МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ З ПРОВЕДЕННЯ ДОСЛІДЖЕНЬ ДЛЯ МОНІТОРИНГУ ВІДПОВІДІ КРАЇНИ НА ЕПІДЕМІЮ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

Київ – 2008

ББК 60.54 (4УКР)
М54

Авторський колектив:

Балакірєва О.М., канд. економ. наук, ***Бочкова Л.В.***, ***Варбан М.Ю.***, канд. психол. наук, ***Довбах Г.В.***, ***Погоріла Н.Б.***, канд. соціол. наук., ***Салюк Т.О.***, ***Шваб І.А.***

М54 **Методичні рекомендації з проведення досліджень для моніторингу відповіді країни на епідемію ВІЛ-інфекції** . /Балакірєва О.М., Варбан М.Ю., Довбах Г.В. [та ін.], МБФ «Міжнар. Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». — К. : 2008. – 96 с.

ISBN 976-966-8136-97-9

В даному виданні дається ґрунтовний огляд основних компонентів національної системи моніторингу та оцінки, особливостей епідеміологічного нагляду за ВІЛ другого покоління та поведінкових досліджень; наводяться національні показники системи моніторингу та оцінки та надається алгоритм їх підрахунку; розглядаються рекомендації з моніторингу поведінки різних груп населення, його інструментарію, методи оцінки чисельності груп ризику, рівня охоплення освітніми та профілактичними програмами учнівської молоді, а також вивчення толерантного ставлення до людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом.

Методичні рекомендації будуть корисними фахівцям, посадовим особам, які приймають рішення з питань моніторингу та оцінки відповіді країни на епідемію ВІЛ-інфекції на національному та регіональному рівнях, усім, хто цікавиться методами і досвідом здійснення моніторингу та оцінки.

ISBN 976-966-8136-97-9 ББК 60.54 (4УКР)

Видання підготовлено за підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» у рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні», за кошти Глобального Фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією.

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 СНІДом, туберкульозом та малярією. Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією не брав участі в узгодженні або затвердженні як безпосередньо опублікованого матеріалу, так і можливих висновків, що випливають з нього.

МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»
вул. Димитрова 5, корпус 10а, 03680, Київ, Україна
Тел.: (+38 044) 490 54 85 (6,7,8)
Факс: (+38 044) 490 54 89
E-mail:office@aidsalliance.org.ua
http://www.aidsalliance.org.ua/

Є ТОРГОВОЮ МАРКОЮ ГЛОБАЛЬНОГО ФОНДУ ДЛЯ БОРОТЬБИ ЗІ СНІД, ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ТА МАЛЯРІЄЮ

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

ЗМІСТ

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ 4

ВСТУП 6

1. НАЦІОНАЛЬНА СИСТЕМА МОНІТОРИНГУ ТА ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАХОДІВ, ЩО ЗАБЕЗПЕЧУЮТЬ КОНТРОЛЬ ЗА ЕПІДЕМІЄЮ ВІЛ/СНІД 7

2. НАЦІОНАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ СИСТЕМИ МОНІТОРИНГУ ТА ОЦІНКИ 9

3. КОМПОНЕНТИ НАЦІОНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ МОНІТОРИНГУ ТА ОЦІНКИ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ В УКРАЇНІ 14
   - 3.1. Епідеміологічний нагляд другого покоління 14
   - 3.2. Моніторинг витрат на заходи, спрямовані на протидію поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу 17
   - 3.3. Моніторинг програмної діяльності 19
   - 3.4. Оцінка програм 20
   - 3.5. Оцінка чисельності груп ризику 22

4. ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ І ПРОВЕДЕННЯ МОНІТОРИНГУ ПОВЕДІНКИ 25
   - 4.1. Загальні та специфічні проблеми досліджень поведінки окремих соціальних груп 25
   - 4.2. Зв'язок поведінкового моніторингу із дозорним біологічним дослідженням 27
   - 4.3. Вибіркова сукупність 28
   - 4.4. Організація опитування 41
   - 4.5. Специфіка організації дослідження поведінки серед різних цільових груп 43

5. ІНСТРУМЕНТАРІЙ ПОВЕДІНКОВОГО МОНІТОРИНГУ 46

6. РОЗРАХУНКИ НАЦІОНАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ, АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОВЕДІНКИ 48
   - 6.1. Молодь віком від 15 до 24 років та доросле населення 48
   - 6.2. Споживачі ін'єкційних наркотиків 55
   - 6.3. Робітники комерційного сексу 61
   - 6.4. Чоловіки, що мають секс з чоловіками 65
   - 6.5. Засуджені 69
   - 6.6. Військовослужбовці 72
   - 6.7. Загальні види аналізу 74

7. ОСОБЛИВОСТІ ОЦІНКИ РІВНЯ ОХОПЛЕННЯ УЧНІВСЬКОЇ МОЛОДІ 75

8. ОСОБЛИВОСТІ ДОСЛІДЖЕННЯ ТОЛЕРАНТНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ЛЮДЕЙ, ЩО ЖИВУТЬ З ВІЛ/СНІДОМ 78

ПРИКІНЦЕВІ ЗАУВАЖЕННЯ 83

ГЛОСАРІЙ 84

ДОДАТКИ

Інструкція з визначення національних показників моніторингу й оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль стану епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу 88

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АТП – автотранспортне підприємство
ВІЛ – вірус імунодефіциту людини
ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
ДЕН – дозорний епідемічний нагляд
РКС – робітники комерційного сексу
ІОМ – інформаційно-освітні матеріали
ІПСШ – інфекції, що передаються статевим шляхом
ЛЖВС – люди, які живуть з ВІЛ/СНІДом
МБФ – Міжнародний благодійний фонд
МВС – Міністерство внутрішніх справ України
МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України
МОН – Міністерство освіти і науки України
НУО – неурядові організації
ООН – Організація Об'єднаних Націй
ПКС – працівники комерційного сексу
СБУ – Служба безпеки України
СІН – споживачі ін'єкційних наркотиків
СНІД – синдром набутого імунодефіциту
ССГАООН – спеціальна сесія Генеральної Асамблеї ООН з ВІЛ/СНІДу
ЦСССДМ – центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді
ЧСЧ – чоловіки, які мають секс із чоловіками
ЮНЕЙДС – Об'єднана програма ООН з питань ВІЛ/СНІДу
ЮНІСЕФ – Дитячий фонд Організації Об'єднаних Націй

ВСТУП

Основною метою даного документа є надання ключовим учасникам моніторингу та оцінки відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції в Україні інформації щодо методології проведення поведінкових досліджень серед різних груп населення.

Базою даних методичних рекомендацій став досвід України щодо поведінкових досліджень у групах з різним рівнем ризику інфікування ВІЛ, в таких як споживачі ін'єкційних наркотиків, жінки, які надають сексуальні послуги за плату, ув'язнені, чоловіки, які мають секс з чоловіками, загальне населення, молодь, зокрема учнівська, військовослужбовці, групи-«містки» (далекобійники, трудові мігранти, провідники потягів, працівники сфери розваг та рекреації тощо). Такі дослідження проводяться в Україні починаючи з 1996 р. У перші роки дослідження серед груп ризику були несистемними, а серед «груп-містків» – взагалі поодинокими. Завдяки гранту Глобального Фонду та затвердженням переліку національних Показників моніторингу й оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль стану епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, та Інструкції щодо визначення цих показників моніторинг поведінки у групах ризику набуває системності та плановості.

Підготовка даних методичних рекомендацій проводилась широкою групою спеціалістів, залучених до планування та проведення досліджень із оцінки заходів із відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІД.

Авторський колектив висловлює подяку всім організаціям, які брали участь у підготовці даного видання, а саме: Міністерству України у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерству оборони України, Державному департаменту України з питань виконання покарань, Міністерству освіти та науки України, Державній соціальній службі для сім'ї, дітей та молоді, Українському центру профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України, Соціологічній Асоціації України. За технічну підтримку в підготовці даного видання надзвичайно вдячні Всесвітній організації охорони здоров'я.

Автори висловлюють щиру подяку експертам та консультантам дослідження, без участі, підтримки та допомоги яких підготовка та редагування даних методичних рекомендацій не були б можливим. Активну участь в роботі експертної групи та доопрацюванні даних рекомендацій брали: Ганюков Олексій («Статінформконсалтинг»), Демченко Ірина (Аналітичний центр «Соціоконсалтинг»), Домбровський Станіслав (Міністерство внутрішніх справ України), Єресько Олег (Міністерство освіти та науки України), Кобища Юрій (Всесвітня організація охорони здоров'я), Кожан Наталія (Державний департамент України з питань виконання покарань), Круглов Юрій (Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України), Муравський Олександр (МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»), Патрикєєва Олена (Міністерство освіти та науки України), Пашкович Володимир (Центр профілактики і боротьби з ВІЛ/Снідом у Збройних силах України), Петренко Тетяна (Київський міжнародний інститут соціології), Салдана Віней (Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІД), Сановська Вікторія (Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту), Чечулін Юрій («Національні рахунки охорони здоров'я»), Яременко Олексій (Проект USAIDI | Розвиток ВІЛ/СНІД-сервісу в Україні).

У документі дається ґрунтовний огляд основних компонентів національної системи моніторингу та оцінки, особливостей епідеміологічного нагляду другого покоління і поведінкових досліджень, наводяться національні показники системи моніторингу та оцінки і надається алгоритм їх підрахунку, розглядаються рекомендації з моніторингу поведінки різних груп населення, його інструментарію, оцінка рівня охоплення освітніми та профілактичними програмами учнівської молоді, а також вивчення толерантного ставлення до людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом.

Методичні рекомендації будуть корисними, передусім, дослідникам, які вивчають проблеми, пов'язані з ВІЛ/СНІДом, поведінку різних цільових груп, ставлення до проблеми та до людей, які живуть з цією хворобою. Видання може також слугувати практичним посібником фахівцям, посадовим особам, які приймають рішення з питань моніторингу та оцінки відповіді країни на епідемію ВІЛ-інфекції на національному та регіональному рівнях, усім тим, хто цікавиться методами і досвідом проведення моніторингу та оцінки.

Методичні рекомендації затверджені на засіданні робочої групи з моніторингу та оцінки.

1. НАЦІОНАЛЬНА СИСТЕМА МОНІТОРИНГУ ТА ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАХОДІВ, ЩО ЗАБЕЗПЕЧУЮТЬ КОНТРОЛЬ ЗА ЕПІДЕМІЄЮ ВІЛ/СНІД[1]

Сьогодні Україна знаходиться на етапі розробки та запровадження національної системи моніторингу та оцінки протидії епідемії ВІЛ-інфекції, яка ґрунтується на міжнародних підходах. Це викликано тим, що до останнього часу моніторинг та оцінка відповіді країни на епідемію були здебільшого некоординовані і спрямовані на забезпечення особливих потреб окремих організацій, як правило, агенцій ООН, міжнародних донорських організацій та НУО. Зважаючи на це актуальною є розробка єдиної системи контролю за ефективністю профілактичних заходів, яка б використовувала усі рекомендовані ЮНЕЙДС компоненти національної системи моніторингу та оцінки і базувалася на національних пріоритетах.

За рекомендаціями ЮНЕЙДС, основними компонентами національної системи моніторингу та оцінки повинні бути[2]: нагляд, моніторинг фінансового управління, моніторинг програмної діяльності та оцінка програм.

- ***Нагляд*** – національне біологічне (епідеміологічне), поведінкове спостереження за ВІЛ/СНІД/ІПСШ та тенденціями статевої поведінки різних цільових груп. У більшості країн такий нагляд є одним з найбільш розвинених компонентів моніторингу та оцінки. Традиційно під час такого нагляду відокремлено збираються епідеміологічні та поведінкові дані. Запровадження в країні ***епіднагляду другого покоління*** дає можливість поєднати дані, отримані за допомогою спеціальних епідеміологічних, оцінювальних, поведінкових, соціальних, економічних досліджень у сфері ВІЛ/СНІДу, пояснити взаємозв'язок між ними, а також зробити стратегічні висновки та

[1] Проект «Український національний план моніторингу та оцінки з питань ВІЛ/СНІДу».

[2] UNAIDS (2002)/ National AIDS Councils. Monitoring and Evaluation Operations Manual. UNADS/02.47E (August 2002). – Geneva: UNAIDS, 2002.

рекомендації щодо відповіді на епідемію. В Україні існує досвід проведення такого нагляду.

- ***Моніторинг витрат*** з державних, міжнародних та приватних джерел на заходи, спрямовані на протидію поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні, полягає у відстежуванні грошових потоків усередині країни, економічних оцінках вартості, а також вимагає проведення спеціальних досліджень. Уперше оцінка витрат у сфері ВІЛ/СНІДу була проведена в рамках побудови Національних рахунків охорони здоров'я (субаналіз з ВІЛ/СНІДу) та за методологією Оцінки національних витрат на протидію ВІЛ/СНІДу (National AIDS Spending Assessment), спеціально розробленою Об'єднаною програмою ООН з ВІЛ/СНІДу для врахування всього спектру медичних та немедичних витрат у цій галузі.
- ***Моніторинг програмної діяльності*** передбачає регулярний збір інформації щодо витрат, діяльності та результатів окремих проектів і програм, а також заходів Національної програми профілактики ВІЛ/ СНІДу. В Україні зараз програмний моніторинг здійснюється в рамках окремих проектів, що реалізуються міжнародними організаціями, за допомогою спеціально розроблених технологій[3]. На національному та регіональному рівнях не існує систематичного моніторингу програмної діяльності державних та недержавних організацій, які працюють у сфері профілактики ВІЛ-інфекції[4].
- ***Оцінка програм*** визначає та аналізує конкретні впливи програм на поведінку, пов'язану з ризиком інфікування ВІЛ або на зменшення передачі ВІЛ в різних групах населення тощо. Країна має досвід проведення окремих оцінок програм, проте вони ще не стали регулярними і потребують суттєвих доробок в методології.

Складові епіднадзору другого покоління, який активно використовується в Україні, а також оцінка ефективності окремих програм та проектів розглядаються в даному документі детальніше.

[3] Моніторинг та оцінка програм: Практ. посіб. для організацій, що координують та впроваджують проекти з профілактики ВІЛ-інфікування серед СІН, РКС, ЧСЧ, засуджених, а також проекти з догляду та підтримки ЛЖВС. – МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», ЮНЕЙДС, 2006.

[4] У даних методичних рекомендаціях докладно не розглядається моніторинг фінансового управління та програмної діяльності.

2. НАЦІОНАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ СИСТЕМИ МОНІТОРИНГУ ТА ОЦІНКИ

Особливим аспектом національної системи моніторингу та оцінки є національні показники. Вони дозволяють відстежувати хід діяльності та досягнення в окремих сферах профілактики та догляду за певні проміжки часу, а також порівняти українські національні заходи з протидії епідемії ВІЛ з показниками інших країн.

Національні показники повинні охоплювати основні сфери профілактичних втручань та давати загальне бачення ситуації щодо:

- тенденцій поширення ВІЛ у різних групах,
- особливостей змін у поведінці, наданні послуг, доступі до лікування та інших аспектів національних заходів з протидії епідемії.

Основними інструментами збору даних для підрахунку національних показників є:

- репрезентативні дослідження серед різних груп населення, в тому числі поведінкові;
- епідеміологічні дослідження серед різних цільових груп;
- спеціальні дослідження, наприклад, соціальні або економічні, які допоможуть зібрати додаткову інформацію;
- аналіз документації, що використовується суб'єктами профілактики в країні для здійснення програмного моніторингу тощо.

Національні показники були запроваджені після підписання Україною разом з іншими 189 учасниками спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН (ССГАООН) щодо ВІЛ/СНІДу (червень 2001 р.) Декларації щодо відданості справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Спеціальні ключові показники для вимірювання ходу реалізації Декларації щодо відданості на національному і глобальному рівнях були розроблені Секретаріатом ЮНЕЙДС та іншими партнерами. Більшість розроблених показників можуть бути застосовані всіма країнами для оцінки національної відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції, а також для порівняння з іншими країнами.

Постановою Кабінету Міністрів України від 13 грудня 2004 р. № 890-р «Про моніторинг і оцінку ефективності заходів, що забезпечують контроль стану

епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу за національними показниками» для нашої держави були відібрані 23 показники моніторингу та оцінки заходів контролю за епідемією, а також визначені органи виконавчої влади, відповідальні за збір даних за цими показниками.

Ключові показники, зазначені в наведеному нижче «Переліку національних показників…», дозволяють здійснити порівняння на міжнародному рівні, а додаткові служать для задоволення особливих потреб з моніторингу та оцінки окремих відомств.

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України
від 17.05.2006 №280
(У редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України
від 28.12.2007 №870)

ПЕРЕЛІК
національних показників моніторингу й оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль за станом епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу

№ п/п	Назва національного показника	Відповідальні центральні органи виконавчої влади	Терміни подання та періодичність збору даних
1	Обсяг та структура державних і міжнародних витрат на заходи, що спрямовані на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу	Міністерство фінансів України	до 1 грудня щороку
2	Комбінований національний індекс у сфері політики ВІЛ-інфекції/СНІДу	Міністерство охорони здоров'я України	до 1 грудня щороку
3	Відсоток одиниць донорської крові, перевіреної на ВІЛ з гарантуванням якості	Міністерство охорони здоров'я України	до 1 грудня щороку
4	Відсоток дорослих та дітей з прогресуючою ВІЛ-інфекцією, які отримують антиретровірусну терапію	Міністерство охорони здоров'я України	до 1 грудня щороку
5	Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які отримали антиретровірусні препарати з метою зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини	Міністерство охорони здоров'я України	до 1 грудня щороку
6	Відсоток хворих, які отримали лікування від туберкульозу протягом року, серед ВІЛ-інфікованих осіб, які отримували АРТ на кінець звітного року, від оціночної кількості хворих на туберкульоз серед людей, які живуть з ВІЛ	Міністерство охорони здоров'я України	до 1 грудня щороку

Продовження таблиці

№ п/п	Назва національного показника	Відповідальні центральні органи виконавчої влади	Терміни подання та періодичність збору даних
7	Відсоток жінок та чоловіків віком від 15 до 49 років, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати	Міністерство охорони здоров'я України	до 1 грудня кожні два роки, починаючи з 2007 року
8	Відсоток осіб, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати: – серед споживачів ін'єкційних наркотиків; – серед осіб, які надають сексуальні послуги за плату; – серед чоловіків, які мають секс із чоловіками; – серед засуджених; – серед дітей та молоді з груп високого ризику щодо інфікування ВІЛ (віком 15–24 роки)	Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державний департамент України з питань виконання покарань	до 1 грудня кожні два роки, починаючи з 2007 року
9	Відсоток осіб, яких охоплено профілактичними програмами: – серед споживачів ін'єкційних наркотиків; – серед осіб, які надають сексуальні послуги за плату; – серед чоловіків, які мають секс із чоловіками; – серед засуджених; – серед дітей та молоді з груп високого ризику щодо інфікування ВІЛ (віком 15 -24 роки)	Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державний департамент України з питань виконання покарань	до 1 грудня кожні два роки, починаючи з 2007 року
10	Відсоток сиріт та вразливих щодо ВІЛ дітей віком 0–17 років, чиї домогосподарства отримують безкоштовну базову зовнішню допомогу по догляду за дитиною	Не розраховується	
11	Відсоток загальноосвітніх навчальних закладів, які мають підготовлених вчителів і протягом останнього навчального року забезпечили навчання учнів за програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ	Міністерство освіти і науки України	до 1 грудня щороку
12	Поточне відвідування школи дітьми-сиротами і дітьми, які мають батьків, віком 10–14 років	Не розраховується	

Продовження таблиці

№ п/п	Назва національного показника	Відповідальні центральні органи виконавчої влади	Терміни подання та періодичність збору даних
13	Відсоток молодих людей віком 15–24 роки, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається	Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту	до 1 грудня кожні два роки, починаючи з 2007 року
14	Відсоток осіб, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається: – серед споживачів ін'єкційних наркотиків; – серед осіб, які надають сексуальні послуги за плату; – серед чоловіків, які мають секс із чоловіками; – серед засуджених; – серед військовослужбовців	Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державний департамент України з питань виконання покарань, Міністерство оборони України	до 1 грудня кожні два роки, починаючи з 2007 року
15	Відсоток молодих людей віком 15–24 роки, які мали статеві контакти у віці до 15 років	Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту	до 1 грудня кожні два роки, починаючи з 2007 року
16	Відсоток жінок та чоловіків віком 15–49 років, які мали статеві контакти більш ніж з одним партнером протягом останніх 12 місяців	Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту	до 1 грудня кожні два роки, починаючи з 2007 року
17	Відсоток жінок та чоловіків віком від 15 до 49 років, у яких було більше одного статевого партнера протягом останніх 12 місяців і хто підтверджує використання презерватива під час останнього статевого акту	Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту	до 1 грудня кожні два роки, починаючи з 2007 року
18	Відсоток осіб серед опитаних, які протягом останніх 12 місяців надавали сексуальні послуги за плату та повідомили про використання презервативів під час статевого акту з останнім клієнтом	Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту	до 1 грудня кожні два роки, починаючи з 2007 року
19	Відсоток чоловіків, які використовували презерватив під час останнього статевого акту із партнером-чоловіком	Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту	до 1 грудня кожні два роки, починаючи з 2007 року

Продовження таблиці

№ п/п	Назва національного показника	Відповідальні центральні органи виконавчої влади	Терміни подання та періодичність збору даних
20	Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про використання презерватива під час останнього статевого акту	Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту	до 1 грудня кожні два роки, починаючи з 2007 року
21	Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про використання стерильного ін'єкційного інструментарію під час останньої ін'єкції	Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту	до 1 грудня кожні два роки, починаючи з 2007 року
22	Відсоток ВІЛ-інфікованих молодих людей віком від 15 до 24 років	Не розраховується	
23	Поширеність ВІЛ-інфекції за даними епідеміологічних досліджень серед: – споживачів ін'єкційних наркотиків; – осіб, які надають сексуальні послуги за плату; – чоловіків, які мають секс із чоловіками	Міністерство охорони здоров'я України	до 1 грудня кожні два роки, починаючи з 2007 року
24	Відсоток людей із ВІЛ-інфекцією / СНІДом, які отримують лікування через 12 місяців після початку антиретровірусної терапії	Міністерство охорони здоров'я України	до 1 грудня щороку
25	Відсоток ВІЛ-інфікованих дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями	Міністерство охорони здоров'я України	до 1 грудня щороку
26	Відсоток військовослужбовців, які повідомили про користування презервативами під час статевих контактів із непостійними партнерами	Міністерство оборони України	до 1 грудня кожні два роки, починаючи з 2007 року

3. КОМПОНЕНТИ НАЦІОНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ МОНІТОРИНГУ ТА ОЦІНКИ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ В УКРАЇНІ

3.1. ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ НАГЛЯД ДРУГОГО ПОКОЛІННЯ

Епіднагляд другого покоління, як складова національної системи моніторингу та оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль за епідемією ВІЛ/СНІД, вирішує такі завдання:

- поглиблює розуміння епідемічної ситуації та надає стратегічну інформацію для планування заходів з профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу;
- вивчає тенденції поширення ВІЛ/СНІДу в часі;
- визначає форми поведінки, що детермінують поширення епідемії в країні;
- досліджує групи з високим ризиком інфікування ВІЛ;
- сприяє формуванню системи моніторингу та оцінки, що відповідає потребам та характеристикам епідемії ВІЛ/СНІДу в країні.

В умовах концентрованої стадії епідемії, коли ВІЛ-інфекція стрімко поширюється серед певних груп населення, епіднагляд другого покоління має включати такі обов'язкові компоненти, як біологічний нагляд за ВІЛ/ІПСШ, моніторинг поведінки та збирання додаткової інформації іншими методами.

1. Біологічний нагляд за ВІЛ та ІПСШ складається з:

- дозорного епіднагляду з тестуванням в окремих групах населення;
- регулярного скринінгу донорської крові;
- регулярного скринінгу осіб з груп населення з підвищеним ризиком інфікування ВІЛ (споживачі ін'єкційних наркотиків, жінки секс-бізнесу, чоловіки, що мають секс з чоловіками тощо);
- скринінгу зразків крові, отриманих під час спеціальних обстежень населення.

2. Моніторинг поведінки включає:

- регулярні наскрізні (масові репрезентативні) дослідження серед населення в цілому;

- регулярні наскрізні (масові репрезентативні) дослідження в цільових групах населення.

3. Збирання додаткової інформації іншими методами здійснюється через:
- епіднагляд за випадками ВІЛ-інфекції та СНІД;
- реєстрацію летальних випадків від СНІД;
- епіднагляд за супутніми хворобами тощо.

Для того щоб епіднагляд другого покоління надавав адекватну й достатню для планування і реалізації профілактичних заходів інформацію, потрібно дотримуватися таких принципів:
- Система епіднагляду повинна ефективно використовувати ресурси країни, звертаючи основну увагу на групи і підгрупи населення підвищеного ризику.
- Дані поведінкового моніторингу та біологічного нагляду повинні взаємодоповнювати одні одних, це надасть можливість виявити тенденції, побачити взаємозв'язки між поведінкою, інфікуванням та захворюваністю тощо.
- Результати моніторингу поведінки повинні використовуватися як орієнтир для планування біологічного нагляду та інтерпретації тенденцій у зв'язку з ВІЛ-інфекцією.
- Для епідеміологічного нагляду за ВІЛ доцільно використовувати інформацію з інших джерел, що може суттєво доповнити дані.
- Дані епіднагляду необхідно використовувати для розробки й активізації профілактичних заходів, прогнозування наслідків і оцінки змін.

Таким чином, результати епіднагляду другого покоління дають можливість визначити групи ризику, виявити моделі поведінки, що пов'язані з ризиком інфікування, а також розробити адекватні й ефективні заходи профілактики, планувати обсяги лікування та надання допомоги, виходячи з потреб країни, оцінювати результативність національних заходів щодо протидії епідемії.

Моніторинг поведінки у сфері ВІЛ/СНІДу як компонент епіднагляду другого покоління

Метою моніторингу поведінки є отримання інформації про потенційні поведінкові фактори, які зумовлюють поширення ВІЛ, використання цієї інформації для інформаційно-освітньої діяльності, планування, моніторингу та оцінки ефективності профілактичних програм.

Моніторинг поведінки здійснюється через проведення систематичних поведінкових досліджень, які забезпечують збір інформації щодо знань (стереотипів, уявлень, міфів) про ВІЛ/СНІДу/ІПСШ, ставлення до проблеми та моделей поведінки різних цільових груп.

Моніторинг поведінки дає можливість:
- вивчити особливості поведінки представників певних груп і на цій підставі планувати заходи втручання;

- виявити взаємозв'язок між групами населення з низьким та підвищеним рівнем поведінкового ризику;
- дослідити зміни рівня знань, ставлення та поведінки, пов'язані з ризиком;
- оцінити ефективність програм втручання, спрямованих на зміну знань, ставлення та формування безпечної поведінки.

Принципами моніторингу поведінки є:

1. Забезпечення можливостей зіставлення результатів у часі та просторі. Ця вимога реалізується шляхом стандартизації методології досліджень, а саме використання стандартного інструментарію, індикаторів (запитань) анкет для різних цільових груп населення, єдиної методики побудови вибіркової сукупності для певної групи як об'єкта дослідження, стандартного аналізу отриманих даних з метою зіставлення результатів окремих досліджень.
2. Відповідність стадії епідемії ВІЛ-інфекції особливостям регіону (населеного пункту).
3. Задоволення потреб національної та регіональної систем моніторингу і оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль за епідемією ВІЛ-інфекції.
4. Забезпечення інформацією, що надає можливість порівнювати ситуацію в державі з іншими країнами.

В умовах концентрованої стадії ВІЛ-інфекції моніторинг поведінки має включати дослідження поведінки в групах з високим рівнем ризику інфікування ВІЛ, в групах-«містках», серед загального населення, молоді та учнівської молоді зокрема.

Дослідження поведінки в групах з високим рівнем ризику інфікування ВІЛ

На сьогодні в Україні до груп високого ризику інфікування ВІЛ традиційно відносять споживачів ін'єкційних наркотиків та жінок, які надають сексуальні послуги за плату. Проте оцінки фахівців і результати дозорного епіднагляду свідчать про необхідність включення до цієї групи ще і чоловіків, які мають секс з чоловіками, і осіб, які знаходяться в місцях позбавлення волі, – засуджених. Спираючись на світовий досвід, до цієї групи слід віднести також і так званих «людей в уніформі» – військовослужбовців, працівників правоохоронних органів тощо.

Дослідження поведінки в групах-«містках»

Спираючись на специфіку соціально-економічного стану України, а також беручи до уваги особливості розвитку епідемії ВІЛ-інфекції, необхідними є поведінкові дослідження таких груп-«містків», як далекобійники, трудові мігранти, провідники потягів, працівники сфери розваг та рекреації, клієнти жінок секс-бізнесу, сексуальні партнери споживачів ін'єкційних наркотиків тощо.

Дослідження поведінки серед населення загалом та окремих соціально-демографічних груп (зокрема, молоді)

Для відстежування рівня знань щодо ВІЛ/СНІДу, ставлення та небезпечних форм поведінки загального населення і найбільш уразливої його частини – молоді необхідним є проводення масових досліджень серед цих цільових груп.

Спеціальні дослідження

Одним з методів збору даних для національної системи моніторингу та оцінки є проведення спеціальних досліджень. Спеціальними є епідеміологічні, оцінювальні, соціальні, економічні дослідження, пов'язані з епідемією ВІЛ/СНІДу. Вони є інструментом поглибленого аналізу різних аспектів ситуації, які є актуальними, невивченими або проблемними на даний момент. Зараз в Україні потребують спеціальних досліджень такі проблемні питання, як ставлення до людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом, ефективність програм і проектів протидії ВІЛ-інфекції тощо.

За даними соціологічних досліджень, одним з факторів, що зменшує ефективність профілактичних програм в Україні, є проблема нетолерантного ставлення до людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом. Зважаючи на це, Україною було обрано додатковий показник, який має відображати зміни цього ставлення серед загального населення. Для обрахунку цього показника необхідно проводити спеціальне дослідження, причому обов'язково слід включати також і вивчення проявів дискримінації та стигматизації людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом.

3.2. МОНІТОРИНГ ВИТРАТ НА ЗАХОДИ, СПРЯМОВАНІ НА ПРОТИДІЮ ПОШИРЕННЮ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ

Моніторинг витрат покликаний забезпечувати управлінців різних рівнів, аналітиків та виконавців інформацією щодо відповідності таких витрат визначеним на глобальному та національному рівнях пріоритетам політики запобігання поширенню ВІЛ/СНІДу в країні, оцінити зміни, що відбуваються при впровадженні відповідних програм. Аналіз інформації про джерела та обсяг витрат дозволяє оцінити потенційні ресурсні можливості держави у разі скорочення фінансування з боку міжнародних донорів.

Як неодмінна складова національної системи моніторингу та оцінки, моніторинг витрат дає можливість аналізу «розриву» між необхідними коштами та наявними ресурсами і націлений на розвиток національного потенціалу як на центральному, так і на місцевому рівнях, на відслідковування фінансових потоків та витрат на протидію поширенню ВІЛ/СНІДу.

Серед основних національних показників моніторингу та оцінки заходів контролю за епідемією було відібрано і показник обсягу та структури державних, міжнародних та приватних витрат на заходи, спрямовані на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Відповідно до керівних принципів щодо розробки ключових показників у рамках моніторингу виконання Декларації щодо відданості справі боротьби з ВІЛ/СНІДом[5] в Україні необхідно збирати дані про обсяг коштів у розрізі трьох основних джерел фінансування:

- державні кошти (в Україні це кошти державного та місцевих бюджетів, а також кошти кредиту Міжнародного банку реконструкції та розвитку);
- міжнародні кошти (кошти, що надаються двосторонніми партнерами – наприклад, Агенцією з міжнародного розвитку США, Агенцією з міжнародного розвитку Великої Британії та іншими донорами; багатосторонніми організаціями, наприклад, Глобальним фондом боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, агенціями ООН тощо);
- приватні кошти (наприклад, витрати роботодавців та неофіційні платежі громадян).

Дані для підготовки показника витрат на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу збираються за такими напрямами:

1) програми профілактики;
2) догляд та лікування;
3) діти-сироти та діти вразливих груп;
4) програмний менеджмент та підсилення управління;
5) кадрова політика;
6) соціальний захист та соціальні послуги;
7) підтримуюче середовище та розвиток громад;
8) дослідження в сфері ВІЛ/СНІДу.

Основними методами одержання даних для підрахунку показника витрат може бути аналіз адміністративних звітів, статистичної інформації, звітно-облікових форм різних закладів, установ та організацій, анкетування (зокрема, для оцінки внеску донорів міжнародної технічної допомоги), статистичні обстеження домогосподарств та опитування цільових груп.

Особливості обліку державних витрат, що базується на затверджених Міністерством фінансів України бюджетних класифікаціях, не дають змоги детально проаналізувати витрати у сфері протидії ВІЛ/СНІДу. У випадку такому разі, може проводитися економічна оцінка вартості окремих напрямів політики з використанням спеціальних методик (costing techniques).

Дослідження витрат донорів міжнародної технічної допомоги та національних неурядових організацій ускладнюється через відсутність єдиної бази даних та особливості звітно-облікової системи цих організацій, що часто не дозволяє досягти потрібного рівня деталізації інформації. Варто зауважити, що, окрім усього цього, не всі міжнародні організації (урядові, неурядові), які фінансують заходи з протидії ВІЛ/СНІДу, мають свої представництва на території України.

---

[5] Руководящие принципы по разработке ключевых показателей: Мониторинг выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом / Специальная сессия Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу; ЮНЕЙДС. – Женева, Швейцария, 2005. – 108 с.

Проведення оцінки частки приватних неофіційних платежів («out-of-pocket» payments) ґрунтується на даних поведінкових досліджень, що охоплюють групи ризику. Для аналізу використовуються анкети з відповідями на запитання про обсяг та структуру витрат респондентів. Для оцінки частки ВІЛ-специфічних витрат серед загального населення також використовуються дані статистичних обстежень домогосподарств, що проводяться Державним комітетом статистики України щоквартально.

Здійснення моніторингу витрат з різних джерел, тобто максимально повний їх облік, на заходи у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні дозволяє оцінити внесок різних типів організацій, підтвердити або спростувати пріоритетність підтримки окремих напрямів політики з точки зору їх адекватного фінансового забезпечення. Результати такого моніторингу створюють інформаційну базу, що в подальшому може бути використана для проведення аналізу економічної ефективності як окремих заходів, так і відповідних політик загалом.

Як загальну проблему при проведенні моніторингу витрат слід відзначити відсутність повноцінного доступу до фінансової інформації як у державному так і в недержавному секторі. Отже, організація моніторингу витрат потребує подальшого вдосконалення та адаптації до реалій України, підготовки відповідних фахівців та підвищення загального рівня обізнаності з питань формування і реалізації бюджету.

3.3. МОНІТОРИНГ ПРОГРАМНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

В Україні ще не запроваджено систему моніторингу програмної діяльності державних та недержавних організацій, які працюють у сфері профілактики ВІЛ-інфекції. Такий моніторинг здійснюється лише в рамках окремих проектів та програм.

Не зупиняючись докладно на описі моніторингу програмної діяльності, підкреслимо, що програмний моніторинг повинен забезпечувати[6]:

- наявність повних, точних та найновіших даних для усіх суб'єктів прийняття рішення щодо протидії епідемії ВІЛ на різних рівнях (національному, регіональному тощо);
- збір об'єктивних, повних та якісних даних для звітування перед керівництвом країни щодо виконання програм;
- збір об'єктивних, повних та якісних даних для звітування міжнародним та національним донорам тощо.

Для того, щоб забезпечити збір даних для «відтворення» повної картини реалізації програми, моніторинг повинен охоплювати різні рівні:

- «вкладу» – тобто рівень вхідних ресурсів – те, що вкладається в проект, програму, наприклад, кошти, приміщення, обладнання тощо;

[6] Методологическое руководство по мониторингу и оценке. ВИЧ/СПИД, туберкулез и малярия / ЮНЕЙДС, Мировой банк, Глобальный фонд борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и др.

- «процесу реалізації» – те, що робиться в рамках проекту, наприклад, кількість підготовленого персоналу;
- «результатів» – те, що з'являється в результаті реалізації проекту, наприклад, рівень охоплення цільових груп, конкретні матеріали, виготовлені в рамках програми, проекту;
- «наслідків діяльності» – зміни у рівні знань, ставленні, поведінці тощо,
- «впливу» – довготривалі зміни, наприклад, зниження рівня захворюваності під впливом освітніх проектів, зростання економічних показників тощо.

Для збору даних моніторинг передбачає визначення спеціальних показників, які повинні відповідати рівням моніторингу.

Для програмного моніторингу основними методами є точне ведення програмної документації, систематичне звітування з боку основних виконавців програм та проектів, моніторингові візити представників донорських організацій та менеджерів програм та проектів тощо. Для збору даних за показниками наслідків та впливу необхідні спеціальні соціологічні, поведінкові, епідеміологічні або інші дослідження.

3.4. ОЦІНКА ПРОГРАМ

Моніторинг стану відповіді на епідемію ВІЛ в країні передбачає не тільки збір даних щодо реалізації різноманітних програм, включаючи профілактичні, інформаційно-просвітницькі, лікування, догляду та підтримки, а й ***оцінку їх ефективності***. Інструментом такої оцінки є спеціальні дослідження. Вони проводяться з метою відслідковування певних тенденцій щодо змін у параметрах ефективності певних програм/проектів. Для цього такі дослідження повинні повторюватися через певні проміжки часу. Результати цих досліджень дадуть можливість виявити зміни у часі, порівняти загальний стан виконання та ефективність окремих національних заходів протидії епідемії.

Мета та завдання національної системи моніторингу та оцінки вимагають від оцінки ефективності програм та проектів поєднання аналізу різних параметрів, показників ефективності, а саме: витрат, процесу реалізації програм/проектів, конкретних результатів, наслідків та впливу, які прямо пов'язані з програмною/проектною діяльністю, її цілями та завданнями.

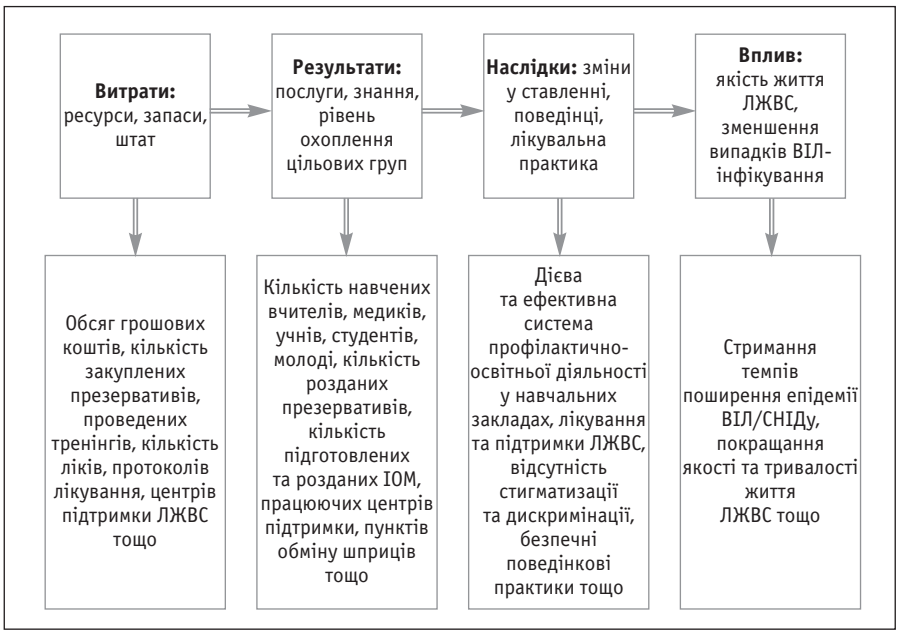
Для збору даних за основними параметрами ефективності програм/проектів необхідно визначити спеціальні показники. Щоб показники були надійними, вони повинні стосуватися основних параметрів програм/проектів, піддаватися збиранню, легко тлумачитися і дозволяли відслідковувати зміни у часі.

Основними показниками ефективності програм можуть бути:

- рівень охоплення програмами цільових груп;
- наслідки та вплив програми на цільові групи.

Рівень охоплення програмами цільових груп є важливим показником ефективності програм. Визначення цього показника дає можливість отримати

Основні параметри ефективності програм/проектів профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом:



необхідну інформацію для планування подальшої діяльності, визначити необхідні ресурси тощо.

Відповідно до керівних принципів щодо розробки ключових показників у рамках моніторингу виконання Декларації щодо відданості справі боротьби з ВІЛ/СНІДом[7] та переліку національних показників моніторингу і оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль за епідемією ВІЛ-інфекції/СНІДу в країні, в Україні здійснюється оцінка рівня охоплення:

- молоді профілактичними програмами з питань ВІЛ/СНІДу;
- учнівської молоді просвітницькими програмами з питань ВІЛ/СНІДу на основі життєвих навичок.

Підходи до методології і методики спеціальних досліджень з оцінки рівня охоплення різних цільових груп профілактичними програмами ґрунтуються на рекомендаціях міжнародних організацій (ЮНЕЙДС, ВООЗ) та базуються на керівних принципах з розробки ключових показників моніторингу виконання Декларації з відданості справі боротьби з ВІЛ/СНІДом.

Крім рівня охоплення, показником ефективності програм є ***наслідки та вплив на цільові групи***, їх рівень знань, ставлення та поведінку. Оцінка наслідків та впливу потребує спеціальних досліджень, як правило, комплексних,

[7] Руководящие принципы по разработке ключевых показателей: Мониторинг выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом / Специальная сессия Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу; ЮНЕЙДС. – Женева, Швейцария, 2005. – 108 с.

які б включали поведінкові, соціальні, екномічні та епідеміологічні дослідження. Для проведення таких досліджень ретельно підбираються показники, індикатори тощо.

Ще одним важливим показником ефективності програм профілактики, діагностики, лікування та підтримки є ***оцінка якості послуг.*** Серед національних показників, за якими Україна звітується в рамках моніторингу виконання Декларації щодо відданості справі боротьби з ВІЛ/СНІДом, виокремлюється оцінка таких послуг:

- послуги з діагностики, консультування та лікування в державних і комунальних закладах охорони здоров'я для пацієнтів з інфекціями, що передаються статевим шляхом;
- надання повного курсу антиретровірусної профілактики для ВІЛ-інфікованих вагітних жінок з метою зниження ризику передачі ВІЛ від матері дитині;
- послуги щодо надання комбінованої антиретровірусної терапії людям із ВІЛ-інфекцією/СНІДом;
- послуги щодо лікування людей із ВІЛ-інфекцією/СНІДом через 12 місяців після початку антиретровірусної терапії (тобто збільшення тривалості життя);
- послуги з тестування на ВІЛ для різних цільових груп – споживачів ін'єкційних наркотиків, осіб, які надають сексуальні послуги, чоловіків, які мають секс з чоловіками, засуджених, молоді віком 15–24 роки тощо.

Усі ці показники одночасно можуть бути використані як показники охоплення певних цільових груп специфічними послугами.

Основними методами такої оцінки згідно з рекомендаціями ЮНЕЙДС можуть бути аналіз даних програмного моніторингу та спеціальні дослідження.

3.5. ОЦІНКА ЧИСЕЛЬНОСТІ ГРУП РИЗИКУ

Оцінка загальної кількості представників груп ризику (СІН, РКС, ЧСЧ) як на національному так і на регіональному рівні є важливим стратегічним ресурсом для подальшого прийняття рішень щодо відповіді на епідемію ВІЛ/СНІД.

Результати оцінки чисельності використовуються для:

- оцінки рівня охоплення цільових груп профілактичними інтервенціями;
- обґрунтувань та визначення кількісних показників розвитку профілактичних програм;
- розрахунків бюджетів для забезпечення запланованого рівня охоплення цільових груп та придбання необхідної кількості засобів запобігання інфікуванню ВІЛ та виготовлення необхідної кількості інформаційно-освітніх матеріалів;
- розрахунків витрат на придбання тест-систем та витрат пов'язаних з лікуванням та доглядом хворих на ВІЛ/СНІД, соціальним супроводом ВІЛ-інфікованих та членів їх сімей;
- планування розвитку мережі НУО та інших ВІЛ-сервісних структур;

- прогнозування поширення епідемії ВІЛ/Сніду;
- розрахунків вибіркової сукупності для проведення поведінкових та інших досліджень серед зазначених груп.

Процес оцінювання чисельності груп ризику має свої особливості. Всі цільові групи дослідження (СІН, РКС та ЧСЧ) є досить закритими та важкодоступними, що зумовлено двома основними чинниками: по-перше, негативною громадською думкою щодо всіх груп; по-друге, побоюваннями з боку СІН, РКС, ЧСЧ стосовно можливих репресивних дій з боку працівників правоохоронних органів.

Основні джерела інформації щодо розрахунків чисельності груп ризику:

1. Поведінкові дослідження груп ризику;
   - дослідження серед СІН
   - дослідження серед РКС
   - дослідження серед ЧСЧ
2. Опитування загального населення;
   - національні опитування домогосподарств
   - шкільні опитування
3. Статистичні дані;
   - державна та відомча статистика
   - статистика організацій, які реалізують відповідні проекти;
4. Спеціальні дослідження з метою оцінки чисельності
   - регіональна оцінка з залученням до участі
   - дослідження за методом «повторне охоплення»

В світі існує декілька підходів щодо оцінки чисельності цих груп, які застосовуються в кожній окремій ситуації, враховуючи цілі досліджень, наявність доступних джерел інформації, обсяг ресурсів, рівень стигматизації цільових груп та інші фактори.

Оцінка чисельності повинна здійснюватись як на національному так і на регіональному рівнях. На вибір методу дослідження також буде впливати масштаб дослідження. Наприклад, для проведення оцінки чисельності на національному рівні використовуються опитування домогосподарств, опитування дорослого населення та молоді. Тоді як на регіональному рівні можна використовувати метод регіональної оцінки з залученням до участі, метод повторного охоплення, експертну оцінку, поведінкові дослідження з використанням методики формування вибірки «вибірка спрямована і реалізована респондентом». Метод коефіцієнтів може бути застосований як при оцінці чисельності на національному рівні так підчас оцінки на регіональному рівні.

Методологія проведення оцінки чисельності характеризується комплексним підходом, вона повинна базуватись на використанні різних джерел інформації, проведенні вторинного аналізу наявної інформації та здійсненні спеціальних досліджень, тріангуляції та верифікації результатів під час аналізу.

Важливим підходом є використання тріангуляції, яка застосовується з метою забезпечення достовірності, адекватності отриманих у ході дослідження

даних, полягає у використанні різних джерел та методів отримання інформації та її порівнянні з цією ж метою.

Рекомендована частота дослідження з оцінки чисельності 1 раз на 4 роки.

Для розрахунку чисельності використовуються такі питання:

1. Скажіть, будь ласка, чи перебуваєте Ви на обліку в наркологічному диспансері?

Так	1
Ні	2
Важко відповісти	3

2. Чи проходили ви наступні види лікування з приводу залежності від наркотичних речовин (НЕ алкоголю!) протягом 2007 року?

Вид лікування	К-ть разів	Назва установ
Стаціонар (детоксикація) Стаціонар (реабілітація) Денний стаціонар Амбулаторне Замісна терапія		

3. Чи затримували Вас та/або заарештовували та/або заключали у місця попереднього затримання (КПЗ, СІЗО) або місця позбавлення волі (колонія, тюрма) протягом останніх 12 місяців?

Так		1	
	Скільки разів?	1 раз 2 рази 3–5 разів 6–10 разів 11 разів і більше Не знаю	1 2 3 4 5 6
Ні		2	
Немає відповіді		3	

4. Чи було при Вашому затриманні складено протокол, який Ви підписали?

Так		1	
	Скільки випадків?	1 раз 2 рази 3–5 разів 6–15 разів Не знаю	1 2 3 4 5
Ні		2	
Немає відповіді		3	

5. Чи перебуваєте Ви на обліку в міліції у зв'язку зі споживанням наркотиків?

Так	1
Ні	2
Важко відповісти	3

4. ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ І ПРОВЕДЕННЯ МОНІТОРИНГУ ПОВЕДІНКИ

4.1. ЗАГАЛЬНІ ТА СПЕЦИФІЧНІ ПРОБЛЕМИ ДОСЛІДЖЕНЬ ПОВЕДІНКИ ОКРЕМИХ СОЦІАЛЬНИХ ГРУП

Серед основних проблем, з яким стикаються дослідники при проведенні поведінкових досліджень можна назвати:

- достовірність інформації;
- конфіденційність та анонімність участі в дослідженні;
- щирість відповідей респондентів щодо сфер особистого життя;
- зв'язок поведінкового та дозорного біологічного дослідження;
- побудова вибірки цільових груп, коли невідома генеральна сукупність, у тому числі її репрезентативність;
- доступність та досяжність респондентів;
- мотивація участі в дослідженні;
- добровільність участі в дослідженні.

Проаналізуємо зазначені вище проблеми.

Загальною проблемою поведінкових досліджень є проблема отримання достовірної інформації щодо сексуальних зв'язків та вживання ін'єкційних наркотиків. Чим більше у даному суспільстві засуджується якийсь вид поведінки, тим менш імовірною є щирість респондентів.

У цьому зв'язку надзвичайного значення набуває організація дослідження. Передусім, дослідники повинні гарантувати конфіденційність та анонімність опитування, морально нейтральний характер запитань у запитальнику, а також оптимальний набір соціально-демографічних та особистих характеристик інтерв'юера.

Другою великою проблемою є синхронізація поведінкового дослідження та серологічного аналізу. Забирання аналізу крові у респондентів під час опитування може супроводжуватися великою часткою відмов, а проведення поведінкового дослідження та серологічного аналізу на різних респондентах не дасть можливості пов'язати ці два види даних.

Проблема щирості значною мірою загострюється в групах ризикованої поведінки. Серед соціальних груп, які діють поза межами закону (СІН, РКС) та

моральних звичаїв (ЧСЧ, жінки, що мають випадкові статеві зв'язки), цілковитій щирості часто заважає реакція на осуд з боку суспільства, низький рівень самоповаги та страх переслідувань. На «людей в уніформі» та засуджених може тиснути досить жорсткий контроль та абсолютна «прозорість» їхнього життя для начальства, а відтак і колег або товаришів.

У випадку з різними цільовими групами, наприклад, такими як споживачі ін'єкційних наркотиків, жінки комерційного сексу, засуджені, чоловіки, які мають секс з чоловіками та «люди в уніформі» – постає проблема не тільки щирості відповідей, але й конструювання вибірки та відбору респондентів для опитування через відсутність даних щодо генеральної сукупності, а також важкодоступності і невивченості структури цільової групи.

Головною проблемою вибіркового дослідження є забезпечення репрезентативності, тобто рівного шансу для кожної одиниці сукупності опинитися у вибірці. Конструювання такої вибірки є можливим тільки за умови існування даних про генеральну сукупність, або базу вибіркової сукупності. Тобто, для забезпечення, наприклад, випадкового відбору РКС треба було б мати списки всіх РКС в Україні, разом з місцями розташування їхніх робочих місць. У випадку РКС, ЧСЧ, СІН такі дані відсутні, у випадку військовослужбовців вони засекречені. Тому єдиним можливим рішенням є конструювання невипадкових вибірок, головним недоліком яких є те, що вони представляють тільки «верхівку айсберга», тобто, ту частину цільових груп, які є найбільш відкритими для контакту. Так, існує ймовірність перманентного виключення з аналізу найбільш дискримінованих і найбільш уразливих до інфікування ВІЛ груп: РКС, що працюють на вокзалах та трасах, ЧСЧ, що не є членами НУО, та тих із них, що практикують нерегулярні зв'язки з чоловіками тощо. Тобто, інформацію, отриману з таких досліджень не можна поширювати на всю сукупність цільових груп, а отже неможливо оцінити ризикованість поведінки найменш охочих до контакту респондентів, серед яких, ймовірно, вона є дуже високою.

У тих групах, щодо яких дані про генеральну сукупність є, постають проблеми доступу до певних категорій респондентів (особи молодого віку, засуджені). Військовослужбовці є прикладом обох труднощів одночасно, як з конструюванням вибірки, так і з доступом до респондентів. У випадку засуджених та «людей в уніформі» доступ до респондентів може бути ускладнений через небажання відповідних відомств, місцевого керівництва допустити дослідників у військові частини, пенітенціарні установи, забезпечити конфіденційність та безпечність опитування.

У випадку з особливо мобільними групами населення – особами молодого віку, трудовими мігрантами та водіями-далекобійниками – великого значення набуває проблема досяжності. Досвід показує, що найбільша мобільність відповідає і найбільш ризикованій поведінці, тому проведення опитування за домашньою адресою призводить до недосяжності саме цих груп.

Проблема мотивації участі в дослідженні є особливо гострою у випадку РКС, СІН та ЧСЧ. Дотримання принципу систематизованого відбору може стати

неможливим через велику кількість відмов заповнити анкету. Ця проблема посилюється недосяжністю представників цільової групи.

У випадку з «людьми в уніформі» та засудженими ця проблема набуває дещо іншого акценту: перебуваючи в залежності від командування, ці респонденти навряд чи можуть відмовлятися від участі у дослідженні. У такому разі, ставиться під загрозу вимога добровільності участі в дослідженні, або реалізація випадкової вибірки стає неможливою через небажання місцевого начальства надавати доступ до резервних респондентів замість тих, які відмовилися від участі в дослідженні.

Вирішення всіх цих проблем досягається ретельною розробкою методології дослідження, його організацією та контролем на всіх його етапах.

4.2. ЗВ'ЯЗОК ПОВЕДІНКОВОГО МОНІТОРИНГУ ІЗ ДОЗОРНИМ БІОЛОГІЧНИМ ДОСЛІДЖЕННЯМ

У деяких випадках при проведенні епіднагляду другого покоління необхідним є проведення одночасно і поведінкового дослідження, і забору крові респондентів для аналізу біомаркерів. Таке дослідження може бути зв'язанним, коли за ідентифікаційними кодами можна зіставити результати біологічного та поведін- кового дослідження на рівні індивіда (але без персоніфікації). А може бути і не зв'язанним, коли дані поведінкового та біологічного дослідждення не пов'язані між собою, тобто, зразки крові та анкета не ідентифікуються.

При дослідженні біомаркерів та моніторингу поведінки ЧСЧ, СІН, РКС у структурі епіднагляду другого покоління необхідно забезпечити анонімність та конфіденційність як тестування, так і опитування.

У деяких випадках тестування на ВІЛ, інші біомаркери та опитування в межах моніторингу поведінки може бути проведено як зв'язане дослідження з метою вирішення спеціальних дослідницьких завдань та подальшого аналізу впливу певних поведінкових ризиків на рівень поширення ВІЛ-інфікування та інших інфекцій. У такому разі необхідна попередня спільна підготовка інтерв'юерів та осіб, які здійснюють забір біоматеріалів. За умов зв'язаного дозору анкета опитування має включати номер зразка крові.

Передбачається, що одним з методів отримання результатів обстеження на ВІЛ серед СІН у деяких регіонах може бути тестування залишкової крові в шприцах та голках, зданих на пунктах обміну, а також шляхом дослідження зразків крові, отриманих за погодженням від респондента. У такому разі поведінкове опитування рекомендується проводити на тих дозорних дільницях, де проводилися дозорні обстеження на ВІЛ та інші біомаркери в аналогічні часові інтервали.

Необхідно уникати «подвійного врахування» одних і тих самих осіб, які можуть відвідувати пункт обміну кілька разів упродовж періоду проведення збору зразків та моніторингу поведінки.

4.3. ВИБІРКОВА СУКУПНІСТЬ

При складанні плану вибірки треба прагнути до забезпечення випадковості – рівної можливості кожної одиниці сукупності потрапити до вибірки. Таким вимогам задовольняє ймовірнісна вибірка. По-перше, вона запобігає занадто сильному впливу суб'єктивного чинника (довільний вибір одиниць дослідником), по-друге, дає можливість оцінити похибку отриманих результатів на базі даних самого дослідження. По-третє, ймовірнісну вибірку можна відтворювати на кожному раунді моніторингу і порівнювати результати. Усіх цих переваг позбавлена невипадкова вибірка – вибірка за методом «снігової кулі». Тому її застосовують тільки у крайньому випадку – коли немає жодної інформації про базу для ймовірнісної вибірки: ні списку респондентів, ні списку об'єктів. Така ситуація часто має місце у випадку важкодосяжних груп – РКС, ЧСЧ, СІН.

Основний принцип моніторингового дослідження – це незмінність способу формування вибірки. Проте, якщо у пілотному дослідженні через якісь причини не вдалося сформувати вибірку, що репрезентує генеральну сукупність, у подальших хвилях моніторингу слід намагатися досягти більш високого рівня репрезентативності. Особливо, якщо завдяки пілотним або іншим дослідженням вдалося отримати більше інформації про генеральну сукупність. У міру отримання нових даних про ці сукупності треба прагнути впроваджувати механізми рандомізації (забезпечення випадковості) відбору. Такі дані хоч і неможливо буде порівнювати з даними пілотного дослідження, проте можна буде досягти вищої надійності даних і їх порівнянності у подальшому.

Дизайн та методи реалізації вибіркової сукупності повинні забезпечувати представництво респондентів-представників груп ризику (СІН, РКС, ЧСЧ) у віковій групі молодше 19 років (як мінімум з 15 до 19 років, хоча досвід опитування серед СІН та РКС свідчить, що наймолодшим респондентам може бути 12-13 років), яке б дозволяло можливість аналізу даних серед цієї вікової групи. Рекомендована кількість респондентів у віці до 19 років (включно) – не менше 300 осіб.

Нижче наведені рекомендації щодо побудови вибірки в опитуванні певних цільових груп.

Загалом рекомендується багатоступенева вибірка, випадкова на кожному етапі, пропорційна для представників цільової групи в регіонах.

У випадку груп ризикованої поведінки рекомендується двоступенева кластерна вибірка, з випадковим відбором кластерів та респондентів у середині кластера – місця, де знаходяться індивіди, потенційні респонденти. Якщо розмір кластера (чисельність індивідів, які до нього належать) відомий, то відбір

здійснюють пропорційно до розміру цього кластера; якщо – ні, то встановлюють якийсь крок для відбору, наприклад, 25% у кожному кластері. До індивідів, «приписаних» до певних об'єктів – місць збору (статичних популяцій) можна застосовувати звичайні кластери (список об'єктів, наприклад, військових частин). Але якщо вони з'являються там у певний час («мігруючі популяції») і існує ймовірність того, що в різні часові проміжки на об'єктах з'являються індивіди, що відрізняються за поведінкою, то треба застосовувати територіально-часові кластери. Така кластеризація застосовується, наприклад, до вуличних ЖСК, ЧСЧ та СІН, покупців наркотичних речовин. У таких випадках опитування проводять на даному об'єкті у різні часові проміжки – наприклад, удень та ввечері, у будній день або вихідні, в день виплати зарплатні (клієнтам РКС, наприклад) або в середині тижня.

Вибірка для дослідження молоді

ВООЗ та ЮНЕЙДС рекомендують забезпечувати репрезентативні вибірки за віковою категорією від 15 до 24 років. У відповідності до Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД, прийнятої 26-ю спеціальною сесією Генеральної Асамблеї ООН з ВІЛ/СНІДу, національні показники також мають бути розраховані для групи 15–24 роки.

В Україні існує кілька специфічних факторів, які змушують зменшити межу молодшого віку молоді до 14 років. Такими факторами є, перш за все, закінчення молоддю базової середньої школи у 14 років (і пов'язані із цим зміни місця навчання, проживання, зменшення контролю з боку батьків) та поширення тенденції раннього вступу в статеве життя тощо. Саме тому для побудови вибірки слід враховувати вікову категорію 14-річних, щоб мати можливість окремого аналізу для наступних вікових груп: 14–17 років, 18–20 років та 21–24 роки, а також за статтю.

Вимогою до вибіркової сукупності в даному випадку є її репрезентативний характер для цільової групи на національному рівні. При формуванні вибірки необхідно враховувати представленість основних регіонів, населення невеликих міст та сільської місцевості, а також пропорції рспондентів за статтю та віком. Важливо, щоб кожна підгрупа для запланованого аналізу була не менше 300 осіб.

Розмір вибіркової сукупності має бути визначений, виходячи із завдань аналізу, але для національного репрезентативного опитування має бути не менше 2000 осіб.

Рекомендується багатоступенева вибірка, випадкова на кожному етапі, пропорційна для представників цільової групи в регіонах, містах та селах. Зважаючи на необхідність досягнення всіх верств та категорій молоді, рекомендується проведення відбору працюючої та безробітної молоді за місцем проживання, до якого слід включити гуртожитки, місця відпочинку та місця роботи, для учнівської та студентської молоді – за місцем навчання (середні школи, професійно-технічні училища та вищі навчальні заклади).

Вибірка для дослідження дорослого населення

Спираючись на керівні принципи щодо розробки показників моніторингу виконання Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД[8] за 2008 р., Україна включила до переліку національних показників індикатори, що охоплюють таку цільову групу, як доросле населення віком від 15 до 49 років.

Вимогою до вибіркової сукупності є її репрезентативний характер для цільової групи на національному рівні. При формуванні вибірки так само, як і при побудові вибіркової сукупності для молоді, необхідно враховувати представленість основних регіонів, населення невеликих міст та сільської місцевості, а також пропорції респондентів за статтю та віком. Важливо, щоб кожна підгрупа для запланованого аналізу була не менше 300 осіб.

Розмір вибіркової сукупності має бути визначений, виходячи із завдань аналізу, але для національного репрезентативного опитування має бути не менше 2000 осіб.

Рекомендується багатоступенева вибірка, випадкова на кожному етапі, пропорційна для представників цільової групи в регіонах, містах та селах.

Вибірка для дослідження «людей в уніформі»

До «людей в уніформі» прийнято відносити:

- військовослужбовців, що проходять службу у Збройних силах України
- працівників органів внутрішніх справ
- військовослужбовців Внутрішніх військ
- працівників Служби безпеки України
- військовослужбовців, що проходять службу у Прикордонних військах
- курсантів вищих навчальних закладів Міністерства оборони України та Міністерства внутрішніх справ України.

Вибірка для військовослужбовців Збройних сил України

Для відбору військовослужбовців та курсантів вищих військових навчальних закладів рекомендується багатоступенева, стратифікована вибірка, з використанням квотного методу відбору респондентів на останньому ступені.

Вимогою до вибіркової сукупності військових є її репрезентативний характер для основних цільових груп української армії, а саме:

- для солдатів строкової служби усіх родів військ;
- для курсантів військових навчальних закладів усіх родів військ;
- для офіцерів військових частин усіх родів військ.
- для військовиків контрактної служби

При формуванні вибірки необхідно враховувати представленість усіх родів військ: сухопутних, повітряних та військово-морських, а також представленість трьох видів військових навчальних закладів цих родів військ. Важливо,

---

[8] Мониторинг Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом: руководящие принципы разработки ключевых показателей: отчетность за 2008 год / UNAIDS. – Geneva, Switzerland. – 157 с.

щоб кожна група аналізу була не менше 200 осіб. Розмір вибіркової сукупності має бути визначений, виходячи із завдань аналізу, але для національного репрезентативного опитування має бути не менше 1600 осіб.

Рекомендується, щоб у вибірці біло витримано таке співвідношення: опитаних: 67% – солдати та сержанти строкової служби та ті, що служать за контрактом, 10% – курсанти військових інститутів та 23% – майори та молодші офіцери, що служать у військових частинах. Згідно зі статистикою[9], ці цифри, в основному, відображають структуру особового складу Збройних сил України. З огляду на специфіку теми моніторингу, офіцери віком старше 50 років не опитуються, тобто опитується головним чином молодший офіцерський склад у званні від капітана та нижче.

До вибірки також доречно включати жінок-військовослужбовців. З огляду на той факт, що жінки становлять 10% особового складу Збройних сил України, для репрезентативності даних їх частка у вибірці також повинна бути не менше 10%.

Слід враховувати і той факт, що 80% військовослужбовців складають військовослужбовці строкової служби, а 20% – ті, що служать за контрактом. Згідно з програмою реформ в армії до 2010 рік строкову службу буде повністю відмінено, а до тих пір необхідно задавати квоти для опитування військовослужбовців за контрактом та строкової служби. Необхідно також передбачити квоти для курсантів військових інститутів. Наприклад, якщо термін навчання в інституті становить 4 роки, то опитувати по однаковій кількості осіб з кожного року. Розмір військових частин є ще одним критерієм відбору.

На першому етапі необхідно відібрати військові частини та військові навчальні заклади в основних регіонах, визначених для дослідження. Частка сухопутних військ у Збройних силах становить 40%, повітряних – 24%, військово-морських – 8%. Треба пам'ятати, що роди військ – сухопутні, повітряні та морські – нерівномірно розподілені по регіонах України, оскільки морські військові частини та військові інститути концентруються на Півдні країни; повітряні та сухопутні війська також мають специфічну дислокацію – на Сході країни розташовано менше військових частин. В ідеалі, чим більше кластерів (військових частин) ми розглядаємо, тим більша ймовірність потрапляння до вибірки всіх частин – особливо, малих. Проте треба пам'ятати, що включення малих частин у вибірку тягне за собою збільшення часу, який знадобиться на організацію дослідження, та коштів на його проведення. Тому варто зупинитися на кількості військових частин, що дорівнює 30 одиницям: по дві (велика – більше 500, і мала – до 500 військовослужбовців) на рід військ та на регіон, та опитати курсантів трьох військових інститутів. Для відбору військових частин для опитування за величиною слід залучити експертів

[9] Біла книга. Оборонна політика України у 2005 р. – К: Мін-во оборони України, 2005.

з Головного управління Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства оборони України та Генерального штабу, чітко визначивши критерії відбору – представленість родів військ, регіонів та військових частин, різних за розміром. Відбір військовослужбовців для опитування всередині військових частин та військових інститутів треба покласти на командування частин, яке буде керуватися вищезазначеними квотами, затвердженими наказом Генерального штабу.

Список частин для дослідження надається представниками Генерального штабу та затверджується після консультації із соціологами. Однак, внаслідок вже згадуваної реформи Збройних сил, може змінитися не тільки кількісний склад та структура особового складу, але і відкритість армії для суспільства. Отже, у разі, якщо дані щодо структури Збройних сил та списки особового складу військових частин будуть доступні, краще звернутися до багатоступеневої, стратифікованої вибірки, з використанням квотного методу відбору респондентів на останньому ступені. Тоді можна було б опитувати кількість військовослужбовців пропорційно до розміру військової частини, вірно визначити співвідношення офіцерів, солдат та курсантів, військовослужбовців строкової та контрактної служби, а також забезпечити власне випадковий відбір респондентів за цими квотами всередині військової частини, використовуючи списки особового складу.

Працівники органів внутрішніх справ, Служби безпеки України, військовослужбовці, що проходять службу в Прикордонних військах, та курсанти вищих навчальних закладів Міністерства внутрішніх справ України

Вимогою до вибіркової сукупності представників цих цільових груп є її репрезентативний характер для окремих підгруп, а саме:

- для рядових працівників та молодшого начальницького складу (сержанти) (крім Служби безпекиУкраїни);
- для курсантів навчальних закладів;
- для офіцерів.

Рекомендується багатоступенева, стратифікована вибірка з використанням квотного методу відбору респондентів на останньому ступені. Проте її можливо втілити тільки за умов наявності статистичних даних про генеральну сукупність. Якщо цю інформацію отримати неможливо, то при формуванні вибірки рекомендується використовувати не випадковий метод відбору, а метод направленого відбору, зокрема, метод основного масиву. Важливо, щоб кожна група аналізу була не менше ніж 200 осіб. Розмір вибіркової сукупності має бути визначений, виходячи із завдань аналізу, але для національного репрезентативного опитування має бути не менше 1600 осіб.

Оскільки статистика є недоступною, то квоти категорій встановлюються експертами. Рекомендується таке співвідношення у вибірці: 60% – рядові і представники молодшого начальницького складу та ті, що служать за

контрактом, 20% – курсанти навчальних закладів та 20% – офіцери. З огляду на специфіку теми моніторингу, офіцери віком старше 50 років не опитуються, тобто опитується головним чином молодший офіцерський склад у званні нижче від майора.

На першому етапі побудови вибірки необхідно відібрати головні підрозділи та навчальні заклади в п'яти основних регіонах України (Захід, Схід, Південь, Північ та Центр). Згідно зі статистикою треба подбати про представленість обласних центрів та інших міст: кількість опитаних повинна бути пропорційною до чисельності «людей в уніформі» у містах кожного регіону.

Вибірка працівників органів внутрішніх справ обов'язково повинна репрезентувати:

- патрульно-постову службу;
- працівників ДАІ;
- дільничних інспекторів міліції;
- службу кримінального блоку;
- департаменту боротьби з незаконним обігом наркотиків;
- працівників спеціальних установ міліції та чергових частин органів внутрішніх справ (наприклад, приймальників-розподільників);
- курсантів навчальних закладів МВС.

Відбір департаментів, частин або навчальних закладів для опитування треба довірити експертам з відповідних міністерств та відомств, чітко визначивши критерії відбору – представленість видів служб, п'яти регіонів та різного розміру міст. Відбір респондентів для опитування всередині департаментів, частин та навчальних закладів треба покласти на командирів/начальників, які відповідають за виховну/просвітницьку роботу. Ці командири/ начальники будуть керуватися при відборі квотами, розрахованими за вищеназваними критеріями та затвердженими найвищим начальством даного відомства.

Вибірка для дослідження засуджених

Вимогою до вибіркової сукупності засуджених є її репрезентативний характер для загалу засуджених за такими характеристиками:

- вік;
- стать;
- види установ виконання покарань (уперше засуджені та неодноразово засуджені);
- строк позбавлення волі.

При формуванні вибірки необхідно враховувати представленість основних регіонів. Важливо, щоб кожна підгрупа аналізу була не менше за 200 осіб. Розмір вибіркової сукупності має бути визначений, виходячи із завдань аналізу, але для національного репрезентативного опитування має бути не менше 1240 осіб, що забезпечить коректні порівняння з попереднім національним опитуванням у виправних колоніях.

Рекомендується стратифікована, індивідуальна вибірка, з використанням випадкового методу відбору респондентів на останньому ступені.

На першому етапі формування вибірки треба визначити види установ виконання покарань, в яких утримуються засуджені. Згідно з типологізацією, визначеною кримінально-виконавчим законодавством (ст. 18 Кримінально-виконавчого кодексу України), повнолітні особи, засуджені до позбавлення волі, відбувають покарання у виправних колоніях:

- середнього рівня безпеки для вперше засуджених;
- середнього рівня безпеки для неодноразово засуджених.

Відповідно до статистичних даних Державного департаменту України з питань виконання покарань, найбільша частина чоловіків, засуджених до позбавлення волі, відбувають покарання саме у виправних колоніях середнього рівня безпеки (понад 81 тис. осіб, або 80% від загальної кількості засуджених, які утримуються в кримінально-виконавчих установах).[10] Тому для опитування рекомендуються виправні установи середнього рівня безпеки. Виправні колонії середнього рівня безпеки поділяються на колонії для вперше засуджених до позбавлення волі та тих, хто раніше вже відбував зазначене покарання:

- у виправних колоніях середнього рівня безпеки для вперше засуджених до позбавлення волі утримується 39 567 осіб;
- у виправних колоніях середнього рівня безпеки для неодноразово засуджених до позбавлення волі утримується 41 641 осіб.

Вибір цих установ виконання покарань обумовлюється не лише значенням репрезентативності вибіркової сукупності, але й забезпеченням отримання надійної інформації в процесі проведення опитування. В установах інших рівнів безпеки зазначене унеможливлювалося б у зв'язку із певними режимними вимогами (розміщення засуджених, обмеженість у доступі до деяких категорій засуджених і т. ін.).

Щодо засуджених жінок, то для проведення опитування краще відбирати виправні колонії мінімального рівня безпеки із загальними умовами утримання. Ці установи також, як і установи для чоловіків, поділяються на дві категорії: для вперше засуджених до позбавлення волі та неодноразово (загальна кількість засуджених жінок у даних установах становить близько 7 тис. осіб).

Вибіркова сукупність має складати приблизно один відсоток від генеральної, або 1240 респондентів. Стратифікація вибіркової сукупності повинна проводитися, виходячи із співвідношення визначених категорій засуджених у генеральній сукупності. Представництво у вибірковій сукупності має бути таким:

- виправні колонії середнього рівня безпеки (серед чоловіків) – 500 осіб з числа вперше засуджених до позбавлення волі та 500 неодноразово засуджених до позбавлення волі;

[10] За станом на 1.12.2007 р.

- виправні колонії із загальними умовами утримання (серед жінок) – 120 осіб з числа вперше засуджених до позбавлення волі та 120 неодноразово засуджених до позбавлення волі.

Вибіркова сукупність досліджень, проведених в 2004 та 2007 рр. становила 1240 респондентів. Тому, для забезпечення можливості порівняльного аналізу даних слід у майбутніх дослідженнях дотримуватися такого ж розміру вибірки, незалежно від розміру генеральної сукупності, яка має тенденцію до зменшення з кожним роком.

На другому етапі, визначаються регіони України, в яких дислокуються вищезазначені типи виправних колоній.

На третьому етапі, виходячи із запропонованих квот, у п'яти регіонах треба виділити по дві виправні колонії для засуджених чоловіків та дві колонії для жінок (оскільки не в усіх регіонах відбувають покарання ці дві категорії засуджених жінок), разом – 12 колоній.

На четвертому етапі проводиться відбір респондентів у самій установі.

Виправні колонії мінімального і середнього рівня безпеки складаються із таких структурних дільниць:

1) дільниця карантину, діагностики і розподілу;
2) дільниця ресоціалізації;
3) дільниця посиленого контролю:
4) дільниця соціальної реабілітації.

Основна маса засуджених тримається в дільниці ресоціалізації. В інших дільницях засуджені перебувають нетривалий час, і їх кількість практично не могла вплинути на результати опитування. Виходячи з цього, опитуванням охоплювалися засуджені, які утримувалися в дільниці ресоціалізації.

Засуджені, які утримуються в дільниці ресоціалізації, розподіляються по відділеннях соціально-психологічної служби (стара назва даних відділень – загони). Уся житлова зона виправних колоній складається із локальних (обмежених) дільниць, на територіях яких функціонує по декілька відділень соціально-психологічної служби. Як правило, у складі відділення соціально-психологічної служби – до 100 засуджених.

Для проведення опитування в кожній установі визначалося по п'ять відділень (в установах для жінок – по шість). Ці відділення відбиралися таким чином, щоб вони не дислокувалися в одній локальній дільниці. У кожному відділенні проводиться відбір 20 респондентів.

Для відбору респондентів можна використовувати списки засуджених відділення соціально-психологічної служби. Оскільки відділення складається із 100 засуджених, то крок вибірки може мати значення «5», тобто починаючи з «п'ятого номера» обирається кожний п'ятий засуджений зі складу відділення. У разі відмови засудженого від участі в опитуванні відбирається наступний «номер».

Якщо при проведенні відбору засуджених не вистачало необхідної кількості респондентів (20 осіб), то подальший відбір за такою ж схемою має

продовжуватися серед засуджених відділення, яке дислокується на цій же локальній дільниці.

Проте, описана вище модель побудови вибірки є ідеальною. На практиці ж, враховуючи специфіку цільової групи та закладів, де утримуються ув'язнені, її не завжди вдається застосувати. Головним принципом відбору респондентів залишається добровільність участі в дослідженні.

Вибірка для дослідження РКС* і СІН

Поведінковий моніторинг серед РКС та СІН в Україні доцільно проводити в кількох областях, при виборі яких враховується епідеміологічний (високий, середній та низький рівень поширеності ВІЛ) та географічний (Південний, Східний, Західний, Центральний та Північний регіони) критерії відбору. З огляду на можливість доступу до респондентів груп ризику переважно через соціальні служби, громадські організації та медичні установи, пропонується проводити моніторинг в обласних центрах, великих та середніх містах за визначеними квотами в межах областей. Оптимальний розмір вибірки для РКС та СІН визначається, виходячи з кількості представників даної цільової групи, і має становити не менше 100 осіб для РКС та 100 осіб для СІН на рівні даної територіальної одиниці аналізу. Для кожного дослідження та територіальної одиниці оптимальна кількість респондентів (розмір квот на рівні окремих населених пунктів) буде визначатися залежно від стадії епідемії, завдань дослідження та наявних ресурсів.

Методика складання вибірки при обстеженні груп ризику повинна враховувати наявну інформацію щодо стратифікації даної групи ризику та пропорційно включати представників усіх наявних страт на даній території. Для цього необхідно ретельно проаналізувати доступну інформацію: відомчу статистику (управлінь внутрішніх справ, наркології), результати попередніх досліджень, документацію та дослідження громадських організацій, що працюють з даними цільовими групами. До визначення цільової групи важливо залучати громадські організації, соціальні служби, працівників медичних установ, які працюють із зазначеними категоріями осіб, а також працівників правоохоронних органів.

Для максимального охоплення групи РКС необхідно враховувати репрезентативність вибірки за такими показниками:

- рівень РКС – врахування низькооплачуваних РКС, так званих «трасових», «вокзальних» та високооплачуваних – тих, які працюють у ресторанах, готелях, саунах, нічних клубах і т.п;
- глибина спеціалізації – ті, хто займається комерційним сексом постійно (добуває завдяки секс-бізнесу гроші на прожиття), та ті, для кого комерційний секс – це передусім спосіб добування грошей на наркотики (частіше вживає наркотики, ніж працює як РКС);
- вік – врахування представниць різного віку: від 14 до 40 років;

* В Україні мова йде про жінок комерційного сексу (ЖКС), оскільки група чоловіків, які надають сексуальні послуги за плату, не доступна та не вивчена. Крім того немає доказів щодо її внесу до епідемії.

- досвід користування профілактичними програмами – співвідношення тих, хто користується, і тих, хто не користується послугами різних профілактичних програм.

У випадку моніторингу поведінки СІН важливо враховувати:

- стаж вживання;
- вид наркотику;
- вікові характеристики;
- статевий розподіл;
- досвід користування профілактичними програмами.

У залежності від наявної інформації, для побудови вибірки і РКС, і СІН можна скористатися методом основного масиву, «снігової кулі» або «вибірки, що формується і спрямовується респондентами». При реалізації методу основного масиву можна організувати наскрізне опитування відвідувачів ПОШ або вибіркове – клієнтів шкірно-венерологічного чи наркологічного диспансеру. Важливо дотримуватися вимог до технології відбору респондентів зазначеними методами, забезпечити ретельну реєстрацію опитаних та документування їхніх певних ознак, щоб уникати «подвійного опитування» одних і тих самих осіб.

Вибірка для дослідження чоловіків, що мають секс з чоловіками

Вибіркова сукупність ЧСЧ повинна репрезентувати цільову групу згідно з квотами, яку дають ключові інформанти, а саме:

- вік;
- статева роль (активні/пасивні);
- ідентифікація: ті, що ідентифікують себе з геями; ті, хто не ідентифікує себе з геями, але має контакти тільки з чоловіками, та ті, хто приховує свою орієнтацію, має родину або жінку – сексуальну партнерку, але час від часу має секс з чоловіками;
- участь у профілактичних програмах тощо.

Оскільки генеральна сукупність ЧСЧ не визначена і не описано її внутрішню структуру, доцільно в пілотному дослідженні провести апробацію двох технологій відбору та обрати більш адекватну. Зокрема, треба апробувати метод відбору територіально-часових кластерів, який наближує дослідників до випадкового відбору, та метод «снігової кулі» або «вибірки, що формується та спрямовується респондентами», який є невипадковим, направленим відбором.

Для виконання цього завдання треба розпочати з якісного дослідження, метою якого є з'ясування стратифікації та «етнографії» досліджуваної спільноти, а також поведінкових стратегій, поширених у різних регіональних групах та стратах. До роботи на цьому етапі треба залучити працівників неурядових організацій. Результатом цієї роботи має стати:

- мапа міста, де буде зазначено місця зібрань («тусовок») ЧСЧ (бари, парки, «плешки» тощо);

- опис категорій ЧСЧ, які відвідують ці місця: вік, мета відвідування (комерційний секс чи пошук партнера), регулярність відвідування, матеріальний рівень відвідувачів, їх ідентифікація (чи вважають себе геями, пасивні чи активні), звички (вживання алкоголю, наркотичних речовин);
- оцінка розміру популяції, яка відвідує ці місця регулярно або час від часу;
- часові проміжки (вечір, день, кінець тижня, будні дні, початок чи кінець місяця), коли відвідувачі з'являються.

На базі цієї інформації можна буде виокремити територіально-часові кластери. Їх виокремлення має ключове значення, якщо у різні проміжки часу на точках зібрань з'являються особи з різним рівнем ризикованості поведінки. Таким чином, одна «точка» потрапляє у вибірку кілька разів, якщо в залежності від часу дня, дня тижня та протягом місяця туди приходять представники різних категорій. У залежності від кількості точок визначають кількість опитаних на даній точці.

Якщо можна описати розмір спільнот, що відвідують точку, то можна задати певну квоту для опитування, пропорційну до розміру точки, та крок у відборі. Це буде означати, що будується самозважена вибірка, де ймовірність кожного потрапити до вибірки є пропорційною до розміру точки. Проте якщо такої інформації немає, то можна опитувати всіх на даній точці протягом якогось фіксованого проміжку часу (несамозважена вибірка). Крок необхідно задавати в тих точках, де цільова група є більш або менш статичною (наприклад, у барах з постійною клієнтурою), аби уникнути опитування «активістів».

Щодо ЧСЧ, що ніде не збираються, а домовляються про зустріч через Інтернет або через посередників, то до них можна застосувати методику «снігової кулі» або «вибірки, що будується та спрямовується респондентами». При застосуванні цих методів перший контакт з представниками ЧСЧ здійснюється через ключових інформантів, які ретельно дбираються.

Для опитування можна обрати великі міста, де працюють НУО та існує принаймні якась інформація про спільноту ЧСЧ. Можливо, що ключові інформатори дадуть інформацію про існування місць зустрічей у приміських зонах або у менших містах: це дасть можливість розширити географію пошуку респондентів. Вибірка може складати до 1000 респондентів.

Вибірка для дослідження представників груп-«містків»

Вибірка повинна репрезентувати такі групи:

- працівники сфери розваг і відпочинку;
- трудові мігранти;
- провідники потягів;
- водії-далекобійники;
- клієнти жінок секс-бізнесу.

Належить опитати 400 представників кожної з груп. Оскільки генеральна сукупність не є описаною, то рекомендується обмежити дослідження кількома містами, які є великими транспортними вузлами, або центрами економічного

та рекреаційного життя. Необхідно визначити міста, у яких концентрація груп-містків найбільша та визначити квоту опитування для кожного міста.

У більшості випадків представники груп-містків є досить важкодосяжними, а статистика з внутрішньої структури цих груп практично відсутня. Крім цього, важко дотримуватися принципу випадкового відбору. Тому необхідно застосувати певні механізми рандомізації відбору, а саме відбір максимально більшої кількості точок опитування, обмеження кількості опитаних на одній точці та кількості опитаних одним інтерв'юером (у випадку опитування клієнтів жінок секс-бізнесу). Згідно з рекомендаціями Агенції США з міжнародного розвитку (USAID), Агенції з міжнародного розвитку Великої Британії (DFID) та Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо проведення досліджень особливостей поведінки, чим більша кількість точок спостереження, тим ближче дані до репрезентативних[11].

Виходячи з завдань дослідження, до вибіркової сукупності можуть включатися всі групи-«містки» або тільки окремі групи. Загальний обсяг вибірки має складати понад 1000 осіб (не менш ніж 400 представників кожної групи-містка).

Вибірка для дослідження працівників сфери розваг та відпочинку

До працівників сфери розваг та відпочинку, як правило, відносять працівників ресторанів (офіціантів, барменів, охоронців, прибиральників), казино (круп'є), дискотек, гральних залів, нічних барів та водіїв таксі. Критерієм відбору точок спостереження (ресторанів, барів, стоянок таксі) має бути престижність та розмір точки: відбирають передусім великі, престижні заклади в центрі міста. У кожному закладі опитують не більше трьох осіб. Квоту для опитування водіїв таксі визначають у розмірі приблизно половини цієї групи. Для досягнення квоти обирають 5–6 стоянок таксі, які знаходяться довкола готелів, ресторанів та вокзалів. У кожній точці з числа стоянок таксі інтерв'юери опитують не більше п'яти осіб у віці до 50 років.

Вибірка для дослідження трудових мігрантів

Трудові мігранти є найбільш внутрішньо диференційованою, строкатою групою. З огляду на мету дослідження та організаційні проблеми доцільно із загалу виділити такі групи внутрішніх мігрантів – громадян України:

- мігранти з різних регіонів України, що виконують ремонтні та будівельні роботи у великих містах Центру, Півдня та Сходу України;
- мігранти, що приїздять на сезонні сільськогосподарські роботи до південних областей;

[11] Исследование особенностей поведения. Руководство по проведению периодических исследований в рамках изучения поведения групп населения, подверженных риску инфицирования ВИЧ. – USAID, DFID, WHO, 2004.

- мігранти з різних регіонів України, які працюють на транспортних засобах («маршрутках») у великих містах країни;
- сезонні працівники сфери харчування та послуг у Південному регіоні – вуличні продавці, офіціанти, музиканти тощо.

Окремо слід сказати про трудових мігрантів, які виїздять на сезонні роботи за кордон і також належить до групи ризику інфікування ВІЛ. Досліджень з питань ВІЛ/СНІДу в цій цільові групі в Україні не проводилось. Але ця категорія мігрантів, так само як і внутрішні мігранти, вимагає уваги.

Відбір «респондентів-будівельників» здійснюється методом «репутації». На першому етапі збирають інформацію про місця проведення будівельних робіт у містах.

У кожній ремонтно-будівельній або сільськогосподарській бригаді слід опитувати не більше половини її складу у віці від 15 до 50 років.

Точка опитування трудових мігрантів на Півдні України визначається як один заклад, що належить одному власникові, котрий наймає мігрантів, або як місце роботи, коли немає можливості визначити власника/фірму або ці мігранти є самонайманими. Якщо два прилавки з подібною продукцією розташовані на відстані принаймні 100 метрів один від одного, то їх вважають за дві різні точки. Проте якщо дві розташовані поруч точки належать до різних профілів (наприклад, прилавок з морозивом або сувенірами, вуличний музикант), то їх можна вважати за різні точки. На торговельних та харчових точках Півдня опитують одну особу, там, де працює від 1 до 5 осіб, та 2 особи, де працює від 5 до 10 мігрантів.

Вибірка для дослідження працівників залізничного транспорту (провідники потягів)

На першому етапі відбирають напрями руху потягів. Напрями відбираються за принципом віддаленості маршруту. Насамперед, це потяги, де подорож триває більше 12 годин. Як правило, це потяги, які йдуть в інші країни – у Польщу, Росію Білорусію, та ті, які курсують у межах України – до Сімферополя та Закарпаття. Таких маршрутів у Києві та в інших великих містах України налічується не менше 20. В одному потязі опитують не більше 13 осіб, а в одній бригаді – не більше 7 осіб.

Вибірка для дослідження водіїв-далекобійників

Для створення вибірки спершу складають перелік точок спостереження у кожному з міст, де буде проведено опитування. Це можуть бути внутрішні митниці (товарно-вантажний відділ), великі трасові стоянки, «відстійники» біля великих базарів та автотранспортні підприємства (АТП). У залежності від кількості точок спостереження в місті та їх розміру визначають квотне завдання та крок відбору для кожної точки.

Вибірка для дослідження клієнтів жінок, які займаються секс-бізнесом

Клієнти ЖКС є найменш доступною групою для дослідження. Місця, де їх можна розшукати (готелі, нічні бари, масажні салони), є повністю закритими

для інтерв'юерів або дуже небезпечними для них. Тому до складання вибірки та її реалізаці треба залучати працівників НУО, що працюють з РКС, які можуть забезпечити контакт з респондентами. Ключовим моментом є обмеження кількості респондентів, яких може опитати один інтерв'юер, а саме 5–10 осіб на одного інтерв'юера. Частка опитаних у віці 25–35 років не може перевищувати 60% опитаних, оскільки це відповідає віковому складу цієї групи.

Узгоджуючи дії з працівниками НУО, можна також задати квоти для опитування водіїв-далекобійників та таксистів, питома вага яких коливається в залежності від регіону та розміру населеного пункту.

4.4. ОРГАНІЗАЦІЯ ОПИТУВАННЯ

Від організації дослідження залежить успіх реалізації вибіркової сукупності та досяжність респондентів. Навіть дуже добре складена вибірка не гарантує високоякісного дослідження, якщо на польовому етапі не забезпечити умов конфіденційності та випадкового відбору респондентів. Якщо для проведення опитування необхідна допомога керівників закритих закладів або правоохоронних органів, то до них слід звертатися офіційним шляхом через найвище керівництво. Посадовців можна ознайомити з програмою дослідження, анкетою, але не варто інформувати їх про результати дослідження.

Метод опитування

Беручи до уваги «гострі, особисті» запитання щодо індивідуальної сексуальної поведінки та вживання наркотиків, а також необхідність збереження конфіденційності отриманої інформації, доцільно використовувати комбінований метод опитування респондентів, який поєднує персональне інтерв'ю та самозаповнення анкети респондентом із застосуванням персонального конверта для кожної заповненої анкети. У такому випадку процедура опитування складається з двох етапів:

1 етап – інтерв'ю, коли інтерв'юер зачитує нейтральні запитання та фіксує важливу персональну інформацію про респондента, а також з'ясовує, чи зрозумілою є мова анкети;

2 етап – самозаповнення анкети респондентом, коли інтерв'юер передає респонденту конверт, ручку та анкету і пропонує самостійно заповнити ті запитання, які залишилися. Респондент самостійно заповнює анкету, але в присутності інтерв'юера, який у разі необхідності пояснює запитання та варіанти відповіді. Наприкінці, респондент самостійно кладе анкету до конверта, заклеює його та віддає інтерв'юеру, вкладає у великий конверт/пакет або заклеює в індивідуальний конверт, який не має ніякого маркування та написів.

Проте в залежності від того, з якою цільовою групою проводитиметься опитування, метод можна змінювати: опитувати респондентів методом

інтерв'ю, залишати анкету на самозаповнення або використовувати комбінований підхід.

У разі самозаповнення варіанти відповідей «Не пам'ятаю» та «Немає відповіді» не включаються до запитальника. Їх відмічають тільки тоді, коли респонденти свідомо не дають відповіді на запитання. При проведенні опитування методом інтерв'ю ці варіанти відповідей не зачитуються.

Час та місце проведення опитування

При проведенні поведінкового моніторингу необхідно враховувати особливості життєдіяльності представників цільових груп, наприклад, міграцію, часи «роботи» тощо, а також особливості їх поведінки.

Місце проведення інтерв'ю повинне гарантувати безпеку та конфіденційність і респондентові, і дослідникові. Саме тому краще проводити інтерв'ю у два етапи: спершу знайти зручне місце для опитування, а потім домовитися про зустріч з респондентом і провести інтерв'ю.

При проведенні опитування методом самозаповнення (анкетування), треба забезпечити респондентів ручками та зручним місцем, де б вони могли заповнити анкету самостійно. Слід вжити всіх можливих заходів, щоб виключити втручання начальства організацій або правоохоронних органів у процес проведення опитування та їх доступ до отриманих матеріалів. У разі спроб втручання або присутності сторонніх осіб при проведенні інтерв'ю, якого не вдалося уникнути, треба нотувати такі випадки у спеціальних формах.

Відбір інтерв'юерів

При відборі інтерв'юерів треба приділити особливу увагу їх вікові, статі та настановам щодо цільових груп. Респонденти не повинні відчувати дискомфорт або осуд з боку інтерв'юерів. У разі залучення до опитування працівників НУО треба відслідковувати, чи дотримуються вони правил проведення інтерв'ю та не давати навантаження на одну особу більше ніж 2–3 інтерв'ю.

Підготовка інтерв'юерів

Поведінкові дослідження, спрямовані на виявлення особливостей індивідуальної поведінки, зокрема, сексуальної, потребують ретельної підготовки інтерв'юерів. Тому перед початком дослідження вадливо провести тренінг інтерв'юерів. Основними питаннями, які потрібно розглянути на тренінгу, є:

- відбір респондентів з числа цільових груп, дотримання вибірки дослідження;
- особиста безпека респондента та інтерв'юера;
- основні принципи спілкування – анонімність, конфіденційність, повага до особистості, зацікавленість тощо;
- правила проведення інтерв'ю та заповнення анкет.

4.5. СПЕЦИФІКА ОРГАНІЗАЦІЇ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОВЕДІНКИ СЕРЕД РІЗНИХ ЦІЛЬОВИХ ГРУП

Особливості життєдіяльності цільових груп можуть накласти певні обмеження на реалізацію вибірки та організацію дослідження. Першим таким обмеженням є закритість цільових груп, що може спричинити велику кількість відмов від інтерв'ю та труднощі в пошуку респондентів. Тому необхідно відпрацювати систему заохочень до участі в опитуванні. Можна запланувати маленькі презенти, наприклад, презервативи. У деяких випадках доцільно спробувати телефонне або поштове інтерв'ю.

У випадку, коли респонденти перебувають у режимних установах (тюрми, військові частини, диспансери), їх керівники можуть перешкоджати випадковому відбору респондентів. У тих випадках, коли перешкоди неможливо усунути, треба ретельно занотувати обставини опитування у спеціальній формі («таблиця нестандартних ситуацій»).

Обмеженням вибірки за принципом «снігова куля» є вирогідність подвійного врахування одних і тих самих респондентів.

Найбільш значним обмеженням моніторингу поведінки певних цільових груп є проблема з проведенням контролю за дотриманням вибірки та організації дослідження.

Молодь

Головною особливістю осіб молодого віку як цільової групи є велика рухливість. Опитування краще проводити під час навчального року. Проте при проведенні опитування за місцем проживання респондента навіть у цей час можуть виникнути складнощі з досягненням удома особливо рухливих респондентів. Тому при малій досяжності такої цільової групи доцільно спробувати провести опитування за місцем навчання – в школі, училищі, технікумі, ВНЗ, за місцем відпочинку (дискотека) або роботи.

Якщо умови за місцем проживання не сприяють проведенню опитування (багато інших людей, немає вільної кімнати, заборона з боку родичів тощо), можна застосувати техніку «відкладеного опитування» і домовитися про наступну зустріч у зручному для потенційного респондента місці (офіс кампанії, що проводить опитування, навчальний заклад, клуб, кафе чи бар, затишне місце на вулиці чи в парку тощо).

«Люди в уніформі»

Головним обмеженням досліджень поведінки людей в уніформі є недоступність списків особового складу, що перешкоджає здійсненню випадкового відбору респондентів. У випадку, якщо респондентів для анкетування запрошують військові офіцери (заступники командирів з гуманітарних питань), набираючи їх з числа незайнятих у нарядах і бойовій службі солдатів, треба принаймні дотримуватися певного «кроку» у відборі респондентів.

Розпорядженням Генерального штабу заступники з гуманітарних питань зобов'язуються забезпечити явку солдатів строкової служби, курсантів та офіцерів відповідно до квоти, що її надали соціологи, а також шукати інших респондентів у випадку порушення квоти або відмови респондентів брати участь в опитуванні.

З огляду на терміни призову та розклад занять у військових частинах або підрозділах, підпорядкованих МВС, СБУ і т.д., проводити дослідження доцільно в другій половині листопада або в грудні.

Самозаповнення анкети у присутності інтерв'юера є найбільш доцільним методом для опитування цієї цільової групи.

Опитування офіцерів, скоріш за все, відбуватиметься за відсутності інтерв'юера. Тому заступнику з гуманітарних питань треба пояснити правила заповнення анкети та квот відбору.

Заступники з гуманітарних питань повинні забезпечити невтручання командирів у процес опитування та в результати анкетування.

Засуджені

Головною особливістю цієї групи є закритість пенітенціарної системи. Соціологи із зовнішніх організацій можуть взагалі бути не допущеними до респондентів. У зв'язку із цим необхідно надати чіткі інструкції працівникам соціально-психологічної служби пенітенціарних установ, які можуть провести таке дослідження. Чіткі та ретельні інструкції повинні стосуватися відбору респондентів (квоти, «крок» відбору, дії у разі відмови респондента заповнювати анкету тощо).

РКС та СІН

Опитування РКС та СІН краще проводити методом інтерв'ю. Тільки у випадку повної дієспроможності респондентів можна застосувати комбінований метод – інтерв'ю та самозаповнення.

Через специфічність життєдіяльності цих груп поведінковий моніторинг краще проводити влітку або на початку осені.

До рекрутингу респондентів можна залучати:

- представників неурядових організацій, які реалізують проекти по роботі із цими групами ризику;
- працівників центрів профілактики і боротьби зі СНІДом;
- працівників шкірно-венерологічних диспансерів;
- працівників та волонтерів соціальних служб і консультаційних пунктів тощо.

Чоловіки, які мають секс з чоловіками

ЧСЧ є найбільш закритою групою, тому обмеження в дотриманні вибірки можуть бути значними.

Стосовно цієї групи можна розглянути варіанти телефонного опитування, або самозаповнення анкети в присутності інтерв'юера, через пошту та Інтернет.

Поведінковий моніторинг у цій групі можна проводити влітку або на початку осені.

Перший контакт з представниками ЧСЧ доцільно здійснювати через ключових інформантів.

Ключовими інформантами при відборі респондентів рекомендується залучати:

- представників неурядових організацій, які реалізують проекти по роботі із цією групою ризику;
- працівників центрів профілактики і боротьби зі СНІДом;
- волонтери з числа представників цільової групи, які працюють у неурядових організаціях тощо.

Якщо ЧСЧ перебувають в атмосфері залякування та осуду, до опитування краще залучати інтерв'юерів молодого віку та жінок. Для мотивування до участі в опитуванні необхідно приготувати «подарунки» для респондентів, наприклад, презервативи, лубриканти тощо.

Групи-«містки»

Представників груп-«містків» треба опитувати влітку. Опитування провідників потягів та водіїв-далекобійників краще зосередити в містах, які є великими транспортними розв'язками. З водіями-далекобійниками, трудовими мігрантами та працівниками сфери відпочинку контакт необхідно налагоджувати за місцем праці. Для полегшення проведення дослідження треба заручитися листом-підтримкою від керівництва установи, закладу, фірми тощо, де працюють респонденти.

Провідників опитують наступним чином. Підчас стоянки потягу на вокзалі або у «відстійниках» інтерв'юери налагоджують контакти з начальником потягу на предмет можливості контакту з провідниками – громадянами України. Потім довідуються про кількість бригад на кожному маршруті і відраховують крок відбору респондентів, необхідний для виконання квотного завдання.

5. ІНСТРУМЕНТАРІЙ ПОВЕДІНКОВОГО МОНІТОРИНГУ[12]

Підходи до формування інструментарію поведінкового моніторингу груп з високим рівнем ризику інфікування ВІЛ ґрунтуються на рекомендаціях міжнародних організацій (ЮНЕЙДС, ВООЗ) та базуються на методиці Поведінкових досліджень BSS (Behavioral Surveillance Survey), розробленій Міжнародною організацією охорони здоров'я сім'ї (FHI)[13].

Основні підходи до формування інструментарію поведінкового моніторингу груп з високим ризиком інфікування ВІЛ

Як показує досвід проведення поведінкових досліджень в Україні, для збору даних рекомендується використовувати метод формалізованого (стандартизованого) інтерв'ю. Це дає можливість уникнути втрати важливих даних через неповернення анкет.

Інструментарій – план формалізованого інтерв'ю (анкета) та інструкція інтерв'юеру повинні бути добре розроблені, обов'язково апробовані з метою уникнення незрозумілих питань і відповідей, адаптації варіантів відповідей, «відшліфування» мови анкети тощо.

Анкета повинна бути невеликою за обсягом з метою уникнення збору зайвої інформації, яка забирає багато часу та робить дослідження більш витратним. Однак, в той же час вона повинна містити такі запитання, відповіді на які є метою моніторингу поведінки.

---

[12] При створенні методичних рекомендацій було використано матеріали пілотного проекту з епідеміологічного нагляду другого покоління, проведеного у 2002 р. Українським центром профілактики і боротьби зі СНІДом та Державним інститутом проблем сім'ї та молоді за підтримки Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) та Програми ООН СНІД (ЮНЕЙДС), а також методику досліджень особливостей поведінки (BSS – Behavioral Surveillance Survey), розроблену Міжнародною організацією охорони здоров'я сім'ї (FHI).

[13] Исследования особенностей поведения: Руководство по проведению периодических исследований в рамках изучения поведения групп населения, подверженных риску инфицирования ВИЧ. – Family Health International, 2004. – 382 с.

Анкета не повинна містити громіздких таблиць, занадто складних переходів від одного запитання до іншого, щоб не «лякати» потенційних респондентів. Особливу увагу необхідно звернути на додаткові інструкції для інтерв'юера на полях анкети, при переходах від одного блоку запитань до іншого, щоб полегшити йому завдання.

Структура анкети для моніторингу поведінки має бути логічно побудована та включати обов'язкові запитання для збору даних для підрахунку національних показників оцінки ефективності профілактичних заходів і для нагляду за епідеміологічними факторами ризику тощо.

Структура анкети

Анкета повинна починатися з форми повідомлення про анонімність опитування та про збереження конфіденційності інформації. Доцільно використати підписання респондентом листа-згоди на проведення дослідження.

Незалежно від порядку розміщення запитань, анкета для поведінкового моніторингу обов'язково має містити запитання, які дають змогу зібрати дані за національними показниками моніторингу та оцінки. Ці обов'язкові запитання формулюються відповідно до методології поведінкових досліджень BSS (Behavioral Surveillance Survey).

Структура анкети обов'язково має містити такі компоненти (незалежно від послідовності розташування в анкеті):

1. Запитання щодо соціально-демографічного статусу респондентів (вік, стать, соціально-економічний та освітній статус, стан здоров'я, сімейний стан, для певних цільових груп місце проживання тощо).
2. Запитання щодо рівня знань про ВІЛ/СНІД.
3. Запитання щодо толерантного ставлення до ЛЖВС.
4. Запитання, які стосуються ризикованих щодо ВІЛ поведінкових практик (сексуальна поведінка, ін'єкційні та інші небезпечні практики).
5. Запитання з моніторингу діяльності профілактичних програм, охоплення цільової групи такими програмами.
6. Запитання про охоплення цільової групи медичними програмами.
7. Запитання, які дають змогу оцінити чисельність цільової групи.
8. Запитання щодо проходження добровільного консультування та тестування та ВІЛ-статус.

Якщо використовуватиметься комбінований метод заповнення анкети, важливо щоб в анкеті спочатку були розміщені запитання, які ставить інтерв'юер, а потім усі запитання, відповіді на які заповнюються респондентом самостійно.

Формулювання запитань, які слугують індикаторами для збору даних для розрахунку національних показників, повинні точно відповідати формулюванням, за якими розраховуються показники.

6. РОЗРАХУНКИ НАЦІОНАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ, АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОВЕДІНКИ

6.1. МОЛОДЬ ВІКОМ ВІД 15 ДО 24 РОКІВ ТА ДОРОСЛЕ НАСЕЛЕННЯ

Ключовими показниками моніторингу та оцінки заходів контролю за епідемією в цій цільовій групі Україною було обрано такі:

1. Відсоток молодих людей віком 15–24 роки, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається (старий показник).
2. Відсоток молодих людей віком 15–24 роки, які повідомили про використання презервативів під час статевих контактів із непостійним статевим партнером (старий показник).
3. Відсоток жінок та чоловіків у віці 15–49 років, які мали статеві контакти більш ніж з одним партнером за останні 12 місяців (новий показник)
4. Відсоток жінок та чоловіків віком 15–49 років, у яких було більше одного сексуального партнера протягом останніх 12 місяців і які підтверджують використання презерватива під час останнього статевого контакту (новий показник[14]).
5. Відсоток молоді віком 15–24 роки, які протягом останніх 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ-інфекцію та одержали його результат (старий показник).
6. Відсоток жінок та чоловіків віком від 15 до 49 років, що пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають результати (новий показник[15]).

---

[14] Мониторинг Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом: руководящие принципы разработки ключевых показателей: отчетность за 2008. – UNAIDS. Geneva, Switzerland. – 157 с.

[15] Там само.

7. Відсоток молоді віком 15–24 роки, яких охоплено профілактичними програмами (новий показник). Розраховується в механ показника «Відсоток груп населення, котрим загрожує найвищий ризик і які охоплені програмами профілактики ВІЛ».

Показники № 1, 2 та 5 розраховувалися для національного звіту з виконання положень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом за січень 2003 р. – грудень 2005 р.[16] З метою забезпечення можливості порівняльного аналізу отриманих даних рекомендується і в подальшому розраховувати дані показники за старою методикою.

Згідно з керівними принципами розробки ключових показників, наданих ЮНЕЙДС, до переліку національних показників України у 2008 р. було включено 4 нових показники для даної цільової групи. Слід наголосити, що показники № 3, 4 та 6 охоплюють цільову групу молоді віком від 15 до 24 років у складі більш широкої вікової групи населення, а саме віком від 15 до 49 років. Крім цього, у показнику № 4 змінено формулювання.

Особливості розрахунку показників для молоді і дорослого населення та аналізу отриманих даних

1. Відсоток молодих людей віком 15–24, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається

Даний показник розраховується на базі таких ключових запитань:

Запитання	Варіанти відповідей для всіх запитань
1. Чи можливо знизити ризик передачі ВІЛ, якщо мати статеві контакти лише з одним вірним, неінфікованим партнером? 2. Чи можливо знизити ризик передачі ВІЛ, якщо постійно користуватися презервативом під час сексуальних контактів? 3. Чи може здорова на вигляд людина бути ВІЛ-інфікованою? 4. Чи можна інфікуватися ВІЛ, якщо пити з одної склянки з ВІЛ-інфікованою людиною? 5. Чи можна інфікуватися ВІЛ через користування туалетом, басейном, сауною спільно з ВІЛ-інфікованою людиною?	1. Так 2. Ні 3. Не знаю

Крім того, респондентам можна поставити ще три запитання, а саме:

1. Чи можна заразитися ВІЛ-інфекцією через укус комара?
2. Чи можна інфікуватися ВІЛ через спільне використання ін'єкційного інструментарію з ВІЛ-інфікованою людиною?

[16] Україна: Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Звітний період: січень 2003 р. – грудень 2005 р. – К., 2006.

3. Чи можна інфікуватися ВІЛ, якщо вживати їжу з однієї тарілки з ВІЛ-інфікованою особою?

Зокрема, ці запитання можна включати до інструментарію з метою порівняння результатів дослідження із моніторингами попередніх років, коли ключовий показник знання розраховувався на цих запитаннях.

Розрахунок показника «Відсоток молодих людей віком 15–24, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається» з використанням спеціальної формули:

Чисельник: кількість респондентів віком 15–24 роки, які дали вірні відповіді на всі п'ять запитань.

Знаменник: кількість усіх респондентів віком 15–24 роки, які відповіли на запитання, включаючи відповідь «Не знаю».

Національний показник треба розраховувати окремо для юнаків та дівчат, а також з розбивкою за віковими групами: 15–19 років, 20–24 роки.

Для показника знань, крім зведенного показника за всіма пятьма запитаннями, необхідно розрахувати значення показника по кожному окремому запитанню з використанням одного і того ж самого знаменника.

2. Відсоток молодих людей віком 15–24 роки, які повідомили про використання презервативів під час статевих контактів із непостійним статевим партнером

Показник розраховується для порівняння з показниками попередніх років, використовуючи такі запитання:

Запитання	Варіанти відповідей для всіх запитань
1. Чи мали Ви сексуальні контакти протягом останніх 12 місяців? *Якщо відповідь «Так», то ставиться наступне запитання:* 2. Чи мали Ви сексуальні контакти з нерегулярним (непостійним) статевим партнером (з яким не перебуваєте в шлюбі і не живете спільно) протягом останніх 12 місяців? *Якщо відповідь «Так», то ставиться наступне запитання:* 3. Чи використовували Ви (чи Ваш/а партнер/ка) презерватив під час останнього статевого контакту з нерегулярним (непостійним) партнером/кою?	1. Так 2. Ні 3. Немає відповіді

Формула розрахунку даного показника така:

Чисельник: кількість респондентів віком 15–24 роки, які відповіли, що мали непостійного статевого партнера (з яким не перебувають в шлюбі і не живуть спільно) за останні 12 місяців, та які також указали, що користувалися презервативами під час останнього сексуального контакту із цим партнером.

Знаменник: кількість респондентів (віком 15–24 роки), які відповіли, що мали непостійного статевого партнера (з яким не перебувають в шлюбі і не живуть спільно) за останні 12 місяців.

Даний показник розраховується окремо для юнаків та дівчат з обов'язковою розбивкою на вікові групи 15–19 та 20–24 роки.

Для більш повного аналізу ситуації можна також поставити додаткові запитання щодо:

- віку першого статевого контакту;
- кількості сексуальних партнерів;
- того, хто запропонував використовувати презерватив під час останньоого статевого акту – респондент чи його сексуальний партнер,
- причин невикористання презерватива у тих, хто цього не робив тощо.

3. Відсоток жінок та чоловіків у віці 15-49 років, які мали статеві контакти більш ніж з одним партнером за останні 12 місяців

Для розрахунку даного показника використовують такі запитання:

Запитання	Варіанти відповідей
1. Чи мали Ви сексуальні контакти протягом життя? *Якщо відповідь «Так», то ставиться наступне запитання:*	1. Так 2. Ні 3. Немає відповіді
2. Скільки різних людей були Вашими сексуальними партнерами протягом останніх 12 місяців?	1. Один партнер 2. Більше 1 партнера

Формула розрахунку показника:

Чисельник: кількість респондентів у віці 15–49 років, які мали статеві контакти більш ніж з одним партнером за останні 12 місяців

Знаменник: кількість усіх респондентів у віці 15–49 років

Показник слід представити у відсотках окремо для чоловіків та жінок з розбивкою по вікових групах 15–19, 20–24 та 25–49 років.

4. Відсоток жінок та чоловіків віком 15–49 років, у яких було більше одного сексуального партнера протягом останніх 12 місяців і які підтверджують використання презерватива під час останнього статевого контакту

Для розрахунку даного показника використовують такі запитання:

Запитання	Варіанти відповідей
1. Чи мали Ви сексуальні контакти протягом життя? *Якщо відповідь «Так», то ставиться наступне запитання:*	1. Так 2. Ні 3. Немає відповіді

Продовження таблиці

Запитання	Варіанти відповідей
2. Скільки різних людей були Вашими сексуальними партнерами протягом останніх 12 місяців? *Якщо відповідь «Більше одного», то ставиться наступне запитання:*	1. Один партнер 2. Більше 1 партнера
3. Чи використовували Ви чи Ваш партнер/ка презерватив під час останнього статевого контакту?	1. Так 2. Ні 3. Не пам'ятаю 4. Немає відповіді

Формула розрахунку показника:

Чисельник: кількість респондентів віком 15–49 років, які відповіли, що мали більше одного сексуального партнера за останні 12 місяців та які також вказали, що користувалися презервативами під час останнього сексуального контакту.

Знаменник: кількість респондентів віком 15–49 років, які відповіли, що мали більше одного сексуального партнера за останні 12 місяців.

Показник розраховується окремо для юнаків та дівчат з обов'язковою розбивкою на вікові групи 15–19, 20–24 та 25–49 років.

Для більш повного аналізу ситуації ставляться додаткові запитання щодо:

- віку першого статевого контакту;
- видів та кількості сексуальних партнерів (непостійні, випадкові тощо);
- того, хто запропонував використовувати презерватив під час останнього статевого акту – респондент чи його сексуальний партнер;
- причин невикористання презерватива у тих, хто цього не робив;
- вживання наркотиків та алкоголю як факторів, що знижують контроль під час сексуальних контактах тощо.

5. Відсоток молоді віком 15–24 роки, які протягом останніх 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ-інфекцію та одержали його результат

Показник розраховується для порівняння з показниками попередніх років, використовуючи такі запитання:

Запитання	Варіанти відповідей для всіх запитань
1. Я не запитую Вас про результат, але чи проходили Ви тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців? *Якщо відповідь «Так», то ставиться наступне запитання:* 2. Я не запитую Вас про результат, але чи отримали Ви результат тесту?	1. Так 2. Ні 3. Немає відповіді

Формула розрахунку:

Чисельник: кількість молоді віком 15–24 роки, які пройшли тестування на ВІЛ за останні 12 місяців та отримали його результат.

Знаменник: кількість усіх респондентів віком 15–24 роки, що увійшли до вибірки.

Показник розраховується окремо для юнаків та дівчат з розбивкою на вікові групи 15–19 та 20–24 роки.

Щоб аналіз був більш глибоким, можна поставити додаткове запитання щодо того:

- чому саме не отримали результат тестування (для тих, хто його не отримав);
- з якого приводу проходили тестування (вагітність, медичні показання, особиста ініціатива тощо);
- де саме проходили тестування тощо.

6. Відсоток жінок та чоловіків віком від 15 до 49 років, що пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають його результат

Показник розраховується на базі таких запитань:

Запитання	Варіанти відповідей для всіх запитань
1. Я не запитую Вас про результат, але чи проходили Ви тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців? *Якщо відповідь «Так», то ставиться наступне запитання:* 2. Я не запитую Вас про результат тестування, але чи отримали Ви його?	1. Так 2. Ні 3. Немає відповіді

Формула розрахунку даного показника:

Чисельник: кількість респондентів віком 15–49 років, які пройшли тестування на ВІЛ за останні 12 місяців та отримали його результат.

Знаменник: кількість усіх респондентів віком 15–49 років, які увійшли до вибірки.

Показник розраховується окремо для чоловіків та жінок з розбивкою на вікові групи 15–19, 20–24 та 25–49 років.

Для більш глибокого аналізу можна поставити додаткові запитання щодо того:

- чому саме не отримали результат тестування (для тих, хто його не отримав);
- з якого приводу проходили тестування (вагітність, медичні показання, особиста ініціатива тощо);
- де саме проходили тестування тощо.

7. ***Відсоток молоді віком 15–24 роки, охопленої профілактичними програмами*** *(Розраховується в межах показника «Відсоток груп населення, котрим загрожує найвищий ризик і які охоплені програмами профілактики ВІЛ»)*.

Для розрахунку даного показника респондентам ставляться такі запитання:

Запитання	Варіанти відповідей для всіх запитань
1. Чи знаєте Ви, куди слід звертатися, якщо хочете пройти тест на ВІЛ?	
2. Чи отримували Ви за останні 12 місяців презерватив (наприклад, через інформаційно-просвітницькі програми або проекти, консультаційні центри, клініки, дружні до молоді, центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, під час акцій тощо)?	1. Так 2. Ні 3. Немає відповіді

Формула розрахунку даного показника:

Чисельник: кількість респондентів віком 15–24 роки, які ствердно відповіли (дали відповідь «Так») на обидва запитання.

Знаменник: кількість усіх респондентів віком 15–49 років, які увійшли до вибірки.

Національний показник треба розраховувати окремо для юнаків та дівчат, а також з розбивкою за віковими групами: 15–19 років, 20–24 роки.

Крім значення зведенного показника необхідно розрахувати значення показника по кожному окремому запитанню з використанням одного і того ж знаменника.

Для поглибленного аналізу можна поставити додаткові запитання щодо того:

- які саме установи та організації, де можна зробити тест на ВІЛ знає респондент;
- в яких саме організаціях, установах респондент отримав презерватив тощо.

Незважаючи на той факт, що в Україні молодь у віці 15–24 визнана групою, якій загрожує найвищий ризик інфікування ВІЛ, більш релевантними будуть показники, розраховані за відповідями респондентів, які почали статеве життя, за такою формулою:

Чисельник: особи у віці 15–24 роки, які почали статеве життя та мають більше 1 сексуального партнера або мали випадкового статевого партнера, знають, де пройти тестування на ВІЛ та отримували презерватив.

Знаменник: особи у віці 15–24 роки, які почали статеве життя та мають більше 1 сексуального партнера або мали випадкового статевого партнера.

Окрім загальних видів аналізу, стосовно молоді та дорослого населення рекомендується здійснити такі кроки:

1. З метою порівняння результатів дослідження, а також розробки, корекції профілактичних втручань проаналізувати зв'язок між такими ознаками:
   - поінформованістю про ВІЛ/СНІД, шляхи попередження інфікування та основними формами ризикованої щодо ВІЛ-інфікування поведінки (вживання ін'єкційних наркотиків, спільне користування ін'єкційним інструментарієм, невикористання презервативу під час статевих контактів тощо);
   - результатами тестування на ВІЛ та основними формами ризикованої щодо ВІЛ-інфікування поведінки (вживання ін'єкційних наркотиків, спільне користування ін'єкційним інструментарієм, невикористання презервативу під час статевих контактів тощо);
   - результатами тестування на ВІЛ та поінформованістю про ВІЛ/СНІД, шляхи попередження інфікування.
2. Визначити, які показники є значимими для інтерпретації поведінки. Особливу увагу важливо приділити статі, місцю проживання (регіон та розмір населеного пункту), виду зайнятості (тип навчального закладу, наявності та виду роботи) тощо.
3. Визначити групи, які можуть розглядатися як групи-«містки», їх розмір та структурні характеристики. Порівняти рівень знань, показники ставлення та поведінкові моделі таких груп з молоддю в цілому та наявними даними щодо груп ризику.
4. Визначити динаміку віку початку сексуального життя та його залежність від місця проживання (регіону та розміру населеного пункту), виду зайнятості та освіти.
5. Проаналізувати причини відмови від використання презерватива.
6. Визначити додаткові види ризику, такі як використання нестерильного інструментарію при татуюванні або пірсінгу тощо.

6.2. СПОЖИВАЧІ ІН'ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ

Ключовими показниками моніторингу та оцінки заходів контролю за епідемією в цій цільовій групі Україною було обрано такі:

1. Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається.
2. Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які протягом останніх 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ-інфекцію та одержали його результат (новий показник).
3. Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, яких охоплено профілактичними програмами (новий показник).
4. Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про використання стерильних ін'єкційних матеріалів під час останньої ін'єкції (новий показник).

5. Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про використання презерватива під час останнього статевого контакту (новий показник).

1. Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається

Даний показник розраховується на базі таких ключових запитань:

Запитання	Варіанти відповідей для всіх запитань
1. Чи можливо знизити ризик передачі ВІЛ, якщо мати статеві контакти лише з одним вірним неінфікованим партнером? 2. Чи можливо знизити ризик передачі ВІЛ, якщо постійно користуватися презервативом під час сексуальних контактів? 3. Чи може здорова на вигляд людина бути ВІЛ-інфікованою? 4. Чи можна інфікуватися ВІЛ, якщо пити з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною? 5. Чи можна інфікуватися ВІЛ через користування туалетом, басейном, сауною спільно з ВІЛ-інфікованою людиною? 6. Чи можна інфікуватися ВІЛ через спільне використання ін'єкційного інструментарію з ВІЛ-інфікованою людиною?	1. Так 2. Ні 3. Не знаю

Крім того, респондентам можна постати ще два запитання, а саме:

1. Чи можна заразитися ВІЛ-інфекцією через укус комара?
2. Чи можна інфікуватися ВІЛ, якщо вживати їжу з однієї тарілки з ВІЛ-інфікованою особою?

Зокрема, ці запитання можна включати в інструментарій з метою порівняння результатів дослідження з моніторингами попередніх років, коли ключовий показник знання розраховувався на базі цих питань.

Розрахунок показника «Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається» здійснюється з використанням такої формули:

Чисельник: кількість споживачів ін'єкційних наркотиків, які дали вірні відповіді на всі шість запитань.

Знаменник: кількість усіх споживачів ін'єкційних наркотиків, які відповіли на запитання, включаючи відповідь «Не знаю».

Національний показник треба розраховувати окремо для чоловіків та жінок, а також з розбивкою за віковими групами: 15-19, 20-24, 25+ років.

Для показника знань, крім зведенного показника за всіма запитаннями, необхідно розрахувати значення показника по кожному окремому запитанню з використанням одного і того ж самого знаменника.

2. Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які протягом останніх 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ-інфекцію та одержали його результат

Показник розраховується на базі таких запитань:

Запитання	Варіанти відповідей для всіх запитань
1. Я не запитую Вас про результат, але чи проходили Ви тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців? *Якщо відповідь «Так», то ставиться наступне запитання:* 2. Я не запитую Вас про результат тестування, але чи отримали Ви його?	1. Так 2. Ні 3. Немає відповіді

Формула розрахунку даного показника:

Чисельник: кількість споживачів ін'єкційних наркотиків, які пройшли тестування на ВІЛ за останні 12 місяців та отримали його результат.

Знаменник: кількість усіх споживачів ін'єкційних наркотиків, які увійшли до вибірки.

Показник надається окремо для чоловіків та жінок з розбивкою на вікові групи: 15-19, 20-24, 25+ років.

Для більш глибокого аналізу можна поставити додаткові запитання:

- чому саме не отримали результат тестування (для тих, хто його не отримав);
- з якого приводу проходили тестування (вагітність, медичні показання, особиста ініціатива тощо);
- де саме проходили тестування тощо.

3. Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, яких охоплено профілактичними програмами

Для розрахунку даного показника респондентам ставляться такі запитання:

Запитання	Варіанти відповідей для всіх запитань
1. Чи знаєте Ви, куди слід звертатися, якщо хочете пройти тест на ВІЛ? 2. Чи отримували Ви за останні 12 місяців презерватив (наприклад, через інформаційно-просвітницькі програми або проекти, пункти обміну шприців, консультаційні центри, центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, під час акцій тощо)? 3. Чи видавали Вам за останні 12 місяців стерильні голки і шприци (наприклад, працівники або волонтери інформаційно-просвітницьких програм або проектів, пункту обміну шприців тощо)?	1. Так 2. Ні 3. Немає відповіді

Формула розрахунку даного показника така:

Чисельник: кількість споживачів ін'єкційних наркотиків, які ствердно відповіли (дали відповідь «Так») на всі три запитання.

Знаменник: кількість усіх СІН, які увійшли до вибірки.

Національний показник треба розраховувати окремо для чоловіків та жінок, а також з розбивкою за віковими групами: 15-19, 20-24, 25+ років.

Крім значення зведенного показника, необхідно розрахувати значення показника по кожному окремому запитанню з використанням одного і того ж самого знаменника.

Для поглибленного аналізу можна ставити додаткові запитання:

- які саме установи та організації, де можна зробити тест на ВІЛ, знає респондент;
- в яких саме організаціях, установах респондент отримував презерватив;
- в яких саме організаціях, установах респондент отримував стерильні голки та шприци тощо.

4. Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про використання стерильних ін'єкційних матеріалів під час останньої ін'єкції

Для розрахунку даного показника респондентам ставляться такі запитання:

Запитання	Варіанти відповідей для всіх запитань
1. Чи вживали Ви ін'єкційні наркотики протягом останнього місяця? *Якщо відповідь «Так», то ставиться наступне запитання:* 2. Чи використовували Ви стерильну голку та шприц під час останнього вживання ін'єкційних наркотиків?	1. Так 2. Ні 3. Немає відповіді 4. Не пам'ятаю

Формула розрахунку даного показника така:

Чисельник: кількість СІН, які вказали, що вони використовували стерильний інструментарій під час останнього вживання ін'єкційних наркотиків.

Знаменник: кількість усіх СІН, які вказали, що вони вживали ін'єкційні наркотики протягом останнього місяця.

Розрахунок показника здійснюється з розбивкою за статтю та віком респондентів: 15-19, 20-24, 25+ років.

Для поглибленого аналізу слід включити додаткові запитання щодо усвідомлення ризику інфікування через використання «брудного» інструментарію, практик очищення ін'єкційного інструментарію тощо.

5. Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про використання презервативу під час останнього статевого контакту

Показник розраховується на базі таких запитань:

Запитання	Варіанти відповідей для всіх запитань
1. Чи вживали Ви ін'єкційні наркотики протягом останнього місяця? *Якщо відповідь «Так», то задається наступне запитання:* 2. Чи мали Ви сексуальні контакти протягом останнього місяця? *Якщо відповідь на запитання 1 та 2 «Так», то ставиться наступне запитання:* 3. Чи використовували Ви презерватив під час останнього сексуального контакту?	1. Так 2. Ні 3. Немає відповіді

Формула розрахунку даного показника така:

Чисельник: кількість СІН, які вказали, що вони використовували презерватив під час останнього сексуального контакту.

Знаменник: кількість усіх СІН, які вказали, що вони мали сексуальні контакти протягом останнього місяця.

Розрахунок показника здійснюється з розбивкою за статтю та віком респондентів: 15–19, 20–24 та 25+ років.

Крім перелічених вище, ми пропонуємо розраховувати ще й такі показники, як **Відсоток СІН, які протягом останніх 30 днів завжди використовували презерватив під час статевих контактів** та **Відсоток СІН, які повідомили, що протягом останніх 30 днів завжди використовували стерильний ін'єкційний інструментарій.** Сьогодні вони не входять до Переліку національних показників моніторингу й оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль за станом епідемії ВІЛ-інфекції/Сніду, затверджених наказом МОЗ України № 280 від 17.05.2006 (у редакції наказу МОЗ України від 28.12.2007 № 870), проте він є важливим для розуміння тенденцій у поведінці представників даної групи*.

6. Відсоток СІН, які повідомили, що протягом останніх 30 днів завжди використовували стерильний ін'єкційний інструментарій

Для розрахунку даного показника респондентам ставляться такі запитання:

Запитання	Варіанти відповідей
1. Чи використовували Ви новий/стерильний шприц/голку під час кожного вживання наркотику протягом останніх 30 днів?	1. Так — 1.1. Подумайте ще раз про події останніх 30 днів. Чи був випадок, коли Ви НЕ використовували новий/стерильний шприц/голку? 1. Використовував/ла нові/стерильні шприц або голку кожного разу 2. Був випадок, коли не використовував/ла 2. Ні 3. Не пам'ятаю (*не зачитувати*) 4. Немає відповіді (*не зачитувати*)
2. Чи було за останні 30 днів, щоб Ви робили ін'єкцію зі шприца, яким до цього зробила ін'єкцію інша людина?	1. Так — 2.1. Подумайте ще раз про події останніх 30 днів. Чи був випадок, коли Ви вводили наркотик зі шприца, яким перед Вами користувалася інша людина? 1. Ні, не було такого 2. Був випадок, коли використовував/ла шприц, яким перед тим вводила наркотик інша людина 2. Ні 3. Не пам'ятаю (*не зачитувати*) 4. Немає відповіді (*не зачитувати*)

* Нові показники були запропоновані Балакірєвою О.М. і Бочковою Л.В. та представлені на засіданні робочої групи з моніторингу та оцінки 13-15 серпня 2008 року в смт. Глєбовка (Київська область).

Чисельник: кількість СІН, які вказали, що вони використовували новий/стерильний шприц/голку під час кожної ін'єкції протягом останніх 30 днів, а також ті, хто зазначили, що за останні 30 днів НЕ було такого випадку, коли вони робили ін'єкцію зі шприца, яким до цього зробила ін'єкцію інша людина (Відповіді «так» на питання 1 та 1.1., та відповідь «ні» на питання 2 та 2.1.).

Знаменник: кількість СІН, які вказали, що вони мали сексуальні контакти протягом останніх 30 днів.

7. Відсоток СІН, які протягом останніх 30 днів завжди використовували презерватив під час статевих контактів

Для розрахунку даного показника респондентам ставляться такі запитання:

Запитання	Варіанти відповідей	
1. Чи мали Ви сексуальні контакти протягом останніх 30 днів?	1.Так 2. Ні	
2. Як часто, за останні 30 днів, Ви використовували презерватив під час сексуальних контактів?	1. Завжди (100%) 4. У більшості разів (75%) 5. У половині випадків (50%) 6. Іноді (25%) 7. Рідко (менше 10%) Ніколи	2.1. Подумайте ще раз про події останніх 30 днів. Чи був випадок, коли Ви НЕ використовували презерватив під час сексуального контакту? 1. Використовував/ла презерватив кожного разу 2. Був випадок, коли не використовував/ла

Чисельник: кількість СІН, які вказали, що вони мали сексуальні протягом останніх 30 днів та завжди використовували презерватив під час сексуальних контактів. (Відповіді «так» на питання 1, «завжди» на питання 2, та відповідь «використовував/ла презерватив кожного разу» на питання 2.1.

Знаменник: кількість СІН, які вказали, що вони мали сексуальні контакти протягом останніх 30 днів.

Для врахування епідеміологічних факторів ризику необхідно включити також додаткові запитання щодо сексуальних контактів за плату, видів та кількості сексуальних партнерів (регулярні, постійні, комерційні), частоти контактів з ними тощо.

Аналіз результатів дослідження СІН, крім розрахунку та інтерпретації ключових показників, повинен стосуватися і таких основних питань, як:

- зв'язок між поінформованістю про ВІЛ/СНІД, шляхи попередження інфікування та основними формами ризикованої щодо ВІЛ-інфікування поведінки (вживання ін'єкційних наркотиків, спільне користування ін'єкційним

інструментарієм, невикористання презерватива під час статевих контактів тощо);

- зв'язок між результатами тестування на ВІЛ та основними формами ризикованої щодо ВІЛ-інфікування поведінки (вживання ін'єкційних наркотиків, спільне користування ін'єкційним інструментарієм, невикористання презервативу під час статевих контактів тощо);
- зв'язок між результатами тестування на ВІЛ та поінформованістю про ВІЛ/СНІД, шляхи попередження інфікування;
- визначення основних показників є важливими для інтерпретації поведінки СІН. Особливу увагу важливо приділити статі, віку, стажу вживання наркотиків тощо;
- виявлення та опис основних причин відмови від використання презерватива;
- визначення додаткових видів ризику, наприклад, надання сексуальних послуг за плату тощо.

6.3. РОБІТНИКИ КОМЕРЦІЙНОГО СЕКСУ*

Ключовими показниками моніторингу та оцінки заходів контролю за епідемією в цій цільовій групі Україною було обрано такії:

1. Відсоток ЖКС, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається.
2. Відсоток ЖКС, які протягом останніх 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ-інфекцію та одержали його результат (новий показник).
3. Відсоток ЖКС, яких охоплено профілактичними програмами (новий показник).
4. Відсоток ЖКС, які протягом останніх 12 місяців надавали сексуальні послуги за плату та повідомили про використання презервативу під час останнього платного статевого контакту. (новий показник).

1. Відсоток ЖКС, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається

Даний показник розраховується на базі таких ключових запитань:

Запитання	Варіанти відповідей для всіх запитань
1. Чи можливо знизити ризик передачі ВІЛ, якщо мати статеві контакти лише з одним вірним неінфікованим партнером? 2. Чи можливо знизити ризик передачі ВІЛ, якщо постійно користуватися презервативом під час сексуальних контактів? 3. Чи може здорова на вигляд людина бути ВІЛ-інфікованою? 4. Чи можна інфікуватися ВІЛ, якщо пити з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною? 5. Чи можна інфікуватися ВІЛ через користування туалетом, басейном, сауною спільно з ВІЛ-інфікованою людиною?	1. Так 2. Ні 3. Не знаю

* В Україні мова йде про жінок комерційного сексу (ЖКС), оскільки група чоловіків, які надають сексуальні послуги за плату, не доступна та не вивчена. Крім того немає доказів щодо її внесу до епідемії.

Крім того, респондентам можна поставити ще три запитання, а саме:

1. Чи можна заразитися ВІЛ-інфекцією через укус комара?
2. Чи можна інфікуватися ВІЛ через спільне використання ін'єкційного інструментарію з ВІЛ-інфікованою людиною?
3. Чи можна інфікуватися ВІЛ, якщо вживати їжу з однієї тарілки з ВІЛ-інфікованою особою?

Зокрема, ці запитання можна включати в інструментарій з метою порівняння результатів дослідження з моніторингами попередніх років, коли ключовий показник знання розраховувався на базі цих запитань.

Розрахунок показника «Відсоток ЖКС, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається» здійснюється однаково з використанням спеціальної формули:

Чисельник: кількість ЖЖКС, які дали вірні відповіді на всі п'ять запитань.

Знаменник: кількість усіх ЖКС, які відповіли на запитання, включаючи відповідь «Не знаю».

Національний показник треба розраховувати з розбивкою за віковими групами: 15–19, 20–24 та 25+ років.

Для показника знань, крім зведеного показника за всіма запитаннями, необхідно розрахувати значення показника по кожному окремому запитанню з використанням одного і того ж самого знаменника.

2. Відсоток ЖКС, які протягом останніх 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ-інфекцію та одержали його результат

Показник розраховується на базі таких запитань:

Запитання	Варіанти відповідей для всіх запитань
1. Я не запитую Вас про результат, але чи проходили ви тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців? *Якщо відповідь «Так», то ставиться наступне запитання:* 2. Я не запитую Вас про результат тестування, але чи отримали Ви його?	1. Так 2. Ні 3. Немає відповіді

Формула розрахунку даного показника:

Чисельник: кількість ЖКС, які пройшли тестування на ВІЛ за останні 12 місяців та отримали його результат.

Знаменник: кількість усіх ЖКС, які увійшли до вибірки.

Показник надається з розбивкою на вікові групи: 15–19, 20–24 та 25+ років.

Для поглибленого аналізу можна поставити додаткові запитання щодо того:

- чому саме не отримали результат тестування (для тих, хто його не отримав);
- з якого приводу проходили тестування (вагітність, медичні показання, особиста ініціатива тощо);
- де саме проходили тестування тощо.

3. Відсоток ЖКС, яких охоплено профілактичними програмами

Для розрахунку даного показника респондентам ставляться такі запитання:

Запитання	Варіанти відповідей для всіх запитань
1. Чи знаєте Ви куди слід звертатися, якщо хочете пройти тест на ВІЛ? 2. Чи отримували Ви за останні 12 місяців презерватив (наприклад, через інформаційно-просвітницькі програми або проекти, пункти обміну шприців, консультаційні центри, центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, під час акцій тощо)?	1. Так 2. Ні 3. Немає відповіді

Формула розрахунку даного показника наступна:

Чисельник: кількість ЖКС, які ствердно відповіли (дали відповідь «Так») на обидва запитання.

Знаменник: кількість усіх ЖКС, які увійшли до вибірки.

Національний показник треба розраховувати з розбивкою за віковими групами: 15–19, 20–24 та 25+ років.

Крім значення зведеного показника, необхідно розрахувати значення показника по кожному окремому запитанню з використанням одного знаменника.

Для поглибленого аналізу можна ставити додаткові запитання щодо того:

- які саме установи та організації, де можна зробити тест на ВІЛ знає респондент;
- в яких саме організаціях, установах респондент отримав презерватив.

4. Відсоток ЖКС, які протягом останніх 12 місяців надавали сексуальні послуги за плату та повідомили про використання презерватива під час останнього платного статевого контакту

Показник розраховується на базі таких запитань:

Запитання	Варіанти відповідей для всіх запитань
1. Чи надавали Ви сексуальні послуги за плату протягом останніх 12 місяців? *Якщо «Так», то ставиться наступне запитання:* 2. Чи використовували Ви презерватив під час сексуального контакту з Вашим останнім клієнтом?	1. Так 2. Ні 3. Немає відповіді

Формула розрахунку даного показника:

Чисельник: кількість ЖКС, які вказали, що вони використовували презерватив під час сексуального контакту з останнім клієнтом протягом останніх 12 місяців

Знаменник: кількість усіх ЖКС, які вказали, що вони надавали сексуальні послуги за плату протягом останніх 12 місяців.

Крім перелічених вище, ми пропонуємо розраховувати ще й такий показник, як **Відсоток осіб серед опитаних, які протягом останніх 12 місяців надавали сексуальні послуги за плату, та протягом останніх 30 днів завжди використовували презерватив під час статевих контактів з клієнтом.** Наразі він не входить до Переліку національних показників моніторингу й оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль за станом епідемії ВІЛ-інфекції/Сніду, затверджених наказом МОЗ України № 280 від 17.05.2006 (у редакції наказу МОЗ України від 28.12.2007 № 870), проте він є важливим для розуміння тенденцій у поведінці представників даної групи.

5. Відсоток осіб серед опитаних, які протягом останніх 12 місяців надавали сексуальні послуги за плату, та протягом останніх 30 днів завжди використовували презерватив під час статевих контактів з клієнтом

Для розрахунку даного показника респондентам ставляться такі запитання:

Запитання	Варіанти відповідей	
1. Чи мали Ви сексуальні контакти із клієнтами протягом останніх 30 днів?	1.Так 2. Ні	
2. Як часто, за останні 30 днів, Ви використовували презерватив під час сексу із клієнтами?	1. Завжди (100%) 4. У більшості разів (75%) 5. У половині випадків (50%) 6. Іноді (25%) 7. Рідко (менше 10%) Ніколи	2.1. Подумайте ще раз про події останніх 30 днів. Чи був випадок, коли Ви НЕ використовували презерватив з клієнтом? 1. Використовувала презерватив кожного разу 2. Був випадок, коли не використовувала

Чисельник: кількість ЖКС, які вказали, що вони мали сексуальні контакти з клієнтами протягом останніх 30 днів та завжди використовували презерватив під час сексуальних контактів з клієнтами. (Відповіді «так» на питання 1, «завжди» на питання 2 та відповідь «використовувала презерватив кожного разу» на питання 2.1.).

Знаменник: кількість ЖКС, які вказали, що вони мали сексуальні контакти з клієнтами протягом останніх 30 днів.

Розрахунок показника здійснюється з розбивкою за віком респондентів: 15–19, 20–24 та 25+ років.

Для поглибленого аналізу можна поставити додаткові запитання, які дадуть можливість оцінити:

- середню кількість клієнтів ЖКС за добу або робочий тиждень;
- кількість зґвалтувань або ризик ймовірного зґвалтування;
- вплив вживання наркотичних речовин та алкоголю на ризиковану поведінку тощо.

Так само як і в дослідженні поведінки СІН, аналіз результатів дослідження поведінки ЖКС, крім розрахунку та інтерпретації ключових показників, повинен стосуватися і таких основних питань, як:

- зв'язок між поінформованістю ЖКС про ВІЛ/СНІД, шляхи попередження інфікування та основними формами ризикованої щодо ВІЛ-інфікування поведінки (вживання ін'єкційних наркотиків, спільне користування ін'єкційним інструментарієм, використання презерватива під час статевих контактів тощо);
- зв'язок між результатами тестування ЖКС на ВІЛ та основними формами ризикованої щодо ВІЛ-інфікування поведінки (вживання ін'єкційних наркотиків, спільне користування ін'єкційним інструментарієм, використання презерватива під час статевих контактів тощо);
- зв'язок між результатами тестування на ВІЛ та поінформованістю про ВІЛ/СНІД, шляхи попередження інфікування;
- визначення основних показників, які є важливими для інтерпретації поведінки ЖКС;
- виявлення та опис основних причин відмови ЖКС від використання презерватива.

6.4. ЧОЛОВІКИ, ЩО МАЮТЬ СЕКС З ЧОЛОВІКАМИ

Ключовими показниками для цієї цільової групи Україною було обрано такі:

1. Відсоток ЧСЧ, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається.
2. Відсоток ЧСЧ, які протягом останніх 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ-інфекцію та одержали його результат (новий показник).
3. Відсоток ЧСЧ, яких охоплено профілактичними програмами (новий показник).
4. Відсоток ЧСЧ, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту з партнером-чоловіком (новий показник).

1. Відсоток ЧСЧ, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається

Даний показник розраховується на базі наступних ключових запитань:

Запитання	Варіанти відповідей для всіх запитань
1. Чи можливо знизити ризик передачі ВІЛ, якщо мати статеві контакти лише з одним вірним, неінфікованим партнером? 2. Чи можливо знизити ризик передачі ВІЛ, якщо постійно користуватися презервативом під час сексуальних контактів? 3. Чи може здорова на вигляд людина бути ВІЛ-інфікованою? 4. Чи можна інфікуватися ВІЛ, якщо пити з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною? 5. Чи можна інфікуватися ВІЛ через спільне використання туалету, басейну, сауни з ВІЛ-інфікованою людиною?	1. Так 2. Ні 3. Не знаю

Крім того, респондентам можна поставити ще три запитання, а саме:

1. Чи можна заразитися ВІЛ-інфекцією через укус комара?
2. Чи можна інфікуватися ВІЛ через спільне використання ін'єкційного інструментарію з ВІЛ-інфікованою людиною?
3. Чи можна інфікуватися ВІЛ, якщо вживати їжу з однієї тарілки з ВІЛ-інфікованою особою?

Зокрема, ці запитання можна включати в інструментарій з метою порівняння результатів дослідження із моніторингами попередніх років, коли ключовий показник знання розраховувався на базі цих запитань.

Розрахунок показника «Відсоток ЧСЧ, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається» здійснюється з використанням спеціальної формули:

Чисельник: кількість ЧСЧ, які дали вірні відповіді на всі шість запитань.

Знаменник: кількість усіх ЧСЧ, які відповіли на запитання, включаючи відповідь «Не знаю».

Національний показник треба розраховувати з розбивкою за віковими групами: 15–19, 20–24 та 25+ років.

Для показника знань, крім зведеного показника за всіма запитаннями, необхідно розрахувати значення показника по кожному окремому запитанню з використанням одного і того ж самого знаменника.

2. Відсоток ЧСЧ, які протягом останніх 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ-інфекцію та одержали його результат

Показник розраховується на базі таких запитань:

Запитання	Варіанти відповідей для всіх запитань
1. Я не запитую Вас про результат, але чи проходили Ви тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців? *Якщо відповідь «Так», то ставиться наступне запитання:* 2. Я не запитую Вас про результат тестування, але чи отримали Ви його?	1. Так 2. Ні 3. Немає відповіді

Формула розрахунку даного показника наступна:

Чисельник: кількість ЧСЧ, які пройшли тестування на ВІЛ за останні 12 місяців та отримали його результат.

Знаменник: кількість усіх ЧСЧ, які увійшли до вибірки.

Показник надається з розбивкою на вікові групи: 15–19, 20–24 та 25+ років.

Для поглибленого аналізу можна поставити додаткові запитання щодо того:

- чому саме не отримали результат тестування (для тих, хто його не отримав);
- з якого приводу проходили тестування (вагітність, медичні показання, особиста ініціатива тощо);
- де саме проходили тестування тощо.

3. Відсоток ЧСЧ, яких охоплено профілактичними програмами

Для розрахунку даного показника респондентам ставляться такі запитання:

Запитання	Варіанти відповідей для всіх запитань
1. Чи знаєте Ви куди слід звертатися, якщо хочете пройти тест на ВІЛ? 2. Чи отримували Ви за останні 12 місяців презервативи (наприклад, через інформаційно-просвітницькі програми або проекти, пункти обміну шприців, консультаційні центри, центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, під час акцій тощо)?	1. Так 2. Ні 3. Немає відповіді

Формула розрахунку даного показника така:

Чисельник: кількість ЧСЧ, які ствердно відповіли (дали відповідь «Так») на обидва запитання.

Знаменник: кількість усіх ЧСЧ, які увійшли до вибірки.

Національний показник треба розраховувати з розбивкою за віковими групами: 15–19, 20–24 та 25+ років.

Крім значення зведеного показника, необхідно розрахувати значення показника по кожному окремому запитанню з використанням одного і того ж самого знаменника.

Для поглибленого аналізу можна ставити додаткові запитання щодо того:

- які саме установи та організації, де можна зробити тест на ВІЛ знає респондент,
- в яких саме організаціях, установах респондент отримував презервативи.

4. Відсоток ЧСЧ, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту з партнером-чоловіком

Показник розраховується на базі таких запитань:

Запитання	Варіанти відповідей для всіх запитань
1. Чи мали Ви протягом останніх 6 місяців сексуальні контакти з партнером-чоловіком? *Якщо «Так», то ставиться наступне запитання:* 2. Чи був у Вас протягом останніх 6 місяців анальний сексуальний контакт з партнером-чоловіком? *Якщо «Так», то ставиться наступне запитання:* 3. Чи використовували Ви презерватив під час останнього анального сексуального контакту з партнером-чоловіком?	1. Так 2. Ні 3. Не знаю

Формула розрахунку показника така:

Чисельник: кількість ЧСЧ, які вказали на те, що вони використовували презерватив під час останнього анального сексуального контакту.

Знаменник: кількість усіх ЧСЧ, які вказали на те, що вони мали анальний сексуальний контакт з чоловіком за останні шість місяців.

Крім перелічених вище, ми пропонуємо розраховувати ще й такий показник, як **Відсоток чоловіків, які протягом останніх 30 днів завжди використовували презерватив під час статевих контактів з партнером-чоловіком.** Наразі він не входить до Переліку національних показників моніторингу й оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль за станом епідемії ВІЛ-інфекції/Сніду„ затверджених наказом МОЗ України № 280 від 17.05.2006 (у редакції наказу МОЗ України від 28.12.2007 № 870), проте він є важливим для розуміння тенденцій у поведінці представників даної групи.

5. Відсоток чоловіків, які протягом останніх 30 днів завжди використовували презерватив під час статевих контактів з партнером-чоловіком

Для розрахунку даного показника респондентам ставляться такі запитання:

Запитання	Варіанти відповідей
1. Чи мали Ви сексуальні контакти протягом останніх 30 днів з партнером-чоловіком?	1.Так 2. Ні
2. Як часто, за останні 30 днів, Ви використовували презерватив під час сексуальних контактів із партнером-чоловіком ?	1. Завжди (100%) 2.1. Подумайте ще раз про події останніх 30 днів. Чи був випадок, коли Ви НЕ використовували презерватив з партнером-чоловіком? 1. Використовував презерватив кожного разу 2. Був випадок, коли не використовував 4. У більшості разів (75%) 5. У половині випадків (50%) 6. Іноді (25%) 7. Рідко (менше 10%) Ніколи

Чисельник: кількість чоловіків, які вказали, що вони мали сексуальні контакти з партнером чоловіком протягом останніх 30 днів та завжди використовували презерватив, під час сексуальних контактів із партнером-чоловіком. (Відповіді: «так» на питання 1, «завжди» на питання 2, та відповідь «використовував презерватив кожного разу» на питання 2.1.)

Знаменник: кількість чоловіків, які вказали, що вони мали сексуальні контакти з партнером чоловіком и протягом останніх 30 днів.

Національний показник треба розраховувати з розбивкою за віковими групами: 15–19, 20–24 та 25+ років.

Для більш повного аналізу ситуації задаються додаткові запитання щодо:

- видів сексуальних партнерів (непостійні, випадкові тощо);
- того, хто запропонував використовувати презерватив під час останнього статевого акту – респондент чи його сексуальний партнер;
- причин невикористання презерватива (у тих, хто цього не робив);
- уникання вживання лубриканту під час статевих контактів;

- зґвалтування або ризику ймовірного зґвалтування тощо.

Так само як і в дослідженні СІН та РКС, аналіз результатів, крім розрахунку та інтерпретації ключових показників, повинен стосуватися і таких основних питань, як:

- зв'язок між поінформованістю ЧСЧ про ВІЛ/СНІД, шляхи попередження інфікування та основними формами ризикованої щодо ВІЛ-інфікування поведінки (вживання ін'єкційних наркотиків, спільне користування ін'єкційним інструментарієм, використання презервативу під час статевих контактів тощо);
- зв'язок між результатами тестування ЧСЧ на ВІЛ та основними формами ризикованої щодо ВІЛ-інфікування поведінки (вживання ін'єкційних наркотиків, спільне користування ін'єкційним інструментарієм, використання презервативу під час статевих контактів тощо);
- зв'язок між результатами тестування ЧСЧ на ВІЛ та поінформованістю про ВІЛ/СНІД, шляхи попередження інфікування;
- визначення основних показників, які є важливими для інтерпретації поведінки ЧСЧ. Особливу увагу важливо приділити віку, стажу вживання наркотиків тощо;
- виявлення та опис основних причин відмови від використання презерватива;
- визначення додаткових видів ризику, наприклад, надання сексуальних послуг за плату тощо.

6.5. ЗАСУДЖЕНІ

Ключовими показниками для цієї цільової групи Україною було обрано такі:

1. Відсоток засуджених, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається (новий показник)
2. Відсоток засуджених, які протягом останніх 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ-інфекцію та одержали його результат (новий показник).
3. Відсоток засуджених, яких охоплено профілактичними програмами (новий показник).

1. Відсоток засуджених, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається.

Даний показник розраховується на базі таких ключових запитань:

Запитання	Варіанти відповідей для всіх запитань
1. Чи можливо знизити ризик передачі ВІЛ, якщо мати статеві контакти лише з одним вірним неінфікованим партнером? 2. Чи можливо знизити ризик передачі ВІЛ, якщо постійно користуватися презервативом під час сексуальних контактів? 3. Чи може здорова на вигляд людина бути ВІЛ-інфікованою? 4. Чи можна інфікуватися ВІЛ, якщо пити з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною? 5. Чи можна інфікуватися ВІЛ через користування туалетом, басейном, сауною спільно з ВІЛ-інфікованою людиною? 6. Чи можна інфікуватися ВІЛ через спільне використання ін'єкційного інструментарію з ВІЛ-інфікованою людиною?	1. Так 2. Ні 3. Не знаю

Крім того, респондентам можна поставити ще два запитання, а саме:

1. Чи можна заразитися ВІЛ-інфекцією через укус комара?
2. Чи можна інфікуватися ВІЛ, якщо вживати їжу з однієї тарілки з ВІЛ-інфікованою особою?

Зокрема, ці запитання можна включати в інструментарій з метою порівняння результатів дослідження із моніторингами попередніх років, коли ключовий показник знання розраховувався на базі цих запитань.

Розрахунок показника «Відсоток засуджених, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається» здійснюється з використанням спеціальної формули:

Чисельник: кількість засуджених, які дали вірні відповіді на всі шість запитань.

Знаменник: кількість засуджених, які відповіли на запитання, включаючи відповідь «Не знаю».

Національний показник треба розраховувати з розбивкою за статтю та віковими групами: 15–19, 20–24 та 25+ років.

Для показника знань крім зведеного показника за всіма запитаннями, необхідно розрахувати значення показника по кожному окремому запитанню з використанням одного і того ж самого знаменника.

2. Відсоток засуджених, які протягом останніх 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ-інфекцію та одержали його результат

Показник розраховується на базі таких запитань:

Запитання	Варіанти відповідей для всіх запитань
1. Я не запитую Вас про результат, але чи проходили Ви тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців? *Якщо відповідь «Так», то ставиться наступне запитання:* 2. Я не запитую Вас про результат тестування, але чи отримали Ви його?	1. Так 2. Ні 3. Немає відповіді

Формула розрахунку даного показника така:

Чисельник: кількість засуджених, які пройшли тестування на ВІЛ за останні 12 місяців та отримали його результат.

Знаменник: кількість усіх засуджених, які увійшли до вибірки.

Показник надається окремо для чоловіків та жінок, а також з розбивкою за віковими групами: 15–19, 20–24 та 25+ років.

Для поглибленого аналізу можна поставити додаткові запитання щодо того:

- чому саме не отримали результат тестування (для тих, хто його не отримав);
- з якого приводу проходили тестування (вагітність, медичні показання, особиста ініціатива тощо);
- де саме проходили тестування тощо.

3. Відсоток засуджених, яких охоплено профілактичними програмами.

Для розрахунку даного показника респондентам ставляться такі запитання:

Запитання	Варіанти відповідей для всіх запитань
1. Чи знаєте Ви куди слід звертатися, якщо хочете пройти тест на ВІЛ? 2. Чи отримували Ви за останні 12 місяців презервативи (наприклад, у медсанчасті, через представників інформаційно-просвітницьких програм або проектів, які працюють у колонії, центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді тощо)?	1. Так 2. Ні 3. Немає відповіді

Формула розрахунку даного показника наступна:

Чисельник: кількість засуджених, які ствердно відповіли (дали відповідь «Так») на обидва запитання.

Знаменник: кількість усіх засуджених, які увійшли до вибірки.

Національний показник треба розраховувати окремо для чоловіків та жінок і з розбивкою за віковими групами: 15–19, 20–24 та 25+ років.

Крім значення зведеного показника необхідно розрахувати значення показника по кожному окремому запитанню з використанням одного і того ж самого знаменника.

Для поглибленого аналізу можна ставити додаткові запитання щодо того:

- які саме установи та організації, де можна зробити тест на ВІЛ знає респондент;
- де саме, або через кого респондент отримував презервативи.

На думку дослідників, які працюють із групою засуджених, методика ЮНЕЙДС, на основі якої здійснюється розрахунок національного показника щодо охоплення профілактичними програмами, не повністю відображає мінімальний набір профілактичних заходів, які потрібні для протидії епідемії ВІЛ/СНІД серед засуджених. Зокрема, пропонується також додатково розраховувати кількість засуджених, які отримували буклет/брошуру/листівку про ВІЛ/СНІД та ІПСШ або проходили індивідуальне консультування з цього приводу[17].

Так само як і в дослідженні СІН, РКС та ЧСЧ, аналіз результатів дослідження поведінки засуджених, крім розрахунку та інтерпретації ключових показників, повинен стосуватися і таких основних питань, як:

- зв'язок між поінформованістю засуджених про ВІЛ/СНІД, шляхи попередження інфікування та основними формами ризикованої щодо ВІЛ-інфікування поведінки (вживання ін'єкційних наркотиків, спільне користування ін'єкційним інструментарієм, використання презерватива під час статевих контактів тощо);

[17] Демченко І., Костенко К., Кожан Н. та ін. Моніторинг поінформованості та поведінки засуджених як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління. – К., 2007. – 62 с.

- зв'язок між результатами тестування засуджених на ВІЛ та основними формами ризикованої щодо ВІЛ-інфікування поведінки (вживання ін'єкційних наркотиків, спільне користування ін'єкційним інструментарієм, використання презерватива під час статевих контактів тощо);
- зв'язок між результатами тестування засуджених на ВІЛ та поінформованістю про ВІЛ/СНІД, шляхи попередження інфікування;
- визначення основних показників, які є важливими для інтерпретації поведінки засуджених;
- порівняння показників щодо рівня знань та поведінки серед представників груп, визначених за віком, статтю, строком ув'язнення, кількістю строків ув'язнення;
- визначення додаткових видів ризику, наприклад, татуювання, недоступність презервативів, зґвалтування тощо.

6.6. ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІ

Ключовими показниками для цієї цільової групи Україною було обрано такі:

1. Відсоток військовослужбовців, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається.
2. Відсоток військовослужбовців, які повідомили про використання презерватива під час статевих стосунків з непостійними партнерами.

1. Відсоток військовослужбовців, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається

Даний показник розраховується на базі таких ключових запитань:

Запитання	Варіанти відповідей для всіх запитань
1. Чи можливо знизити ризик передачі ВІЛ, якщо мати статеві контакти лише з одним вірним неінфікованим партнером? 2. Чи можливо знизити ризик передачі ВІЛ, якщо постійно користуватися презервативом під час сексуальних контактів? 3. Чи може здорова на вигляд людина бути ВІЛ-інфікованою? 4. Чи можна інфікуватися ВІЛ, якщо пити з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною? 5. Чи можна інфікуватися ВІЛ через користування туалетом, басейном, сауною спільно з ВІЛ-інфікованою людиною?	1. Так 2. Ні 3. Не знаю

Крім того, респондентам можна поставили ще три запитання, а саме:

1. Чи можна заразитися ВІЛ-інфекцією через укус комара?
2. Чи можна інфікуватися ВІЛ через спільне використання ін'єкційного інструментарію з ВІЛ-інфікованою людиною?

3. Чи можна інфікуватися ВІЛ, якщо вживати їжу з однієї тарілки з ВІЛ-інфікованою особою?

Зокрема, ці запитання можна включати в інструментарій з метою порівняння результатів дослідження із моніторингами попередніх років, коли ключовий показник знання розраховувався на базі цих запитань.

Розрахунок показника «Відсоток військовослужбовців, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається» здійснюється так само з використанням спеціальної формули:

Чисельник: кількість військовослужбовців, які дали вірні відповіді на всі п'ять запитань.

Знаменник: кількість усіх військовослужбовців, які відповіли на запитання, включаючи відповідь «Не знаю».

Національний показник треба розраховувати з розбивкою за віковими групами: молодше 25 років та старше 25 років.

Для показника знань, крім зведеного показника за всіма запитаннями, необхідно розрахувати значення показника по кожному окремому запитанню з використанням одного і того ж самого знаменника.

2. Відсоток військовослужбовців, які повідомили про використання презерватива під час статевих стосунків з непостійними партнерами

Показник розраховується на базі таких запитань:

Запитання	Варіанти відповідей для всіх запитань
1. Чи мали Ви сексуальні контакти протягом останніх 12 місяців? *Якщо відповідь «Так», то ставиться наступне запитання:* 2. Чи мали Ви сексуальні контакти з нерегулярним (непостійним) статевим партнером (з яким не перебуваєте в шлюбі і не живете спільно) протягом останніх 12 місяців? *Якщо відповідь «Так», то ставиться наступне запитання:* 3. Чи використовували Ви (чи Ваш/а партнер/ка) презерватив під час останнього статевого контакту з нерегулярним/ою (непостійним/ою) партнером/кою?	1. Так 2. Ні 3. Немає відповіді

Формула розрахунку даного показника така:

Чисельник: кількість військовослужбовців, які відповіли, що мали непостійного статевого партнера (з яким не перебувають у шлюбі і не живуть спільно) за останні 12 місяців, та які також указали, що користувались презервативами під час останнього сексуального контакту з цим партнером.

Знаменник: кількість військовослужбовців, які повідомили про використання презерватива під час останнього статевого контакту з непостійною/им партнеркою/ом?

Даний показник розраховується з обов'язковою розбивкою за віковими групами молодше 25 років та старше 25 років.

З метою здійснення більш детального аналізу ситуації можна також поставити додаткові запитання щодо:

- віку першого статевого контакту;
- кількості сексуальних партнерів;
- того, хто запропонував використовувати презерватив під час останнього статевого акту – респондент чи його сексуальний партнер;
- причин невикористання презерватива (у тих, хто цього не робив тощо).

Так само як і в дослідженні інших цільових груп, аналіз результатів дослідження поведінки військовослужбовців, крім розрахунку та інтерпретації ключових показників, повинен стосуватися і таких основних питань, як:

- зв'язок між поінформованістю військовослужбовців про ВІЛ/СНІД, шляхи попередження інфікування та основними формами ризикованої щодо ВІЛ-інфікування поведінки (вживання ін'єкційних наркотиків, спільне користування ін'єкційним інструментарієм, використання презерватива під час статевих контактів тощо);
- визначення основних показників, які є важливими для інтерпретації поведінки військовослужбовців;
- виявлення та опис основних причин відмови від використання презерватива;
- визначення додаткових видів ризику, наприклад, татуювання, пірсінг тощо.

6.7. ЗАГАЛЬНІ ВИДИ АНАЛІЗУ

Обов'язковою частиною аналізу результатів дослідження є аналіз даних за національними показниками. Додатково може бути проаналізовано рівень стигматизації та дискримінації щодо ЛЖВС в означених цільових групах, рівень охоплення профілактичними програмами.

Для інтерпретації даних стосовно знання, ставлення та поведінки, необхідно здійснити такі кроки:

Зробити необхідні розрахунки за національними індикаторами.

1. За індикаторами щодо знань визначити групи низького, середнього та високого рівня обізнаності з проблем ВІЛ/СНІД. Оцінити розмір цих груп та їх структурні ознаки.
2. Визначити вплив рівня знань щодо ВІЛ/СНІД на поведінку у сфері ризику, а також на толерантність до ЛЖВС, якщо така вимірювалась.
3. Виокремити групи низького, середнього та високого поведінкового ризику щодо ВІЛ-інфікування на підставі комбінації індикаторів поведінки.
4. Визначити рівень охоплення різних груп програмами профілактики з розподілом за віковими групами: до 25 років та 25 і більше років.
5. Порівняти показники з показниками моніторингів попередніх років.
6. Надати стратегічні рекомендації щодо подальшої профілактичної роботи у цільовій групі.

7. ОСОБЛИВОСТІ ОЦІНКИ РІВНЯ ОХОПЛЕННЯ УЧНІВСЬКОЇ МОЛОДІ

До національних показників моніторингу та оцінки ефективності профілактичних заходів, що проводяться в навчальних закладах, входить один індикатор: «Відсоток загальноосвітніх навчальних закладів, які мають підготовлених вчителів і протягом останнього навчального року забезпечили навчання учнів за програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ».

До 2007 р. індикатор мав дещо інше формулювання, і дані для його розрахунку збиралися шляхом опитування директорів шкіл та учнівської молоді.

Зважаючи на те, що в країні активно проводиться навчання вчителів проведенню занять з учнями за програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ, проводиться експертиза таких навчальних програм, ведеться ретельний моніторинг підготовки вчителів, Україною прийняте рішення щодо зміни формулювання індикатора та методів збору даних для його розрахунку.

З метою внутрішнього контролю за ефективністю впровадження навчальних програм на основі життєвих навичок також запроваджується два галузеві показники:

1. Кількість педагогів, підготовлених за методикою розвитку життєвих навичок, сприятливих для безпеки, здоров'я і розвитку учнів.
2. Відсоток учнів загальноосвітніх закладів, охоплених навчанням за програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ.

Методом збору даних для розрахунку національного показника ***«Відсоток загальноосвітніх навчальних закладів, які мають підготовлених вчителів і протягом останнього навчального року забезпечили навчання учнів за програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ»*** та галузевих індикаторів обрано документацію і звітність обласних управлінь освіти, які підпорядковані МОН України.

Формула розрахунку національного показника така:

Чисельник: кількість загальноосвітніх навчальних закладів, які мають підготовлених вчителів і протягом останнього навчального року забезпечили навчання учнів за програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ.

Знаменник: загальна кількість загальноосвітніх навчальних закладів в Україні.

Даний показник розраховується з обов'язковою розбивкою за групами загальноосвітніх закладів різних форм власності та місцем розташування (обласний центр, місто, село).

У звіті щодо визначення цього національного показника необхідно навести суттєві відмінності у рівні охоплення молоді профілактичними програмами за регіональною ознакою, за типом навчального закладу та за ознакою форми власності навчального закладу.

Додатково можна надати класифікацію предметної спеціалізації вчителів, які пройшли навчання та проводять заняття за навчальними програмами на основі життєвих навичок, а також інформацію щодо їхнього віку та статі тощо.

У звіті слід надати інформацію про загальну кількість загальносовітніх закладів, статистичні дані (якщо таке можливо) щодо кількості в них учнів, вчителів тощо.

Під час збору даних, аналізу звітності та документації необхідно звертати увагу на те, що згідно з рекомендаціями ЮНЕЙДС для того, щоб навчання з питань ВІЛ/СНІДу на засадах життєвих навичок кваліфікувалося як достатнє, тривалість курсу повинна бути не меншою ніж 30 навчальних годин на рік.

Додатковим методом збору даних для розрахунку цього показника має бути аналіз навчальних програм, де одним із завдань є визначення того, чи базується програма на життєвих навичках, а також кількості годин, відведених на вивчення тематики ВІЛ/СНІДу. За визначенням ВООЗ, життєві навички – це здатність до адаптивної та позитивної поведінки, яка дає можливість індивідуумам ефективно вирішувати проблеми та долати повсякденні труднощі. Через специфічність формування життєвих навичок спеціалісти рекомендують для навчання так звані інтерактивні методи, що базуються на принципі активної участі самих учнів[18].

Крім цього, при аналізі програм слід звернути увагу на форми та методи проведення занять з учнями, співвідношення інтерактивних та пасивних методів навчання тощо. Інтерактивними методами вважаються: обговорення в класі, дискусія, мозкова атака, рольова гра, вироблення навичок у тренінгах,

---

[18] Навчання здоровому способу життя на засадах розвитку навичок через систему шкільної освіти: оцінка ситуації / О.М. Балакірєва (кер. авт. кол.), Л.С.Ващенко, О.Т.Сакович та ін. – К.: Держ. ін-т проблем сім'ї та молоді, 2004. – 108 с.

робота та виконання вправ у малих групах, аудіовізуальна діяльність (образотворче мистецтво, театр, музика, співи, танці, пантоміми тощо), дебати, дискусії, ток-шоу (індивідуальні та командні), конкурси, вікторини, змагання кмітливих та винахідливих; випуски інформаційних листків, бюлетенів, стінних газет, плакатів; розгляд та аналіз окремих життєвих ситуацій, навчання однолітків та молодших школярів; навчання за методом «рівний – рівному», складання планів дій у проблемних ситуаціях тощо.

8. ОСОБЛИВОСТІ ДОСЛІДЖЕННЯ ТОЛЕРАНТНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ЛЮДЕЙ, ЩО ЖИВУТЬ З ВІЛ/СНІДОМ (ЛЖВС)

Визначення сутності поняття «толерантність» і шляхів його вимірювання залишається особливо актуальною проблемою через неоднозначне його тлумачення. Так, енциклопедичні словники визначають толерантність (від. лат. tolerantia – терпимість) як терпимість до чужої думки, вірувань, поведінки. Тобто за основу береться згода сприйняти щось (духовне, морально-ідейне, етико-естетичне, релігійне) навіть за умов входження його в суперечність і зсвітоглядними установками того, хто сприймає[19]. У 1995 р. Організацією Об'єднаних Націй було прийнято «Декларацію принципів толерантності» — основоположний міжнародний документ, в якому сутність толерантності детермінується як «повага, прийняття та правильне розуміння всієї багатоманітності культури, форм самовияву й прояву». Особлива увага звертається на те, що толерантність – це не поступка чи потурання, а насамперед «активне ставлення до дійсності, що формується на основі визнання універсальних прав і свобод людини». При цьому наголошується, що таке визначення не означає терпимого ставлення до соціальної несправедливості, відмови від своїх або прийняття чужих переконань. Це означає «визнання того, що люди за природою своєю відрізняються зовнішнім виглядом, становищем, мовою, поведінкою і мають право жити в мирі та зберігати свою індивідуальність». Крім того, «погляди однієї людини не можуть бути нав'язані іншим».

Узагальнюючи, толерантність по відношенню до людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, можна визначити як інтегративну моральну категорію, що характеризує терпиме ставлення до відмінних форм поведінки, поглядів, думок, зовнішнього вигляду тощо. Вона передбачає вміння контролювати власну поведінку, конструктивно розв'язувати конфлікти, долати суперечності тощо.

---

[19] Стасюк Н..Толерантність як моральність особистості / «Відкритий урок: розробки, технології, досвід». – 2006. – № 23–24.

Говорячи про толерантне ставлення до людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, не можна не згадати такі протилежні її прояви, як стигматизація та дискримінація цієї категорії людей.

Для того щоб визначити емпіричні показники стигматизації та дискримінації, необхідно спочатку надати чітке визначення понять «стигма» та «дискримінація».

Стигма – буквально означає «клеймо» чи «дефект» на комусь чи на чомусь. Стигма трактується як приписана людині якість, яка «значно дискредитує, відрізняє» її від оточуючих[20]. Стигматизація – це соціальний процес або закріплений особистий досвід людини, який характеризується виключенням, відторгненням, засудженням або девальвацією особистості як результат прийняття усталеної соціальної думки щодо окремої особи чи групи людей[21]. Процес стигматизації детермінується суспільством. У більшості випадків стигматизація, яка пов'язана з ВІЛ/СНІДом, розвивається на основі існуючих негативних уявлень та зміцнює їх. Так, наприклад, часто вважається, що люди, які живуть з ВІЛ/СНІДом, заслужили те, що з ними трапилося, своїми вчинками, аморальною поведінкою. Частіше така неморальна поведінка пов'язана з сексом чи є забороненою, неприйнятною для суспільства діяльністю, наприклад, вживання ін'єкційних наркотиків. Вважається, що ВІЛ-інфіковані чоловіки – це гомосексуалісти, бісексуали чи чоловіки, які користуються послугами жінок секс-бізнесу, а ВІЛ-позитивні жінки – це або працівниці секс-бізнесу, або ті, хто мають багато сексуальних партнерів[22].

Крім цього, стигматизація – це особливий психологічний процес створення та усвідомлення образу людини, її відмінностей від інших людей, її ідентифікації з певними групами тощо. Результатом цього процесу найчастіше є віднесення людини з позитивним ВІЛ-статусом чи хворої на СНІД до маргінальних груп суспільства і ставлення до неї, як до ізгоя, покидька.

Стигматизація проявляється у різних формах:

- моральному засудженні ВІЛ-позитивної чи хворої на СНІД людини (вона сама винна в тому, що з нею сталося);
- уникнення, ігнорування ВІЛ-позитивної чи хворої на СНІД людини (дотримання фізичної та психологічної дистанції у спілкуванні);
- бажання ізолювати, видалити ВІЛ-позитивну чи хвору на СНІД людину (вона повинна жити у «резервації», лікарні);
- агресія по відношенню до ВІЛ-позитивної чи хворої на СНІД людини (фізична, вербальна) тощо.

---

[20] Brimlow D.L., Cook J.S., Seaton R. Stigma and HIV/AIDS. // A Review of the Literature. – US Department of Health and Human Services, HIV/AIDS Bureau, 2003.

[21] Indicators for Stigma and Discrimination Related to HIV and AIDS: Update on the State of the Field. – UNAIDS, 2000.

[22] Егглтон П., Паркер Р., Малува М. Концептуальная основа и основополагающие принципы деятельности: Стигма и дискриминация в связи с ВИЧ/СПИДом. – ЮНЕЙДС, 2002.

Стигматизація, таким чином, є явищем свідомості, яке проявляється у висловлюваннях та настановах.

Певні дії або бездіяльність по відношенню до ВІЛ-позитивних чи хворих на СНІД людей називають **дискримінацією**. Іншими словами, дискримінація – це обмеження чи позбавлення прав ВІЛ-позитивних та хворих на СНІД людей.

Дискримінація проявляється у таких формах:

- сегрегація особистості (відокремлення ВІЛ-позитивних та хворих на СНІД людей від оточуючих, заборона вчитися, проживати, спілкуватися з іншими, здоровими людьми тощо);
- приниження людської гідності шляхом психологічного та фізичного впливу (вербальні образи, фізичне насильство тощо);
- позбавлення роботи або відмова у працевлаштуванні;
- позбавлення права брати шлюб, народжувати дітей;
- позбавлення можливості вільного виїзду за межі рідної країни та в'їзду до інших країн;
- обмеження доступу до лікування, отримання соціальних послуг тощо.

Дані для вимірювання толерантного ставлення до ЛЖВС збираються шляхом проведення дослідження серед загального населення та молоді зокрема.

Дослідження толерантного ставлення до ЛЖВС має на меті:

1. Збір даних для аналізу факторів стигматизації та дискримінації ЛЖВС.
2. Відслідковування тенденцій щодо змін у ставленні та поведінці по відношенню до ЛЖВС.
3. Забезпечення збору даних за індикатором стигматизації та дискримінації ЛЖВС, що включений до переліку Національних показників.
4. Оцінка впливу інформаційно-просвітницьких програм, програм профілактики, лікування та догляду на ставлення до ЛЖВС.
5. Забезпечення стратегічними даними для планування подальших профілактичних дій серед загального населення та молоді зокрема.

Вибірка

Дослідження толерантного ставлення проводяться серед загального населення віком від 15 до 49 років. Залежно від гіпотез та потреб, дослідження толерантного ставлення може проводитися також в окремих підгрупах населення, наприклад, молоді, військовослужбовців, засуджених.

Дослідження повинно мати національно-репрезентативний характер. При формуванні вибірки необхідно враховувати представленість основних регіонів, населення невеликих міст та сільської місцевості. Важливо, щоб кожна підгрупа аналізу була не менше ніж 300 осіб.

Розмір вибіркової сукупності визначається, виходячи із завдань аналізу, але для національного репрезентативного опитування має бути не менше 2000 осіб.

Рекомендується багатоступенева вибірка, випадкова на кожному етапі, пропорційна для кількості населення регіонів. Зважаючи на необхідність досягнення усіх верств населення та категорій молоді, рекомендується проведення відбору респондентів за місцем проживання.

Інструментарій[23]

Незалежно від порядку розміщення запитань, анкета обов'язково має містити запитання, які дають змогу зібрати дані за національним показником толерантного ставлення до ЛЖВС. Ці обов'язкові запитання формулюються відповідно до методології досліджень особливостей поведінки (BSS) та рекомендацій ЮНЕЙДС щодо підрахунку національних показників.

Для більш детального та глибокого аналізу основних проявів стигматизації та дискримінації до запитальника доцільно включити також запитання стосовно психологічного самопочуття, емоцій, які виникають у респондентів під час спілкування та взаємодії з ЛЖВС. Одним з важливих випробуваних запитань-індикаторів дискримінаційних настанов є питання про ізоляцію ЛЖВС (наприклад, «Чи вважаєте Ви, що людей, які є ВІЛ-інфікованими, треба ізолювати у спеціальних медичних закладах?»), а також про роль держави у наданні медичної допомоги ЛЖВС.

Формулювання запитань щодо ситуацій, в яких може проявлятися стигматизація та дискримінація, повинні бути чіткими, реалістичними з точки зору існуючої в Україні ситуації, а також адекватно відповідати видам та формам стигматизації та дискримінації. Дуже ретельно необхідно розрізняти ситуації, що пов'язані з поінформованістю респондентів про ВІЛ/СНІД та такими ситуаціями, які показують саме ставлення до ЛЖВС.

Згідно з Керівними принципами розробки ключових показників ЮНЕЙДС для звітності за 2008 р. показник «Толерантності» не розраховується. Проте дані слід збирати для порівняння даних із даними моніторингів попередніх років.

Розрахунок показника, аналіз та інтерпретація результатів дослідження

Показник розраховується на базі таких запитань:

Запитання	Варіанти відповідей для всіх запитань
1. Якщо член Вашої родини захворіє на СНІД, чи будете Ви піклуватись про нього або неї у себе вдома? 2. Якщо Ви дізнались, що продавець має ВІЛ, чи будете Ви у нього купувати свіжі овочі? 3. Якщо вчителька має ВІЛ, але на даний момент не хвора, чи може вона продовжувати працювати в школі? 4. Якщо член Вашої родини заразиться ВІЛ, чи хотіли б Ви залишити цю інформацію в таємниці?	1. Так 2. Ні 3. Немає відповіді

[23] При створенні методичних рекомендацій було використано матеріали досліджень толерантного ставлення до ЛЖВС, проведених у 2000–2004 рр. СНІД-Фондом Схід-Захід, Українським інститутом соціальних досліджень і Центром соціальних та політичних досліджень «Соціс».

Формула розрахунку даного показника така:

Чисельник: кількість опитаних, які у всіх чотирьох питаннях зазначили толерантне ставлення та підтримку (на перші три запитання відповіли «Так», на останнє – «Ні» – не тримав би в таємниці).

Знаменник: загальна кількість опитаних, що потрапили до вибірки.

Показник розраховується з обов'язковою розбивкою за статтю та віковими групами: молодше 25 років та старше 25 років.

Для інтерпретації даних, необхідно здійснити наступні кроки:

1. Зробити розрахунок показника за поданою вище методикою.
2. Визначити рівень толерантності у вікових групах до 25 років та від 25 і більше років.
3. Виявити вплив основних соціально-демографічних чинників (віку, статі, освіти, місця проживання (місто–село, регіон), релігійності) на толерантність.
4. Порівняти показники з показниками попередніх моніторингів.
5. Оцінити вплив рівня обізнаності з проблем ВІЛ/СНІД на ставлення до ЛЖВС.
6. Оцінити вплив особистого досвіду знайомства з ВІЛ-інфікованою людиною на ставлення до ЛЖВС взагалі.
7. Надати стратегічні рекомендації щодо подальшої профілактичної роботи в цільовій групі.

Додатково можна також зіставити відповіді на запитання про дії в уявних ситуаціях зустрічі з ЛЖВС та про почуття по відношенню до цих людей. Рівень відповідності почуттів та дій в уявних ситуаціях (наприклад, співчуття та висока толерантність у діях) може допомогти викрити емоціональні складові як толерантного, так і не толерантного ставлення. Важливо також проаналізувати соціально-демографічні фактори настанови на ізоляцію ЛЖВС.

Під час аналізу даних, отриманих за національним показником, слід звернути увагу на інтерпретацію кількісного (числового) значення. Низьке значення показника є доволі надійним показником високих рівнів стигматизації та дискримінації. Проте існують певні труднощі в тлумаченні високого кількісного значення цього показника. Високе значення може означати незначний рівень стигматизації та дискримінації. Але не слід забувати, що воно може відображати «соціально значущу відповідь» щодо прийняття та демонстрації толерантного ставлення, тобто усвідомлення необхідності прояву толерантного ставлення та приховування упередженості по відношенню до ЛЖВС, та обмежений досвід спілкування і взаємин з ЛЖВС.

ПРИКІНЦЕВІ ЗАУВАЖЕННЯ

1. Цільові групи, які потребують вивчення. Такі цільові групи, як військовослужбовці Внутрішніх військ, Прикордонних військ, працівники Служби безпеки України, миротворці, трудові мігранти, клієнти ЖКС, статеві партнери СІН, особи, що не мають постійного місця проживання («бомжі»), поки що не включалися до поведінкового моніторингу. Проте ці групи потребують особливого вивчення з кількох причин. По-перше, вони можуть бути визначені як групи-«містки» і є важливими для вивчення ситуації з ВІЛ-інфекцією в окремих регіонах України. По-друге, існує надзвичайна обмеженість даних про чисельність, структурні характеристики, особливості ризикованої щодо інфікування ВІЛ поведінки цих груп.

2. Відомчі інструменти. Ці рекомендації не стосуються використання відомчих інструментів, які можуть бути використані для оцінки чисельності вразливих груп та охоплення цих груп профілактичними програмами. Такими відомчими інструментами можуть бути:

- медична статистика обліку споживачів ін'єкційних наркотиків;
- статистика органів внутрішніх справ з обліку незаконного обігу наркотиків та занять проституцією;
- статистична звітність НУО зі здійснення профілактичних програм;
- статистика СНІД-центрів;
- статистика проходження тестування на ВІЛ у закладах виконання покарань, Збройних силах України, органах МВС та інших «закритих» структурах.

Подібного роду статистичні матеріали можуть слугувати додатковим аналітичним інструментом для оцінки відповіді країни на епідемію ВІЛ.

3. Залучення до моніторингу професійних соціологів. Дані методичні рекомендації розраховані на те, що поведінковий моніторинг буде проводитися силами зацікавлених відомств. Залучення соціологічних агентцій до дослідження є необхідним у випадках, коли цільова група не підпорядковується жодному відомству (наприклад, уразливі групи, трудові мігранти, діти вулиці).

ГЛОСАРІЙ

Анкета (лист опитування) – основний інструментарій збору вихідного матеріалу в масових широкомасштабних соціологічних опитуваннях. Стандартизованою вважається анкета, яка відповідає таким вимогам: а) кожне із запитань анкети ставиться усім всім без винятку респондентам в одному і тому самому формулюванні; б) визначено суворий порядок постановки запитань, кожне з них має свій зафіксований номер; в) до кожного із змістовних запитань додається перелік фіксованих відповідей. Два основних способи збору інформації для масового опитування населення є: заповнення анкет респондентами та інтерв'ю.

Анкетування – метод збору інформації, вид опитування із застосуванням листа опитування, що заповнюється респондентом за вказаними в ньому правилами. Анкетування використовується для отримання інформації про фактичний стан речей, їх оцінку, думки, інтереси та мотиви респондентів.

АРТ – антиретровірусна терапія – приймання лікарських засобів, що запобігають розмноженню й розвиткові ВІЛ в організмі людини.

Багатоступенева, стратифікована вибірка – вибірка, для здійснення якої на кожному ступені відбирають проміжні об'єкти репрезентації (наприклад, область – місто – мікрорайон – вулиця), а спостереження здійснюється на останньому етапі.

Багатоступенева, стратифікована вибірка з використанням квотного методу відбору на останньому етапу – вибірка, для здійснення якої на останньому етапі відбирають одиниці спостереження, керуючись квотами. Найчастіше квотами виступають вікові групи та стать.

Вибіркова сукупність (вибірка) – частина генеральної сукупності, об'єкти якої виступають в якості основніих об'єктиів спостереження. Вибірка створюється за спеціальними правилами таким чином, щоб її характеристики відображала відображали якості генеральної сукупності.

Випадковий відбір – це такий відбір одиниць сукупності, при якому кожна одиниця генеральної сукупності має рівну ймовірність потрапити у вибіркову сукупність.

ВІЛ- або СНІД-сервісна організація – медична, соціальна або будь-яка інша організація чи служба, яка активно займається профілактикою ВІЛ/СНІДу, лікуванням або підтримкою людей, яких торкнулася епідемія ВІЛ.

ВІЛ-інфікований – людина, що отримала позитивні результати аналізу на ВІЛ; хворий на ВІЛ-інфекцією.

Генералізована стадія – поширення ВІЛ-інфекції серед вагітних жінок – на рівні, усталеному вище 1%.

Генеральна сукупність – це та сукупність, на яку соціолог хоче поширити висновки дослідження.

Групи ризику – групи, які характеризуються підвищеним ступенем ризику щодо зараження ВІЛ. Такими групами є: СІН, ЖКС/ЧСБ, ЧСЧ, хворі на ІПСШ та ув'язнені.

Дискримінація – навмисне позбавлення або обмеження прав окремих громадян, певних соціальних груп чи громадських організацій, здійснюване за ознаками расової, національної або державної належності, майнового стану, політичних чи релігійних переконань, статі, сексуальної орієнтації тощо.

Дозорний епідеміологічний нагляд (ДЕН) – за визначенням ВООЗ, представляє систематичний збір даних щодо поширення вірусу серед окремих груп населення (дозорних груп) на конкретній території (дозорній дільниці) за певний час, поведінка яких є найбільш ризикованою відносно інфікування ВІЛ. Інструментом ДЕН є серологічний нагляд за ВІЛ.

Епідеміологічний нагляд (епіднагляд) – система збору, аналізу та інтерпретації даних про інфекційні захворювання, включаючи періодичну звітність про отриману інформацію.

Епідеміологія – наука, мета якої – визначити специфічні причини тих чи інших захворювань або взаємодію різних факторів, які викликають захворювання, а також тенденції розповсюдження поширення захворювання серед конкретних груп населення.

Епідемія – масова розповсюдженість поширеність інфекційної хвороби, яка значно перевищує звичайний рівень захворюваності в певній місцевості.

ЖКС – жінка комерційного сексу, особа жіночої статі, яка систематично практикує секс за винагороду (гроші або продукти) як спосіб заробляння на життя. Не включає тих осіб, які заробляють переважно на купування наркотиків, а також тих, хто час від часу вступає у випадкові зв'язки, та тих, хто припинив практикувати комерційний секс давніше, ніж рік з моменту опитування.

Імунна система – сукупність органів, тканин і клітин, що забезпечують розвиток імунної відповіді. Імунна система розпізнає чужорідні речовини та нейтралізує їх, захищаючи людський організм.

Імунодефіцит – нездатність деяких ланок імунної системи нормально функціонувати, внаслідок чого знижується опір організму людини до інфекцій та підвищується ймовірність розвитку різних захворювань.

Інтерв'ю – метод збору первинної інформації в соціології. Інтерв'ю в соціологічних науках є цілеспрямованою бесідою на визначену тему, мета якої отримати відповіді, передбачені програмою дослідження. Інтерв'ю завжди проводиться розробленим заздалегідь планом, де зафіксовані всі основні запитання та різноманітні варіанти додаткових, уточнюючих запитань.

Інтерв'юер – особа, яка ставить запитання і провадить інтерв'ю.

ІФА – імуноферментний аналіз (тест на антитіла до ВІЛ) – визначення сумарних антитіл до ВІЛ у сироватці крові.

Квота, квотне завдання – це завдання, яке отримує інтерв'юер від організатора дослідження у формі процентних відношень (наприклад, 50 % учасників профілактичних програм).

Концентрована стадія – поширеність ВІЛ-інфекції дорівнює або перевищує 5% мінімум в одній із конкретних груп ризику, але є меншою 1% серед вагітних жінок у міських типах поселення.

Метод «основного масиву» – це вид направленого відбору, коли одиниці спостереження відбираються дослідником на основі уявлення про достатню величину вибірку.

Метод «снігової кулі» – метод направленого відбору респондентів, при якому перший респондент приводить, забезпечує контакт з другим респондентом з кола своїх знайомих, другий приводить третього, і так далі.

Моніторинг – це процес, який включає регулярний збір та фіксацію даних для спостереження за ключовими елементами реалізації проекту за весь час його діяльності. Метою моніторингу є коригування, забезпечення ефективного використання ресурсів, досягнення запланованих завдань, мінімізація негативних наслідків, визначення можливостей розвитку та/чи повторення проекту.

Моніторинг соціальних програм – це система регулярних вимірювань, які проводяться впродовж певного проміжку часу на різних етапах реалізації проекту і дають можливість визначити динаміку (тенденцію) кількісних та якісних змін різних складових проекту.

Національна програма – загальнодержавна Програма профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні, що ґрунтується на міжвідомчому підході до вирішення проблеми протидії ВІЛ/СНІДу. В її реалізації беруть участь зацікавлені міністерства, відомства, комітети, неурядові та міжнародні організації, люди, що живуть з ВІЛ/СНІДом.

Невипадковий, направлений відбір – це такий відбір, при якому одиниці сукупності відбираються цілеспрямовано.

Опитування – метод збору первинної інформації шляхом звертання із запитаннями до визначеної групи людей. Розрізняють такі види опитувань: письмові (анкетування) та усні (інтерв'ю), очні (безпосередній контакт із респондентом) і заочні (поштові, телефонні, через пресу), експертні та масові. Опитування дозволяють якнайшвидше отримувати інформацію про суспільні настрої та громадську думку.

Оцінка – систематичне дослідження ситуації, процесу реалізації програми або її результатів з метою розробки проекту діяльності, створення рекомендацій з поліпшення роботи, оцінки ефективності й результативності. Можна виділити три основні типи оцінки: оцінка ситуації, оцінка процесу та оцінка впливу.

Оцінка впливу – систематичне дослідження результатів реалізації програми, яке проводиться, як правило, після закінчення програми (чи її компонентів) або через якийсь час для визначення, наскільки втручання допомогло досягти поставлених цілей.

Оцінка процесу – систематичне дослідження процесу реалізації програми, яке проводять, як правило, в ході реалізації. Вона покликана відкоригувати програму під час її реалізації для підвищення ефективності її впливу.

Оцінка ситуації – систематичне дослідження ситуації, яке частіш за все проводиться перед початком програми втручання з метою розробки проекту, адекватного потребам цільової групи.

Пандемія – поширеність інфекційної хвороби в декількох країнах або на декількох континентах із масовим ураженням населення.

Передача ВІЛ від матері до дитини (перинатальна трансмісія ВІЛ) – зараження дитини від ВІЛ-інфікованої матері під час вагітності, пологів або грудного вигодовування.

Показник – це те, що може бути вимірюваним або оціненим з тим, щоб визначити успішність дій чи комплексу дій (проекту), заходів, програм. Показник може бути вираженим у: цифрах – кількісний; словниковому описі – якісний.

Початкова стадія – рівень ВІЛ-інфекції не перевищує 5 % у будь-якій з підгруп населення, поведінка яких пов'язана з підвищеним ризиком (споживачі ін'єкційних наркотиків, жінки секс-бізнесу, чоловіки, що мають секс із чоловіками).

Поширеність – загальна кількість людей, інфікованих ВІЛ, на певній території або в певних групах людей.

Репрезентативність – здатність вибіркової сукупності відображати характеристики генеральної сукупності.

Респондент – особа, яка відповідає на запитання анкети або в якої беруть інтерв'ю.

Ризик – можливість якоїсь небезпеки.

Синдром – визначене сполучення ознак хвороби, обумовлених єдиною причиною виникнення і/чи механізмом розвитку.

СІН – споживач ін'єкційних наркотиків, особа жіночої або чоловічої статі, яка систематично вживає наркотики з допомогою ін'єкцій. Включає тих осіб, які заробляють на купування наркотиків комерційним сексом. Не включає тих, хто припинив практикувати ін'єкції давніше, ніж рік до моменту опитування.

СНІД – синдром набутого імунодефіциту – заключна стадія ВІЛ-інфекції. Згідно з термінологією ВООЗ, СНІД – вірусне захворювання, основна властивість якого – переважне враження системи імунітету, що проявляється в повній беззахисності організму хворого перед інфекціями та раковими захворюваннями.

СНІД-індикаторні захворювання – захворювання і стани, що спостерігаються у фінальній стадії ВІЛ-інфекції, – IV клінічна стадія ВІЛ-інфекції у дорослих або III клінічна стадія ВІЛ-інфекції у дітей відповідно до класифікації ВООЗ (2002).

Соціологічні методи збору первинної інформації – основні способи та правила збору інформації. У соціологічних дослідженнях для збору первинної інформації найчастіше застосовують такі методи, як: опитування (очне, заочне, телефонне); експертне опитування; інтерв'ювання; групове фокусоване інтерв'ю (фокус-група); спостереження; аналіз документів (традиційний та контент-аналіз).

Сприйнятливість – означає схильність індивіда, окремої групи або суспільства загалом до інфікування.

Стадії епідемії. За класифікацією ЮНЕЙДС та ВООЗ визначаються три стадії епідемії ВІЛ/СНІДу: початкова, концентрована та генералізована.

Толерантність – неупереджене ставлення до уразливих до ВІЛ людей та до тих, хто живе з ВІЛ.

Точка спостереження – заклад, територіальна одиниця, в межах якої здійснюється безпосередній відбір респондентів – одиниць спостереження.

Трансмісія ВІЛ – передача ВІЛ, зараження ВІЛ.

Уразливі групи – люди, які внаслідок ситуації, що склалася, або поведінки більш схильні до можливості зараження ВІЛ.

ДОДАТОК 1

ІНСТРУКЦІЯ
з визначення національних показників моніторингу й оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль стану епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу

Ця Інструкція розроблена на виконання розпорядження Кабінету Міністрів України від 13.12.2004 р. № 890-р «Про моніторинг і оцінку ефективності заходів, що забезпечують контроль стану епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу за національними показниками» з метою створення єдиної системи моніторингу й оцінки заходів щодо запобігання ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні, встановлення єдиних вимог до порядку визначення національних показників моніторингу й оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль стану епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, а також для організації систематичного збору та обробки даних відповідно до Національного звіту з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом 2008 року.

Для узагальнення даних звіти про визначення національних показників подаються до МОЗ України за підписами відповідальних осіб, визначених центральними органами виконавчої влади, що забезпечують організацію роботи з проведення збору і обробки необхідної для розрахунку показників інформації.

Звіти про визначення національних показників подаються до МОЗ України щороку, не пізніше 1 грудня.

Методології збору даних, необхідних для визначення національних показників, будуть викладені у методичних рекомендаціях з розрахунку національних показників, розроблених фахівцями МОЗ України.

1. Національний показник № 1 «Обсяг та структура державних і міжнародних витрат на заходи, що спрямовані на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу».

1.1. Метод вимірювання: Оцінка національних витрат на протидію ВІЛ/СНІДу. Цей показник розраховується за останні календарні або фінансові роки, що передують року подання Національного звіту, і за які є повні дані.

2. Національний показник № 2 «Комбінований національний індекс у сфері політики ВІЛ-інфекції/СНІДу».

2.1. Інструмент вимірювання: анкета для визначення Комбінованого національного індексу у сфері політики щодо ВІЛ-інфекції/СНІД, яка складається з двох частин. Частина А заповнюється представниками офіційної влади й охоплює: стратегічний план; політичну підтримку; профілактику; лікування, догляд та підтримку; моніторинг та оцінку. Частина Б заповнюється представниками неурядових та двосторонніх організацій, а також представниками організацій ООН і охоплює: права людини, залучення громадянського суспільства, профілактику, лікування, догляд та підтримку.

3. Національний показник № 3 «Відсоток одиниць донорської крові, перевіреної на ВІЛ з гарантуванням якості».

3.1. Метод вимірювання: аналіз адміністративних даних МОЗ України.

3.2. Чисельником показника є кількість одиниць крові, що перевірені на наявність антитіл до ВІЛ за останні 12 місяців відповідно до національних стандартів та з залученням зовнішньої оцінки для контролю якості. Знаменником показника є кількість одиниць крові, що були отримані від донорів за останні 12 місяців.

4. Національний показник № 4 «Відсоток дорослих та дітей з прогресуючою ВІЛ-інфекцією, які отримують антиретровірусну терапію».

4.1. Метод вимірювання: аналіз адміністративних даних МОЗ України. Цей показник розраховується за кожний з двох років, що передують року звітування.

4.2. Чисельником показника є кількість дорослих та дітей, які отримують АРВ-терапію відповідно до клінічних протоколів країни на кінець звітного періоду. Знаменником показника є оціночна кількість дорослих та дітей з прогресуючою ВІЛ-інфекцією.

5. Національний показник № 5 «Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які отримали антиретровірусні препарати з метою зниження ризику передачі ВІЛ від матері дитині».

5.1. Метод вимірювання: аналіз даних програмного моніторингу. Цей показник розраховується за два роки, що передують року звітування.

5.2. Чисельником показника є кількість вагітних ВІЛ-інфікованих жінок, які отримали антиретровірусні препарати (АРВ) з метою зниження ризику передачі ВІЛ від матері дитині. Знаменником показника є оціночна кількість вагітних ВІЛ-інфікованих жінок за останні 12 місяців календарного року.

6. Національний показник № 6 «Відсоток хворих, які отримали лікування від туберкульозу протягом року, серед ВІЛ-інфікованих осіб, які отримували АРТ на кінець звітного року, від оціночної кількості хворих на туберкульоз серед людей, які живуть з ВІЛ».

6.1. Метод вимірювання: аналіз даних програмного моніторингу та оцінка випадків туберкульозу серед людей, які живуть з ВІЛ.

6.2. Чисельником показника є кількість осіб з прогресуючою ВІЛ-інфекцією, які отримали лікування від туберкульозу протягом звітного року та отримували АРТ на кінець звітного року. Знаменником показника є оціночна кількість хворих на туберкульоз серед людей, які живуть з ВІЛ.

7. Національний показник № 7 «Відсоток жінок та чоловіків віком від 15 до 49 років, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати»

7.1. Метод вимірювання: спеціальне поведінкове дослідження серед загального населення на основі репрезентативної загальнонаціональної вибірки.

7.2. Чисельником показника є кількість респондентів віком від 15 до 49 років, які протягом останніх 12 місяців зверталися за тестуванням на ВІЛ та знають свої результати. Знаменником показника є загальна кількість респондентів віком від 15 до 49 років.

8. Національний показник № 8 «Відсоток осіб, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати: серед споживачів ін'єкційних наркотиків; серед осіб, які надають статеві послуги за плату; серед чоловіків, які мають секс із чоловіками; серед засуджених; серед дітей та молоді з груп високого ризику щодо інфікування ВІЛ (віком 15–24 роки)».

8.1. Метод вимірювання: спеціальні поведінкові дослідження серед представників вище перерахованих груп високого ризику щодо інфікування ВІЛ.

8.2. Чисельником показника є кількість представників кожної з вище-перерахованих груп, які протягом останніх 12 місяців зверталися за тестуванням на ВІЛ та одержали його результати. Знаменником показника є загальна кількість опитаних представників відповідної групи.

9. Національний показник № 9 «Відсоток осіб, яких охоплено профілактичними програмами: серед споживачів ін'єкційних наркотиків; серед осіб, які надають статеві послуги за плату; серед чоловіків, які мають секс із чоловіками; серед засуджених; серед дітей та молоді з груп високого ризику щодо інфікування ВІЛ (віком 15–24 роки)».

9.1. Метод вимірювання: спеціальні поведінкові дослідженні серед представників вищеперерахованих груп високого ризику щодо інфікування ВІЛ.

9.2. Чисельником показника є кількість представників кожної з вище перерахованих груп, які відповіли, що знають, де можна пройти тестування на ВІЛ, та протягом останніх 12 місяців безкоштовно отримували презервативи (для споживачів ін'єкційних наркотиків: презервативи та шприци). Знаменником показника є загальна кількість опитаних представників відповідної групи.

10. Національний показник № 10: «Відсоток сиріт та вразливих щодо ВІЛ дітей віком 0–17 років, чиї домогосподарства отримують безкоштовну базову зовнішню допомогу по догляду за дитиною».

10.1. В Україні не застосовується.

10.2. Для Національного звіту 2008 року країни повинні розглянути кожний ключовий показник, рекомендований ЮНЕЙДС. Якщо країна не представляє дані для певного показника, вона надає пояснення такого рішення.

10.3. Показник «Відсоток сиріт та вразливих щодо ВІЛ дітей віком 0–17 років, чиї домогосподарства отримують безкоштовну базову зовнішню допомогу по догляду за дитиною» неможливо застосувати в Україні, оскільки поширеність ВІЛ серед дорослого населення у 2005 році в країні оцінювалася на рівні 1,5%, а моніторинг цього показника потрібно проводити тільки за умови високої поширеності ВІЛ-інфекції (5% або вище).

11. Національний показник № 11 «Відсоток загальноосвітніх навчальних закладів, які мають підготовлених вчителів і протягом останнього навчального року забезпечили навчання учнів за програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ».

11.1. Метод вимірювання: аналіз адміністративних даних Міністерства освіти і науки України.

11.2. Чисельником є кількість загальноосвітніх навчальних закладів, які мають учителів, що пройшли навчання та на постійній основі викладають програми щодо ВІЛ/СНІДу на основі життєвих навичок. Знаменником є кількість загальноосвітніх навчальних закладів.

12. Національний показник № 12 «Поточне відвідування школи дітьми-сиротами і дітьми, які мають батьків, віком 10–14 років».

12.1. В Україні не застосовується.

12.2. Для Національного звіту 2008 року країни повинні розглянути кожний ключовий показник, рекомендований ЮНЕЙДС. Якщо країна не представляє дані для певного показника, вона надає пояснення такого рішення.

12.3. Показник «Поточне відвідування школи дітьми-сиротами і дітьми, які мають батьків, віком 10–14 років» неможливо застосувати в Україні, тому що згідно із законодавством України загальна середня освіта є обов'язковою для всіх дітей незалежно від їх соціального стану.

13. Національний показник № 13 «Відсоток молодих людей віком 15-24 роки, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається».

13.1. Метод вимірювання: спеціальне соціологічне дослідження серед молоді на основі репрезентативної загальнонаціональної вибірки.

13.2. Чисельником показника є кількість респондентів віком 15–24 роки, які правильно відповіли на всі запитання. Знаменником показника є кількість респондентів віком 15–24 роки, які надали відповіді (у тому числі «не знаю») на всі запитання.

14. Національний показник № 14 «Відсоток осіб, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають як вона не передається: серед споживачів ін'єкційних наркотиків; серед осіб, які надають статеві послуги за плату; серед чоловіків, які мають секс із чоловіками; серед засуджених; серед військовослужбовців».

14.1. Метод вимірювання: спеціальні поведінкові дослідженні серед представників вищеперерахованих груп.

14.2. Чисельником показника є кількість респондентів кожної з вище-перерахованих груп, які правильно відповіли на всі запитання щодо шляхів передачі ВІЛ. Знаменником показника є кількість респондентів відповідної групи, які надали відповіді (у тому числі «не знаю») на всі запитання.

15. Національний показник № 15 «Відсоток молодих людей віком від 15 до 24 років, які мали статеві контакти у віці до 15 років»

15.1. Метод вимірювання: спеціальне соціологічне дослідження серед молоді на основі репрезентативної загальнонаціональної вибірки.

15.2. Чисельником показника є кількість респондентів віком від 15 до 24 років, які повідомили вік, у якому відбувся перший статевий контакт у віці до 15 років. Знаменником показника є загальна кількість респондентів віком від 15 до 24 років.

16. Національний показник № 16 «Відсоток чоловіків та жінок віком від 15 до 49 років, які мали статеві контакти більш ніж з одним партнером протягом останніх 12 місяців».

16.1. Метод вимірювання: спеціальне соціологічне дослідження серед загального населення на основі репрезентативної загальнонаціональної вибірки.

16.2. Чисельником показника є кількість респондентів, чоловіків та жінок, віком від 15 до 49 роки, які мали статеві контакти більш ніж з одним партнером протягом останніх 12 місяців. Знаменником показника є кількість респондентів віком від 15 до 49 років.

17. Національний показник № 17 «Відсоток жінок та чоловіків віком від 15 до 49 років, у яких було більше одного статевого партнера протягом останніх 12 місяців і які підтверджують використання презерватива під час останнього статевого акту».

17.1. Метод вимірювання: спеціальне соціологічне дослідження серед загального населення на основі репрезентативної загальнонаціональної вибірки.

17.2. Чисельником показника є кількість респондентів, жінок та чоловіків, віком від 15 до 49 років, у яких було більше одного статевого партнера протягом останніх 12 місяців і які підтверджують використання презерватива під час останнього статевого акту. Знаменником показника є кількість респондентів віком від 15 до 49 роки, у яких було більше одного статевого партнера протягом останніх 12 місяців.

18. Національний показник № 18 «Відсоток осіб серед опитаних, які протягом останніх 12 місяців надавали статеві послуги за плату та повідомили про використання презервативів під час статевого акту з останнім клієнтом».

18.1. Метод вимірювання: спеціальне поведінкове дослідження серед осіб, які надають статеві послуги за плату.

18.2. Чисельником показника є кількість респондентів з числа осіб, які протягом останніх 12 місяців надавали статеві послуги за плату і які повідомили про використання презервативів з останнім клієнтом. Знаменником є загальна кількість респондентів з числа осіб, які протягом останніх 12 місяців надавали статеві послуги за плату.

19. Національний показник № 19 «Відсоток чоловіків, які використали презерватив під час останнього статевого акту із партнером-чоловіком».

19.1. Метод вимірювання: спеціальне поведінкове дослідження серед чоловіків, які мають статеві контакти з чоловіками (ЧСЧ).

19.2. Чисельником показника є кількість респондентів з числа ЧСЧ, які повідомили про використання презерватива під час останнього анального статевого акту з партнером-чоловіком. Знаменником показника є кількість

респондентів з числа ЧСЧ, які мали анальний секс з партнером-чоловіком за останні 6 місяців.

20. Національний показник № 20 «Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про використання презерватива під час останнього статевого акту».

20.1. Метод вимірювання: спеціальне поведінкове дослідження серед споживачів ін'єкційних наркотиків.

20.2. Чисельником показника є кількість респондентів, які вказали, що вони використали презерватив під час останнього статевого акту. Знаменником показника є кількість респондентів, які вказали, що вони мали статевий контакт протягом останнього місяця.

21. Національний показник № 21 «Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про використання стерильного ін'єкційного інструментарію підчас останньої ін'єкції».

21.1. Метод вимірювання: спеціальне поведінкове дослідження серед споживачів ін'єкційних наркотиків.

21.2. Чисельником показника є кількість респондентів, які вказали, що вони користувалися стерильним ін'єкційним інструментарієм під час останньої ін'єкції. Знаменником показника є кількість респондентів, які вказали, що вони протягом останнього місяця вживали ін'єкційні наркотики.

22. Національний показник № 22 «Відсоток ВІЛ-інфікованих молодих людей віком від 15 до 24 років».

22.1. В Україні не застосовується

22.2. Для Національного звіту 2008 року країни повинні розглянути кожний ключовий показник, рекомендований ЮНЕЙДС. Якщо країна не представляє дані для певного показника, вона надає пояснення такого рішення.

22.3. Показник «Відсоток ВІЛ-інфікованих молодих людей віком від 15 до 24 років» застосовується для країн з генералізованою стадією епідемії і дозволяє отримати доволі достовірну оцінку останніх тенденцій поширення ВІЛ у тих країнах, де епідемія поширюється в результаті гетеросексульних контактів.

Однак, цей показник є менш надійним для характеристики тенденцій розвитку епідемії ВІЛ в тих країнах, де ВІЛ-інфекція зосереджена в групах населення з поведінкою високого ризику.

22.4. Україна, де поширеність ВІЛ серед дорослого населення у 2005 році оцінювалась на рівні 1,5%, а серед вагітних жінок, за оперативними даними Міністерства охорони здоров'я, менше одного відсотка, належить до країн з концентрованою стадією епідемії. Тому, Україна у Звіті 2008 року надає показник № 23 «Поширеність ВІЛ-інфекції за даними епідеміологічних досліджень: серед споживачів ін'єкційних наркотиків; серед осіб, які на-

дають статеві послуги за плату; серед чоловіків, які мають секс із чоловіками», тобто серед груп високого ризику щодо інфікування ВІЛ, які визначають епідемічний процес у країні.

23. Національний показник № 23 «Поширеність ВІЛ-інфекції за даними епідеміологічних досліджень: серед споживачів ін'єкційних наркотиків; серед осіб, які надають статеві послуги за плату; серед чоловіків, які мають секс із чоловіками».

23.1. Метод вимірювання: аналіз даних дозорних епідеміологічних досліджень.

23.2. Чисельником показників є кількість представників уразливих груп, які пройшли тестування на ВІЛ і виявилися ВІЛ-позитивними. Знаменниками показників є кількість представників відповідної групи, які пройшли тестування на ВІЛ.

24. Національний показник № 24 «Відсоток людей із ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують лікування через 12 місяців після початку антиретровірусної терапії».

24.1. Метод вимірювання: аналіз даних програмного моніторингу.

24.2. Чисельником показника є кількість дорослих та дітей, які продовжують лікування через 12 місяців після початку АРТ. Знаменником показника є загальна кількість дорослих та дітей, які почали лікування протягом 12 місяців до звітного періоду, у тому числі ті, хто помер, припинив АРТ та був утрачений для подальшого спостереження.

25. Національний показник № 25 «Відсоток ВІЛ-інфікованих дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями».

25.1. Метод вимірювання: статистичне моделювання.

25.2. Країни не зобов'язані надавати будь-які дані за цим показником. Він буде змодельований у штаб-квартирі ЮНЕЙДС на основі даних показника № 5 «Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які отримали антиретровірусні препарати з метою зниження ризику передачі ВІЛ від матері дитині».

26. Національний показник № 26 «Відсоток військовослужбовців, які повідомили про користування презервативами під час статевих контактів із непостійними партнерами».

26.1. Метод вимірювання: спеціальне поведінкове дослідження серед військовослужбовців.

26.2. Чисельником показника є кількість респондентів, які повідомили, що мали непостійного статевого партнера (з яким не перебувають в шлюбі і не живуть спільно) за останні 12 місяців, а також що під час останнього статевого контакту із цим партнером вони використали презерватив. Знаменником показника є кількість опитаних військовослужбовців, які вказали, що мали непостійного статевого партнера (з яким не перебувають в шлюбі і не живуть спільно) за останні 12 місяців.

Навчальне видання

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ З ПРОВЕДЕННЯ ДОСЛІДЖЕНЬ ДЛЯ МОНІТОРИНГУ ВІДПОВІДІ НА ЕПІДЕМІЮ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

Підписано до друку 15.09.2008.
Папір офсетний.
Гарнітура OfficinaSansC. Друк офсетний.
Тираж 1000 прим. Зам.№ 38/9

Реквізити видавця
МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»
вул. Димитрова 5, корпус 10а, 03680, Київ, Україна
Тел.: (+38 044) 490 54 85 (6,7,8) Факс: (+38 044) 490 54 89
E-mail:office@aidsalliance.org.ua
http://www.aidsalliance.org.ua

Реквізити друкарні
Формат 70х108/16
Ум. друк. арк. 5,58 Фіз. друк. арк. 6
ТОВ "Агентство"Україна"
01034, Київ-34, вул. О. Гончара, 55, оф. 60