	27		200			
Запорізька	85	13 600	2 200	4 500	4 500	4 500
м. Запоріжжя	85		1 100			
Івано-Франківська	166	1 100	300	600	600	1 500
м. Івано-Франківськ	166		200			
Київська	142	2 100	200	2 700	2 700	2 700
м. Біла Церква	142					
Кіровоградська	116	2 300	600	2 200	2 200	230
м. Знам'янка	116		200			
Луганська	205	9 200	1 300	4 100	4 100	4 100
м. Луганськ	205					
Львівська	1 066	3 200	800	1 600	1 600	1 600
м. Львів	1 066		200			
Миколаївська	3 845	1 400	1 400	2 900	2 900	2 900
м. Миколаїв	3 845					

АР Крим / Область / Місто	Дані Альянсу за річний період (з 01.10.2007 по 30.09.2008)	Оцінка чисельності ЖКС методом нарошування соціальних мереж, 2009 рік	Оцінка чисельності ЖКС методом коефіцієнтів за показниками «подвійної проблематики», яка базується на регіональних оцінках чисельності СІН за показником «госпіталізація», 2009 рік	Оцінка чисельності ЖКС методом коефіцієнтів за показниками «подвійної проблематики», яка базується на рекомендованих регіональних оцінок чисельності СІН, 2009 рік	Рекомендовані до затвердження регіональні оцінки кількості ЖКС	Узгоджені на регіональному рівні оцінки чисельності ЖКС
Одеська	128	2 200	8 200	7 100	7 100	8 000
м. Одеса	123		3 000			
м. Комінтернівське	5					
Полтавська	99	2 600	1 000	1 500	1 500	1 500
м. Полтава	99		600			
Рівненська	256	600	300	600	600	600
м. Рівне	256		100			
Сумська	153	1 800	300	1 800	1 800	1 800
м. Суми	153		200			
Тернопільська	0	300	200	600	600	600
м. Тернопіль			100			
Харківська	846	5 900	1 500	2 300	2 300	2 300
м. Харків	846					
Херсонська	217	4 000	1 100	1 500	1 500	1 500
м. Херсон	217		400			
Хмельницька	93	2 000	800	1 500	1 500	1 500
м. Хмельницький	93		400			
Черкаська	527	2 900	800	2 000	2 000	2 000
м. Черкаси	409		600			
м. Смела	43					
м. Умань	75					

АР Крим / Область / Місто	Дані Альянсу за річний період (з 01.10.2007 по 30.09.2008)	Оцінка чисельності ЖКС методом нарощування соціальних мереж, 2009 рік	Оцінка чисельності ЖКС методом коефіцієнтів за показниками «подвійної проблематики», яка базується на регіональних оцінках чисельності СІН за показником «госпіталізація», 2009 рік	Оцінка чисельності ЖКС методом коефіцієнтів за показниками «подвійної проблематики», яка базується на рекомендованих регіональних оцінок чисельності СІН, 2009 рік	Рекомендовані до затвердження регіональні оцінки кількості ЖКС	Узгоджені на регіональному рівні оцінки чисельності ЖКС
Чернівецька	416	1000	200	500	500	500
м. Чернівці	416		100			
Чернігівська	0	500	300	1 200	1200	1 200
М. Чернігів			100			
м. Київ	738	2 000	13 800	6 800	6 800	6 800
м. Севастополь	652	500	500	1 000	1 000	1 000

Джерела:

1. Дані Бази «SurEx» – кількість ЖКС-клієнток організації, які протягом року безкоштовно отримували презервативи в рамках програмної діяльності за звітами субгрантерів за проектами Глобального фонду та проекту «Посилення відповіді на епідемію ВІЛ/СНІД в Україні шляхом надання послуг та інформативності (SUNRISE)».
2. Оцінки чисельності ЖКС обчислені методом «нарощування соціальних мереж» з корекцією похибки нещирості відповіді респондентів.
3. Оцінки чисельності ЖКС обчислені методом «коефіцієнтів» з врахуванням рівня розповсюдження «подвійної проблематики» (за результатами поведінкового дослідження серед СІН та ЖКС в 2008 році), які базуються на регіональних оцінках чисельності СІН за показником «госпіталізація».
4. Оцінки чисельності ЖКС обчислені методом «коефіцієнтів» з врахуванням рівня розповсюдження «подвійної проблематики» (за результатами поведінкового дослідження серед СІН та ЖКС в 2008 році), які базуються на рекомендованих членами міжвідомчої робочої групи з питань МІО, ефективності виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу до затвердження регіональних оцінок чисельності СІН.
5. Рекомендовані членами Міжвідомчої робочої групи з питань МІО ефективності виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу до затвердження регіональні оцінки кількості ЖКС.
6. Узгоджені на засіданні Міжрегіональної робочої групи з питань МІО та обласних рад з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу оцінки чисельності ЖКС.

Додаток 3. Дані щодо кількості ЧСЧ у розрізі областей та окремих міст

АР Крим / Область / Місто	Оцінка чисельності ЧСЧ методом нарощування соціальних мереж, 2009 рік	Оцінки чисельності ЧСЧ обчислені методом коефіцієнтів, які базуються на результатах опитування загального населення в 2004 році, 2009 рік	Рекомендовані до затвердження регіональні оцінки кількості ЧСЧ	Узгоджені на регіональному рівні оцінки чисельності ЧСЧ
№	1	2	3	4
АР Крим	6 200	6 513	4 000	4 000
Вінницька	700	5 284	3 300	3 300
Волинська	0	3 478	2 100	1 000
Дніпропетровська	2 800	11 294	7 000	7 000
Донецька	1 200	14 786	9 100	9 100
Житомирська	600	4 240	2 600	2 600
Закарпатська	500	4 334	2 700	—
Запорізька	2 200	6 023	3 700	3 700
Івано-Франківська	400	4 720	2 900	300
Київська	500	5 776	3 600	3 600
Кіровоградська	1 000	3 282	2 000	1 500
Луганська	800	7 812	4 800	4 800
Львівська	4 100	8 835	5 400	5 400
Миколаївська	200	4 010	2 500	2 000
Одеська	400	8 166	5 000	5 500
Полтавська	1 100	4 931	3 000	3 000
Рівненська	700	3 916	2 400	700
Сумська	100	3 858	2 400	1 200
Тернопільська	600	3 626	2 200	2 200
Харківська	4 300	9 510	5 900	5 900
Херсонська	700	3 695	2 300	2 300
Хмельницька	0	4 340	2 700	2 700
Черкаська	1 000	4 150	2 600	2 600
Чернівецька	300	3 041	1 900	1 900
Чернігівська	200	3 504	2 200	2 200
м. Київ	600	9 614	14 000	14 000
м. Севастополь	800	1 275	800	800

Джерела:

1. Оцінки чисельності ЧСЧ обчислені методом «нарощування соціальних мереж» з корекцією похибки нещирості відповідей респондентів.

2. Оцінки чисельності ЧСЧ обчислені методом «коефіцієнтів» на основі показників отриманих за результатами опитування молоді (14–24 роки) та дорослого населення (25–49 років) в 2004 році.

3. Рекомендовані членами Міжвідомчої робочої групи з питань МІО ефективності виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу до затвердження регіональні оцінки кількості ЧСЧ.

4. Узгоджені на засіданні Міжрегіональної робочої групи з питань МІО та обласних рад з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу оцінки чисельності ЧСЧ.

Додаток 4. Перелік джерел статистичної інформації

1. Звіт про чисельність спецконтингенту в установах Департаменту /Ф.1-УВП/ станом на 01.01.2008 року/ Державний департамент України з питань виконання покарань.
2. Розподіл постійного населення України за статтю та віком. Станом на 1 січня 2008р. – К.: Державний комітет статистики України, 2008 р.
3. Розподіл постійного населення України за статтю та віком : експрес-випуск Державного комітету статистики України, – № 146. – 2008. – 18.06.
4. Статистичний щорічник України за 2007 рік. – К. : Держ. комітет статистики України, 2008.
5. Дані з офіційного сайту Всеукраїнського перепису населення 2001 року щодо чисельності етнічних груп (www.ukrcensus.gov.ua/results/general/general/nationality).
6. Дані територіальних органів державної статистики в 24 областях України, АР Крим, м. Києві та м. Севастополь (www.ukrstat.gov.ua/work/regions.htm).
7. Закон України «Про загальну структуру та чисельність Міністерства внутрішніх справ України» від 10.01.2002 р.– №2925-III (з останніми змінами від 18.05.2004 р).
8. Розділ «статистична інформація» на офіційному сайті Державного комітету статистики України (www.ukrstat.gov.ua).
9. Офіційний лист від голови Вищої атестаційної комісії України «Щодо чисельності кандидатів та докторів наук, що отримали науковий ступінь з 1992 року» від 12 грудня 2008 р.
10. Офіційний лист від начальника Департаменту інформаційних технологій МВД України «Відомості про облік осіб, які допускають вживання наркотичних засобів, психотропних речовин та їх аналогів станом на 01.01.2009 року» від 16 січня 2009 року.
11. Дані Українського медичного моніторингового центру з алкоголю та наркотиків МОЗ України «Звіт про захворювання осіб з розладами психіки та поведінки через уживання психоактивних речовин за 2007 та 2008 роки».