

АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОТЧЕТ
по результатам
социологического исследования
«Оценка численности групп высокого
риска инфицирования ВИЧ в Украине»
по состоянию на 2009 год

Киев 2010

Авторский коллектив

- А. А. Берлева**, консультант отдела мониторинга и оценки МБФ «Международный Альянс по ВИЧ / СПИД в Украине», аналитик компании «Touchpoll Ukraine»;
- К. В. Думчев**, специалист по ВИЧ/СПИД/ИППП профилактике, Бюро ВОЗ в Украине;
- Ю. В. Кобыща**, медицинский специалист Программы по ВИЧ / СПИД, Бюро ВОЗ в Украине, кандидат медицинских наук;
- В. И. Паниотто**, генеральный директор Киевского международного института социологии, профессор факультета социологии Национального университета «Киево-Могилянская академия», доктор философских наук;
- Т. В. Петренко**, руководитель отдела количественных исследований Киевского международного института социологии, магистр социологии;
- Т. А. Салюк**, менеджер отдела мониторинга и оценки МБФ «Международный Альянс по ВИЧ / СПИД в Украине»;
- И. А. Шваб**, специалист отдела мониторинга и оценки МБФ «Международный Альянс по ВИЧ / СПИД в Украине».



Публикация подготовлена и издана при финансовой поддержке МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине» в рамках программы «Поддержка профилактики ВИЧ и СПИД, лечения и ухода для наиболее уязвимых групп населения в Украине», поддержанной Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Изложенные в данной публикации мысли и точки зрения являются мыслями и точками зрения авторов и не могут рассматриваться как мысли или точка зрения Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией не участвовал в согласовании и утверждении как непосредственно материала, так и возможных выводов, вытекающих из него.

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

© МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине»

Адрес: ул. Димитрова, 5, корпус 10А, 9-й этаж

03680, г. Киев, Украина

Тел.: (044) 490-54-85

Факс: (044) 490-54-89

E-mail: office@aidsalliance.org.ua

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

БЛАГОДАРНОСТЬ

Авторы выражают благодарность американским исследователям за консультации и помощь в овладении методом «The network scale-up»:

Харви Рассел Бернارد, почетный профессор антропологии, Университет Флориды, США;

Кристофер Маккарти, адъюнкт-профессор, директор исследовательского центра, Университет Флориды, США;

Мэтью Дж. Салганик, доцент департамента социологии, Принстонский университет, США.

Авторы выражают также искреннюю благодарность украинским экспертам, консультантам исследования и членам Межведомственной рабочей группы по вопросам мониторинга и оценки эффективности выполнения программных мероприятий по противодействию ВИЧ-инфекции/СПИДу, без участия и помощи которых исследование не состоялось бы:

Ольга Балакирева, Институт экономики и прогнозирования НАН Украины, Украинский институт социальных исследований им. А. Яременко;

Андрей Бова, Государственный научно-исследовательский институт МВД Украины;

Анатолий Бондаренко, ВБО «Время жизни плюс»;

Лариса Бочкова, Украинский центр профилактики и борьбы со СПИДом;

Ольга Варецкая, МБФ «Международный Альянс по ВИЧ / СПИД в Украине»;

Сергей Дворяк, Украинский институт исследований политики в сфере общественного здравоохранения;

Анна Довбах, МБФ «Международный Альянс по ВИЧ / СПИД в Украине»;

Тарас Карасийчук, ОО «Гей-Альянс»;

Максим Касянчук, ОО «Донбасс-СоцПроект»;

Зорян Кись, ВБО «Всеукраинская сеть ЛЖВ»;

Лидия Козуб, Государственная социальная служба Украины для семьи, детей и молодежи;

Юрий Круглов, Украинский центр профилактики и борьбы со СПИДом;

Виолетта Марциновская, Украинский центр профилактики и борьбы со СПИДом;

Ирина Мишина, Всеукраинская лига «Легалайф»;

Владимир Миколенко, ВБО «Всеукраинская сеть ЛЖВ»;

Марина Мурашова,	Проект «Управление в вопросах ВИЧ/СПИДа», ПРООН в Украине;
Станислав Науменко,	ОО «Гей-Альянс»;
Елена Нечосина,	Немецкое общество технического сотрудничества (GTZ) в Украине;
Олег Семерик,	Проект Развития ВИЧ/СПИД-сервиса в Украине, который финансируется USAID;
Жанна Пархоменко,	независимый эксперт по вопросам ВИЧ/СПИДа;
Наталья Погорелая,	независимый эксперт-аналитик;
Мария Резниченко,	Украинский медицинский и мониторинговый центр по алкоголю и наркотикам МОЗ Украины;
Виней Салдана,	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС);
Светлана Сидяк,	Украинский медицинский и мониторинговый центр по алкоголю и наркотикам МОЗ Украины;
Святослав Шеремет,	ВОО «Гей-Форум Украины»;
Алексей Яременко,	Проект Развития ВИЧ/СПИД-сервиса в Украине, который финансируется USAID.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	7
ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ЧИСЛЕННОСТИ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ В УКРАИНЕ В 2009 ГОДУ	12
МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ	15
ОЦЕНКА ЧИСЛЕННОСТИ ГРУПП ПОВЫШЕННОГО РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ И ГРУПП-МОСТИКОВ МЕТОДОМ «НАРАЩИВАНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ»	21
РАСЧЕТЫ ОЦЕНОЧНОЙ ЧИСЛЕННОСТИ ПИН	33
РАСЧЕТЫ ОЦЕНОЧНОЙ ЧИСЛЕННОСТИ РКС	36
РАСЧЕТЫ ОЦЕНОЧНОЙ ЧИСЛЕННОСТИ МСМ	40
ОЦЕНКИ ЧИСЛЕННОСТИ ПОЛОВЫХ ПАРТНЕРОВ ПИН	46
ОЦЕНКИ ЧИСЛЕННОСТИ КЛИЕНТОВ ЖКС	48
ОЦЕНКИ ЧИСЛЕННОСТИ ЖЕНЩИН – ПОЛОВЫХ ПАРТНЕРШ МСМ	50
ОЦЕНКА ЧИСЛЕННОСТИ ГРУПП ПОВЫШЕННОГО РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ В ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ МЕТОДОМ «ЗАГАДАННЫЙ ЗНАКОМЫЙ»	53
ОЦЕНКА ЧИСЛЕННОСТИ ГРУПП ПОВЫШЕННОГО РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ И ГРУПП-МОСТИКОВ МЕТОДОМ «КОЭФФИЦИЕНТОВ»	57
РАСЧЕТЫ ОЦЕНОЧНОЙ ЧИСЛЕННОСТИ ПИН	64
РАСЧЕТЫ ОЦЕНОЧНОЙ ЧИСЛЕННОСТИ ЖКС	69
РАСЧЕТЫ ОЦЕНОЧНОЙ ЧИСЛЕННОСТИ МСМ	72
РАСЧЕТЫ ОЦЕНОЧНОЙ ЧИСЛЕННОСТИ ПОЛОВЫХ ПАРТНЕРОВ ПИН ..	75
РАСЧЕТЫ ОЦЕНОЧНОЙ ЧИСЛЕННОСТИ КЛИЕНТОВ ЖКС	77
РАСЧЕТЫ ОЦЕНОЧНОЙ ЧИСЛЕННОСТИ ЖЕНЩИН – ПОЛОВЫХ ПАРТНЕРШ МСМ	80
НАЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СИТУАЦИИ ПО ВИЧ/СПИД В УКРАИНЕ, ОСУЩЕСТВЛЕННАЯ В 2009 ГОДУ	82
ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ДАЛЬНЕЙШИХ ИССЛЕДОВАНИЙ	88
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	92
ПРИЛОЖЕНИЯ	94
Приложение 1. Данные по количеству пин в разрезе областей и отдельных городов	95
Приложение 2. Данные по количеству жкс в разрезе областей и отдельных городов	100
Приложение 3. Данные по количеству мсм в разрезе областей и отдельных городов	105
Приложение 4. Перечень источников статистической информации	106

Перечень условных сокращений

RDS	(respondent driven sampling) – выборка, направляемая и реализуемая самими респондентами;
TLS	(time-location sampling) – выборка по месту и времени;
Альянс	МБФ «Международный Альянс по ВИЧ / СПИД в Украине»;
АРТ	антиретровирусная терапия;
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека;
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения;
ДБНОН	Департамент борьбы с незаконным оборотом наркотиков МВД Украины;
ДИТ МВД	Департамент информационных технологий МВД Украины;
ЖКС	(женщины коммерческого секса) женщины, которые предоставляют сексуальные услуги за плату;
СМИ	средства массовой информации;
ЗПТ	заместительная поддерживающая терапия;
ИППП	инфекции, передающиеся половым путем;
КМИС	Киевский международный институт социологии;
ЛГБТ сообщество	сообщество лесбиянок, геев, бисексуалов и трансгендерных людей;
ЛЖВС	люди, живущие с ВИЧ/СПИД;
ЛПУ	лечебно-профилактические учреждения;
МВД	Министерство внутренних дел Украины;
МиО	мониторинг и оценка;
МОЗ	Министерство здравоохранения;
НПО	неправительственная организация;
ОВД	органы внутренних дел;
ООН	Организация Объединенных Наций;
УЗО	учреждения здравоохранения;
РКС	(работники коммерческого секса) мужчины и женщины, которые предоставляют сексуальные услуги за плату;
РОПУ	региональная оценка с привлечением к участию;
ПИН	потребители инъекционных наркотиков;
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита;
МКС	(мужчины коммерческого секса) мужчины, которые предоставляют сексуальные услуги за плату;
МСМ	мужчины, практикующие секс с мужчинами;
ЮНЭЙДС	объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу;
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН.

ВВЕДЕНИЕ

Украина входит в список стран Восточной Европы, наиболее охваченных эпидемией ВИЧ/СПИДа. Согласно последним официальным данным, масштабы эпидемии ВИЧ-инфекции/СПИДа в Украине продолжают расти, несмотря на комплекс мер, реализуемых в стране для приостановления эпидемии. Со времени выявления первого случая ВИЧ-инфекции в Украине в 1987 году до 2009 года включительно официально зарегистрировано 162 591 случай инфицирования ВИЧ¹. По данным Украинского центра профилактики и борьбы со СПИДом МОЗ Украины, по состоянию на 01.01.2010 в стране официально находятся под диспансерным наблюдением 101 182 ВИЧ-позитивных человека. Среди них 11 827 человек с установленным диагнозом СПИД².

В результате внедрения широкомасштабных программ антиретровирусной терапии (АРТ) в Украине в 2007 году впервые зарегистрировано снижение уровня заболеваемости СПИДом (на 3% по сравнению с аналогичным показателем за 2006 год), а в 2009 году впервые, по сравнению с предыдущим годом, уменьшилось количество случаев смерти от болезней обусловленных СПИДом (на 2,6%). Несмотря на это, СПИД остается серьезной проблемой для Украины, поскольку в данный период времени все еще невозможно предоставить возможность доступа к антиретровирусной терапии всем больным по причине ее очень высокой стоимости.

Основными путями инфицирования ВИЧ в Украине являются половой (преимущественно гетеросексуальный) и парентеральный (преимущественно вследствие введения наркотических веществ инъекционным путем). Статистические данные демонстрируют, что в последние годы среди общего количества новых случаев заражения ВИЧ наблюдается уменьшение удельного веса случаев инфицирования вследствие введения наркотиков инъекционным путем и увеличение доли случаев заражения половым путем. Однако необходимо учитывать, что уменьшение удельного веса ПИН среди ВИЧ-инфицированных отмечается на фоне увеличения общего числа новых случаев инфицирования ВИЧ, поскольку общая численность случаев инфицирования среди ПИН за последние 4 года (2006–2009 годы) практически не менялась и колебалась в диапазоне 7000–7130 человек.

В целом, с момента выявления ВИЧ-инфекции в Украине в 1987 году, официально зафиксировано относительно небольшое абсолютное количество случаев инфицирования в результате гомосексуальных половых контактов (319 случаев). Однако, в последние годы (начиная с 2005 года) растет количество официально зарегистрированных случаев ВИЧ-инфицирования среди мужчин, практикующих секс с мужчинами (за последние пять лет количество таких случаев возросло почти в 5 раз).

Данные дозорных эпидемиологических исследований показывают³, что эпидемия ВИЧ-инфекции в Украине остается концентрированной в группах высокого риска инфицирования, таких как потребители инъекционных нар-

¹ Оперативная информация МОЗ Украины относительно заболеваемости ВИЧ\СПИДом, январь 2010 г. (<http://www.moz.gov.ua/ua/main/icsm/sesinfo/>)

² ВІЛ-інфекція в Україні: інформаційний бюлетень. - № 33.- К.: 2010.- 56 с.

³ Там же..

котиков (ПИН), работники коммерческого секса (РКС). К группам риска следует также отнести мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ).

Общепризнанным является факт, что официальная статистика не отображает реальных масштабов эпидемии ВИЧ / СПИД в Украине, поскольку она учитывает только тех людей, у которых была обнаружена ВИЧ-инфекция в ходе тестирования на антитела к ВИЧ. Понятно, что неучтенной остается и доля ВИЧ-инфицированных людей, которые не проходили тестирование и, соответственно, не осведомлены о своем ВИЧ-положительном статусе. С целью оценки реальной ситуации с ВИЧ/СПИД в стране и усиление эффективности ответа Украины на эпидемию в условиях ее концентрированной стадии важным является получение точных данных о количестве людей, которые на данный момент принадлежат к основным группам повышенного риска инфицирования ВИЧ.

Оценка общего количества представителей групп повышенного риска инфицирования ВИЧ, как на национальном, так и на локальном уровне, является важным стратегическим ресурсом для дальнейшего принятия решений относительно ответа на эпидемию ВИЧ/СПИД.

Результаты оценки численности групп риска могут быть использованы в нескольких направлениях деятельности по преодолению эпидемии ВИЧ/СПИД. Они могут быть обозначены таким образом:

- 1) Оценка и прогнозирование ситуации по ВИЧ / СПИД в стране:
 - расчеты оценочной численности людей, живущих с ВИЧ / СПИД;
 - прогнозирование распространения эпидемии ВИЧ / СПИД;
 - оценка нагрузки и возможного масштаба ВИЧ-эпидемии в случае, если не будут приняты эффективные профилактические меры.
- 2) Эффективное планирование, реализация и оценка профилактических программ, развитие ВИЧ-сервисных организаций⁴:
 - оценки уровня охвата целевых групп профилактическими интервенциями;
 - обоснование и определение количественных показателей развития профилактических программ;
 - расчеты смет расходов для обеспечения запланированного уровня охвата целевых групп и приобретения необходимого количества средств предотвращения инфицирования ВИЧ и изготовления необходимого количества информационно-образовательных материалов;
 - расчеты затрат на приобретение тест-систем для диагностики ВИЧ-инфекции и расходов, связанных с лечением и уходом больных ВИЧ/СПИДом, социальным сопровождением ВИЧ-инфицированных и членов их семей;
 - планирование развития сети НПО и других ВИЧ-сервисных структур.
- 3) Оценка и планирование предоставления специализированного лечения:
 - определение объема потребностей в антиретровирусной терапии (АРТ);
 - расчеты количества потребителей инъекционных наркотиков (а именно потребителей опиатов), которые нуждаются в заместительной поддерживающей терапии (ЗПТ).
- 4) Обоснование лоббирования изменений государственной политики в сфере ВИЧ/СПИД.

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

5) Расчеты выборочных совокупностей для проведения поведенческих, эпидемиологических и других исследований среди представителей групп риска и общего населения.

За последнее десятилетие в Украине осуществлялась не одна попытка оценить численность групп риска на локальном уровне.

В 1999–2000 годах был осуществлен ряд оценок численности женщин, предоставляющих сексуальные услуги за вознаграждение (ЖКС) на локальном уровне⁵. В 2001 году были представлены оценочные данные численности этой группы риска в городах с населением свыше 200 тыс. человек, которая составляла 17 500 человек. По мнению экспертов на тот момент численность ЖКС на уровне страны составляла не менее 180 тыс. человек⁶.

Первая попытка оценить количество потребителей инъекционных наркотиков была сделана в 2002 году Центром «Социальный мониторинг» при поддержке Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ), Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) в Украине и при активном участии представителей региональных проектов в 20 городах страны (руководитель исследования – канд. социол. наук О. Балакирева). Методология проведения исследования базировалась на стратегии сочетания количественных и качественных методик получения информации, параллельном использовании разных источников данных, триангуляции⁷ и верификации результатов в ходе исследования. Применявшиеся методы и технологии (интервьюирование потребителей инъекционных наркотиков; интервьюирование экспертов из числа представителей социального окружения потребителей инъекционных наркотиков; анализ статистических данных относительно количества потребителей инъекционных наркотиков; вторичный анализ предыдущих поведенческих исследований; анализ количества ПИН, охваченных профилактическими программами снижения вреда; повторный охват («capture-recapture»)⁸; оценка общего количества потребителей инъекционных наркотиков методом «коэффициентов») позволили осуществить оценочные расчеты количества ПИН в 20 городах и экстраполировать данные на городское население страны. Количество ПИН среди городского населения было оценено на уровне не менее 560 тыс. человек⁹.

Начиная с 2005 года в рамках реализации проекта «SUNRISE»¹⁰ в Украине применяется методология региональной оценки с привлечением к

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

⁶ Там же.

⁷ Триангуляция, в данном контексте, предполагает синтез и интеграцию данных из различных источников. Используется для установления достоверности и вероятности того, о чем свидетельствуют данные.

⁸ Суть метода «повторный охват» заключается в том, что опрос происходит дважды. После первого интервью респонденты помечаются как прошедшие опрос. Основное предположение метода базируется на том, что возвращаясь в свои группы, респонденты перемешиваются до однородности. Зная количество опрошенных первый раз и долю опрошенных первого «охвата» в выборке второго «охвата», можно рассчитать оценку общей численности исследуемой группы.

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

¹⁰ Объединенные усилия Международного Альянса по ВИЧ/СПИД, Программы оптимальных технологий в здравоохранении (PATH) и Всеукраинской сети людей, живущих с ВИЧ/СПИДом с целью реализации проекта «Усиление ответа на эпидемию ВИЧ/СПИДа в Украине путем предоставления услуг и информации (SUNRISE). Подробнее с проектом «SUNRISE» можно ознакомиться на сайте Альянса (www.aidsalliance.org.ua).

участию (РОПУ). Основной целью РОПУ является оценка ситуации относительно оказания услуг по профилактике ВИЧ/ СПИДа, которые оказываются представителям групп риска на уровне отдельной территориальной единицы, и мобилизация сообществ ПИН, ЖКС, МСМ для противодействия эпидемии. Главной особенностью РОПУ является то, что оценка проводится командами, состоящими из представителей уязвимых к ВИЧ групп (ПИН, ЖКС, МСМ). В ходе реализации РОПУ, осуществляются локальные оценки численности групп риска. К сожалению, на данный момент такие оценки не дают возможности делать выводы на национальном или даже на региональном уровнях.

Первое комплексное исследование, позволившее оценить численность основных групп риска на национальном уровне, было реализовано в 2005 году при финансовой поддержке МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине» в рамках реализации программы «Преодоление эпидемии ВИЧ/СПИД в Украине». Методология комплексного исследования предусматривала использование разнообразных источников информации, проведение вторичного анализа имеющихся данных и осуществление специальных исследований. В ходе исследования были применены следующие методы и технологии оценки: оценка численности по методу «загаданный знакомый»¹¹; оценка численности методом «коэффициентов» с использованием имеющихся статистических данных и результатов опроса целевых групп¹²; оценка численности методом «коэффициентов» с использованием результатов массового опроса населения относительно поведенческих практик¹³; оценка численности методом «коэффициентов» по результатам «повторного охвата»; оценка численности методом «коэффициентов» по результатам поведенческих исследований среди ПИН и ЖКС.

По результатам комплексного исследования, после согласования с экспертами, численность групп риска в Украине была оценена таким образом:

- ПИН – от 325 тыс. до 425 тыс. человек – оценка методом «коэффициентов» на основе показателя «госпитализация» (для оценки уровня охвата целевой группы профилактическими программами рекомендовано 425 тыс. человек);
- ЖКС – от 110 тыс. до 250 тыс. человек – оценки методом «загаданный знакомый» и методом «коэффициентов» по результатам массового опроса населения (для оценки уровня охвата целевой группы профилактическими программами рекомендовано 180 тыс. человек);
- МСМ – от 177 тыс. до 430 тыс. человек – оценки методом «коэффициентов» по результатам массового опроса населения и на основе международного опыта (для оценки уровня охвата целевой группы профилактическими программами рекомендовано 300 тыс. человек).

¹¹ Метод «анонимного знакомого» (или «загаданного знакомого») используется при опросе общего населения и заключается в том, что респондентов просят составить список своих знакомых, которых они хорошо знают, а интервьюер спрашивает о некоторых аспектах деятельности этих людей.

¹² Мониторинговые поведенческие исследования среди ПИН, ЖКС (проведенные Государственным институтом проблем семьи и молодежи и Украинским институтом социальных исследований им. А. Яременко) и МСМ (проведенное Центром социальных экспертиз Института социологии НАН Украины) в 2004 году.

¹³ Социологические опросы: молодежи 14–24 года в рамках проекта «Моніторинг поведінки молоді, як компонент епіднагляду другого покоління» и взрослого населения 25–49 лет «Ставлення та поведінкові орієнтації дорослого населення до проблеми ВІЛ/СНІДу та до людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом».

Основываясь на полученных в 2005 году оценках численности групп повышенного риска инфицирования ВИЧ, в 2007 году было проведено оценку ситуации с ВИЧ/ СПИДом в Украине в том числе и оценку численности лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом¹⁴. По состоянию на конец 2007 года число людей, живущих с ВИЧ/СПИД (ЛЖВ) в Украине было оценено на уровне 440 тыс. человек. Этот показатель включал 344 тыс. взрослых в возрасте 15–49 лет, что составляет 1,63% от населения страны в этом возрастном диапазоне. Указанные оценки были разработаны Украинским центром профилактики и борьбы со СПИДом МОЗ Украины в тесном сотрудничестве с Бюро ВОЗ в Украине, Секретариатом Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу и Международным Альянсом по ВИЧ / СПИД в Украине.

В конце 2008-го – начале 2009 годов в соответствии с рекомендациями относительно проведения таких исследований 1 раз в 4 года¹⁵ было проведено второе комплексное исследование «Оценка численности групп населения с высоким риском инфицирования ВИЧ». Для получения оценочных данных были использованы такие методы: метод «наращивание социальных сетей», метод «загаданный знакомый» и метод «коэффициентов».

Кроме результатов оценки численности ключевых групп риска (ПИН, РКС и МСМ), в результате исследования были получены результаты оценки численности мужчин, предоставляющих сексуальные услуги за плату и основных групп-мостиков (половых партнеров ПИН, клиентов ЖКС и половых партнерш МСМ). Данная публикация содержит в себе подробное описание и результаты этого исследования.

С помощью полученных в ходе этого исследования оценок численности групп риска, в сентябре 2009 года были обновлены оценки относительно ситуации с ВИЧ/СПИД в Украине.¹⁶ Описание процедуры расчетов, результаты оценки численности ЛЖВ и прогнозы развития эпидемии ВИЧ/СПИД в Украине приведены в разделе «Национальная оценка ситуации по ВИЧ/ СПИД в Украине, осуществленная в 2009 году» данной публикации.

Основным результатом исследования являются согласованные на национальном и региональных уровнях оценки численности ПИН, ЖКС и МСМ, рекомендованные для широкого использования. Однако, учитывая специфику целевых групп, следует помнить о том, что все приведенные в данной публикации оценки должны рассматриваться как приблизительные, поскольку все они базируются на определенных предположениях. Таким образом, все оценки численности групп риска, приведенные в данной работе, являются гипотетическими и не могут рассматриваться как однозначные и окончательные.

¹⁴ Звіт про узгоджену національну оцінку ситуації з ВІЛ/СНІД в Україні станом на кінець 2007 року. Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом; Міністерство охорони здоров'я України; Всесвітня організація охорони здоров'я; Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні; Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу. – К.: 2008.

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

¹⁶ Национальная оценка ситуации по ВИЧ/СПИД в Украине по состоянию на начало 2009 года. Разработана при участии Украинского центра профилактики и борьбы со СПИДом МОЗ Украины, Бюро Всемирной организации здравоохранения в Украине, Международного Альянса по ВИЧ / СПИД в Украине, Объединенной программы ООН по ВИЧ / СПИДу.

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ЧИСЛЕННОСТИ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ В УКРАИНЕ В 2009 ГОДУ

В этом разделе представлены общие оценочные данные о количестве групп высокого риска инфицирования ВИЧ (ПИН, ЖКС¹⁷ и МСМ) в Украине, полученные в ходе исследования 2009 года. Именно эти данные рекомендуется использовать при описании ситуации в Украине, касательно численности групп населения уязвимых к ВИЧ.

На основе полученных, с помощью различных методов оценок (метод «наращивание социальных сетей» и метод «коэффициентов»)¹⁸, предварительно были выделены оценочные диапазоны численности ключевых групп риска инфицирования на уровне страны (ПИН, ЖКС и МСМ), рекомендуемые для дальнейшего широкого использования. В табл. 1 приведены эти рекомендованные оценочные интервалы.

На основе этих данных члены Межведомственной рабочей группы по вопросам мониторинга и оценки (МиО) эффективности выполнения программных мероприятий по противодействию ВИЧ-инфекции/СПИДу приняли оценки, рекомендуемые для планирования уровня охвата услугами представителей групп риска в рамках программ профилактики ВИЧ/СПИД в Украине.

Таблица 1

Рекомендованные к использованию оценки общей численности основных групп повышенного риска инфицирования ВИЧ в Украине, лиц

	ПИН ¹⁹	ЖКС ²⁰	МСМ ²¹
Интервал оценочного количества группы на уровне страны, рекомендованный для использования	230 000–360 000	65 000–93 000	95 000–213 000
Оценка, рекомендованная для планирования охвата группы профилактическими услугами	290 000	70 000	95 000

¹⁷ По результатам исследования утверждены оценки численности женщин–РКС (ЖКС), а не РКС в целом. Это обусловлено тем, что группа мужчин–РКС (МКС) в Украине на сегодня достаточно мала, закрыта и труднодоступна для проведения исследований.

¹⁸ Подробно методы оценки описаны в соответствующих разделах.

¹⁹ В качестве нижней границы оценочной численности взяты результаты расчетов методом «коэффициентов» на основе показателей охвата ПИН профилактическими услугами. Верхняя граница диапазона – оценка, которая была вычислена методом «наращивание социальных сетей» с коррекцией погрешности неискренности ответов респондентов и метода «коэффициентов» на основе показателей госпитализации. Для планирования охвата профилактическими услугами рекомендуется использовать округленную среднюю оценку оценочного диапазона численности ПИН.

²⁰ Рекомендуется использовать оценку численности ЖКС, полученную в результате расчетов методом «наращивание социальных сетей» с коррекцией погрешности неискренности ответов респондентов. Для планирования охвата профилактическими услугами рекомендуется округленная средняя оценка оценочного диапазона численности ЖКС за исключением ЖКС, которые в связи с практикой употребления наркотиков скорее должны быть отнесены к группе ПИН (11,5% – примерно 9 тыс. человек).

²¹ Полученные с помощью различных методов оценки численности МСМ были вынесены на рассмотрение участников постоянной референтной группы по вопросам ЛГБТ-сообществ и МСМ проектов в Украине, которые детально рассмотрели процедуру расчета и сами оценки. По результатам обсуждения было принято решение рекомендовать для общего использования оценку, рассчитанную методом «коэффициентов» на основе результатов опроса общего населения в 2004 году. Для планирования охвата профилактическими услугами рекомендуется нижняя граница оценочного диапазона, поскольку рассчитанный диапазон касается мужчин, имеющих опыт однополых отношений, но не обязательно практикующих однополый секс с определенной регулярностью.

В ходе исследования также были рассчитаны и согласованы на соответствующем уровне региональные оценки численности основных групп повышенного риска инфицирования ВИЧ (табл. 2).

Таблица 2

Согласованные на региональном уровне оценки численности основных групп повышенного риска инфицирования ВИЧ в Украине, лиц

АР Крым/ Область/ Город	ПИН	ЖКС	МСМ	Результаты рассмотрения и дата принятия решения ²²
АР Крым	22 600	4000	4000	Утверждено 02.07.2009
Винницкая*	6500	1200	3300	Согласовано 30.04.2009
Волынская	5000	1000	1000	Утверждено 29.09.2009
Днепропетровская	17 000**	3700	7000	Принято к сведению 23.11.2009
Донецкая	60 000	10 700	9100	Утверждено 16.09.2009
Житомирская	7500	1200	2600	Утверждено 11.09.2009
Закарпатская	500**	500	— ²³	Утверждено 29.09.2009
Запорожская	18000	4500	3700	Утверждено 31.03.2010
Ивано-Франковская	3000	1500	300	Утверждено 08.10.2009
Киевская*	15 200	2700	3600	Согласовано 30.04.2009
Кировоградская	2000	230	1500	Утверждено 29.09.2009
Луганская	15 000	4100	4800	Утверждено 13.10.2009
Львовская	9000	1600	5400	Утверждено 25.09.2009
Николаевская	10 109	2900	2000	Утверждено 10.07.2009
Одесская	15 500**	8000	5500	Принято к сведению 28.10.2009
Полтавская*	8000	1500	3000	Согласовано 30.04.2009
Ровенская*	3000	600	700	Согласовано 30.04.2009
Сумская*	10 000	1800	1200	Согласовано 30.04.2009
Тернопольская*	3000	600	2200	Согласовано 30.04.2009
Харьковская	13 000	2300	5900	Утверждено 22.12.2009
Херсонская	8000	1500	2300	Утверждено 08.09.2009
Хмельницкая	8000	1500	2700	Утверждено 23.07.2009
Черкасская	11 000	2000	2600	Принято к сведению 15.07.2009
Черновицкая	2500	500	1900	Утверждено 06.10.2009
Черниговская	6500	1200	2200	Утверждено 22.09.2009
г. Киев	38 000	6800	14 000	Утверждено 07.07.2009
г. Севастополь	5500	1000	800	Утверждено 02.07.2009

*Оценки не выносились на обсуждение Регионального совета, а были согласованы на заседании Межрегиональной рабочей группы по вопросам мониторинга и оценки.

** Утвержденные данные, по мнению авторов исследования, занижены. Рекомендуется использовать такие оценки для группы ПИН: Днепропетровская область – 55 000 человек, Закарпатская область – 2500 человек, Одесская область – 40 000 человек. Детальной про источники оценок смотрите приложение 1.

Результатом исследования стали также расчеты оценочной численности ключевых групп-мостиков, а именно: половых партнеров ПИН, клиентов ЖКС и женщин – половых партнерш МСМ. Оценки численности групп-мостиков не выносились на обсуждение на заседаниях межрегиональной рабочей группы по вопросам МиО или территориальных координационных советов по вопросам предотвращения распространения ВИЧ/СПИДа. Поэтому данные оценки могут рассматриваться лишь в качестве дополнительной информации, а не как окончательный результат комплексного оценивания.

²² Оценки утверждены Областными советами по вопросам противодействия туберкулезу и ВИЧ-инфекции/СПИДу, созданными на выполнение Постановления Кабинета Министров Украины № 926 «Про внесення змін до Положення про Національну раду з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу і її складу» от 11 июля 2007г. – п.5.

²³ Оценка не утверждена, поскольку данный вопрос требует дальнейшего изучения.

Результаты оценивания численности основных групп-мостиков, лиц

Метод оценки \ Группа	ПИН	Клиенты ЖКС	Женщины – половые партнерши МСМ
Метод «наращивание социальных сетей» ²⁴	32 000	285 000	2700
Метод «коэффициентов» на основе опроса представителей групп риска	669 000 ²⁵	830 000	36 000
Метод «коэффициентов» на основе результатов опроса общего населения	—	220 000 ²⁶	—

Результаты исследования по оценке численности групп высокого риска ВИЧ-инфицирования в Украине также позволили оценить численность ПИН, нуждающихся в заместительной поддерживающей терапии в Украине. Мировой опыт и результаты совместной миссии Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Объединенной программы ООН по ВИЧ /СПИДу (ЮНЭЙДС) и Управления ООН по наркотикам и наркопреступности свидетельствуют о том, что для достижения эффективного воздействия на эпидемию ВИЧ и наркозависимость необходимо обеспечить доступ к заместительной поддерживающей терапии (ЗПТ) 30–40% лиц с опиоидной зависимостью. Учитывая эти рекомендации, на основе оценочной численности ПИН (266 тыс. человек), было рассчитано количество лиц, которых необходимо охватить ЗПТ. По данным поведенческого исследования²⁷ 77,5% ПИН употребляли опиаты инъекционным путем в течение 30 дней, предшествовавших опросу. Следовательно, общая численность опиоидозависимых лиц может быть оценена примерно в 175 тыс. человек. В результате была рассчитана и согласована со специалистами ВОЗ численность лиц, нуждающихся в ЗПТ – 53 тыс. (30% от общей оценочной численности опиоидозависимых).

²⁴ Оценки являются предусмотрено заниженными, учитывая плохую видимость групп риска в социальных прослойках.

²⁵ В данном случае, оценка численности этой «группы-мостика» некорректна и значительно завышена, поскольку невозможно оценить долю лиц в этой группе, которые сами являются ПИН.

²⁶ Оценка является предусмотрено заниженной, поскольку вопрос достаточно интимный, что обуславливает большое количество неискренних ответов на прямой вопрос относительно практики такого рискованного поведения.

²⁷ Данные исследования «Мониторинг поведінки СІН як компонент епіднагляду другого покоління», 2008.

МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель исследования:

оценить численность групп высокого риска инфицирования ВИЧ (ПИН, РКС и МСМ) и представителей групп-мостиков (половых партнеров ПИН, клиентов ЖКС и женщин – половых партнерш МСМ) на национальном и региональном уровнях.

Задачи исследования:

- осуществление сбора информации для оценки численности групп риска и групп-мостиков социологическими методами;
- определение возможных источников дополнительной информации относительно количественных показателей численности групп риска, проверка их надежности, объективности и стабильности;
- определение показателей (вопросов анкет, которые использовались в поведенческих исследованиях среди представителей групп риска), которые могут быть использованы для применения метода «коэффициентов» к имеющимся данным;
- определение оценочной численности групп повышенного риска ВИЧ-инфицирования (ПИН, РКС, МСМ) и представителей групп-мостиков, на национальном и региональном уровнях;
- определение оценочной численности групп риска (ПИН, ЖКС и МСМ) в возрасте от 10 до 17 лет;
- согласование оценок численности, полученных с использованием различных методов на национальном и региональном уровнях;
- разработка рекомендаций по усовершенствованию методических подходов к определению численности групп риска и групп-мостиков, а также инструментария для сбора информации, касающейся представителей групп риска и групп-мостиков.

Определение основных целевых групп

В мировой практике не существует единых устоявшихся критериев, по которым человека можно отнести к группе повышенного риска инфицирования ВИЧ (ПИН, ЖКС и МСМ). Обычно критерием принадлежности к целевой группе является определенная частота рискованного поведения, определяемого в соответствии с целями и задачами исследования. Другими словами, основным критерием отнесения человека к группе риска в контексте противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа является уровень потенциального риска заразиться или заразить другого.

ПИН – потребители инъекционных наркотиков. Лица, которые с определенной регулярностью употребляют инъекционно наркотические вещества, являются ключевой группой распространения ВИЧ. Для того, чтобы выделить эту группу обычно используется такой индикатор, как период употребления наркотиков (в течение года, 6 месяцев, 30 дней). Для решения отдельных задач может также определяться уровень активности потребления, например, люди, употребляющие инъекционные наркотики не реже раза в неделю.

Оценка численности потребителей инъекционных наркотиков в ходе данного исследования была осуществлена методом «наращивание социальных сетей». Дополнительно было вычислено численность ПИН с помо-

щью метода «коэффициентов» с использованием статистических показателей госпитализации наркобольных в стационары, годового охвата ПИН профилактическими услугами и результатов поведенческих исследований среди ПИН.

РКС – работники коммерческого секса. К этой группе относят женщин (ЖКС) и мужчин (МКС), которые используют секс как источник дохода (постоянного или временного). В целом, к этой группе также относятся лица, оказывающие сексуальные услуги с целью достижения определенных целей (например, продвижение по службе). Однако, с точки зрения участия в распространении ВИЧ-инфекции ключевыми представителями этой группы считаются люди, для которых предоставление сексуальных услуг является основным (или одним из основных) источником прибыли, и которые были вовлечены в секс-индустрию в течение определенного времени (неоднократно).

В этом исследовании численность группы РКС оценивалась отдельно для мужчин и женщин, предоставляющих сексуальные услуги за плату, методом «наращивание социальных сетей». Кроме расчетов осуществленных с помощью техник наращивания социальных сетей, было рассчитано дополнительную оценку численности взрослых ЖКС методом «коэффициентов». Оценка базировалась на определении зоны пересечения групп ПИН и ЖКС (принадлежность к двум группам риска: распространенность среди ПИН практики предоставления сексуальных услуг за плату и практики потребления инъекционных наркотиков среди ЖКС).

МСМ – мужчины, практикующие секс с мужчинами. К этой группе также относятся мужчины, оказывающие сексуальные услуги мужчинам за вознаграждение. Часто в качестве критерия принадлежности группе МСМ используется наличие опыта однополых отношений в течение жизни, или же в течение последних 12 месяцев. Учитывая риск инфицирования ВИЧ, в группу МСМ целесообразно включать мужчин, практикующих однополый секс с определенной периодичностью (неоднократно). В целом, вопрос о продолжительности, частоте этих отношений и принудительных отношений все еще остается открытым.

Оценка численности группы МСМ, параллельно с другими группами, была проведена с помощью метода «наращивание социальных сетей». Осуществлены также расчеты оценочной численности МСМ на уровне страны на основе результатов массовых опросов общего населения, которые проводились в Украине в 2004 году. Кроме непосредственных оценок численности группы МСМ также была собрана дополнительная информация относительно оценок численности МСМ в других странах мира.

Группы-мостики - группы людей, которые тесно связаны с группами повышенного риска инфицирования ВИЧ и могут служить проводником (или «мостиком») для распространения вируса среди населения в целом. Учитывая уровень риска инфицирования, в качестве основных групп-мостиков могут быть выделены: 1) половые партнеры ПИН, 2) клиенты ЖКС и 3) женщины – половые партнерши МСМ. Кроме приведенных выше, к группам-мостикам также часто относят дальнобойщиков, трудовых мигрантов, проводников поездов, работников сферы развлечений и рекреации. Но эти категории населения не были объектом оценки в данном исследовании.

По данным Украинского центра профилактики и борьбы со СПИДом МОЗ Украины в последние годы растет удельный вес случаев передачи

ВИЧ-инфекции половым путем. В 2009 году доля лиц, которые были инфицированы половым путем, возросла до 44%²⁸. Специалисты Центра предполагают, что большинство лиц, инфицированных половым путем, были половыми партнерами ПИН, т.е. представителями групп-мостиков, что может свидетельствовать о тенденции к генерализации эпидемии и требует усиления мер по профилактике половой передачи ВИЧ²⁹. Именно поэтому, одной из задач данного исследования было проведение оценки численности групп-мостиков, через которых происходит передача ВИЧ и других инфекций, передающихся половым путем, от ключевых групп риска в общее население.

Так же, как и оценка основных групп повышенного риска инфицирования ВИЧ (ПИН, ЖКС и МСМ) оценка численности групп-мостиков, которые связаны с этими группами, была проведена методом «наращивание социальных сетей». Дополнительно были также осуществлены расчеты численности групп-мостиков методом «коэффициентов», которые базировались на согласованных региональных оценках численности ПИН, ЖКС и МСМ.

Общая методология исследования

Общая методология проведенного исследования характеризуется комплексным подходом, базируется на использовании различных источников информации, проведении вторичного анализа имеющихся данных и специальных исследований, триангуляции и верификации результатов при анализе полученных результатов.

Базовым методом исследования стала процедура наращивания социальных сетей («The network scale-up method»), реализованная Киевским международным институтом социологии (главные исследователи – доктор социол. наук В.И. Паниотто и магистр социологии Т. В. Петренко) при финансовой поддержке МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине». Метод «наращивание социальных сетей» был впервые предложен международной группой исследователей для оценки численности труднодоступных групп в 1986 году³⁰. После этого метод неоднократно применялся в США для оценки численности таких групп, как ВИЧ-позитивные люди, потребители героина, бездомные люди и др. Идея метода заключается в том, чтобы находить представителей целевых групп среди знакомых респондентов – среди их социальных сетей. В отличие от других методов оценки численности труднодоступных групп, этот метод не требует репрезентативных выборок исследуемых групп, а взамен основывается на опросе репрезентативной выборки общего населения. Данный метод был применен Киевским международным институтом социологии в рамках общеукраинского репрезентативного социологического опроса. Исследование стало первым в Украине, проведенным с применением процедуры наращивания социальных сетей. Инструментарий исследования прошел экспертизу Криса МакКартни и Рассела Бернарда – членов исследовательской группы по методу «network scale-up», в которую входят авторы метода и исследователи, наиболее активно занимающиеся его развитием. С помощью метода «наращивание социальных сетей» было совершено оценку численности:

²⁸ ВІЛ-інфекція в Україні: інформаційний бюлетень.- № 33.- 2010.- 56 с.

²⁹ <http://ukraids.org.ua/ipsh>

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

- групп риска – ПИН, РКС, МСМ, и групп-мостиков (сексуальных партнеров ПИН, клиентов ЖКС и сексуальных партнерш–МСМ) как на национальном, так и на региональном (областном) уровнях;
- отдельно групп риска – ПИН, РКС, МСМ – в возрастных категориях 10–14 лет и 15–17 лет.

Для получения дополнительных национальных и региональных оценок численности ПИН, ЖКС, МСМ и групп-мостиков были использованы расчеты, осуществленные по методу «коэффициентов». Для расчета оценок численности этим методом были использованы доступные данные государственной статистики, данные поведенческих исследований среди представителей групп риска (ПИН, ЖКС), данные государственной статистики и учетные данные клиентов негосударственных организаций, работающих в сфере профилактики ВИЧ среди уязвимых групп.

Для получения национальных оценок численности группы МСМ был осуществлен вторичный анализ и экстраполяция данных общеукраинских репрезентативных поведенческих опросов молодежи в возрасте 14–24 года и взрослого населения в возрасте 25–49 лет, реализованных в 2004 году Государственным институтом развития семьи и молодежи (ГИРСМ) и Украинским институтом социальных исследований при финансовой поддержке МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине».

Дополнительно для верификации оценок численности групп риска, полученных с использованием других методов, в одном регионе (г. Донецк) Киевским международным институтом социологии было проведено исследование с использованием метода «загаданный знакомый», предложенного методологами института. Исследование было реализовано в Донецкой области, как в одном из приоритетных регионов в борьбе с ВИЧ/СПИД. В этом исследовании для данного региона были получены оценки численности групп ПИН, ЖКС и МСМ.

Рассчитанные с помощью различных методов национальные и региональные оценки численности ключевых групп повышенного риска инфицирования ВИЧ выносились на рассмотрение Межведомственной рабочей группы по вопросам мониторинга и оценки эффективности выполнения программных мероприятий по противодействию ВИЧ-инфекции/СПИДу. Эта рабочая группа включала в себя ведущих специалистов страны в сферах эпидемиологии, наркологии, социологии, социальной работы. По результатам обсуждения группой экспертов принималось решение о том, какие именно из полученных разными методами оценок лучше отражают реальную ситуацию, сложившуюся в украинском обществе. Предварительно были приняты общенациональные оценки численности основных групп риска (ПИН, ЖКС и МСМ). Региональные оценки численности ПИН, ЖКС и МСМ были переданы на рассмотрение и согласование представителям уполномоченных по вопросам ВИЧ/СПИД региональных учреждений. С утвержденными на национальном и региональном уровнях оценками можно ознакомиться в разделе «Основные результаты оценки численности групп населения с высоким риском инфицирования ВИЧ в Украине в 2009 году» данной публикации.

Эмпирическая база исследования

- Социологический опрос населения с использованием метода «наращивание социальных сетей» («The network scale-up») проведен в декабре 2008-го – январе 2009 годов. Киевским международным инсти-

тутом социологии при финансовой поддержке МБФ «Международный Альянс ВИЧ / СПИД в Украине». Всего в режиме личного интервью в домохозяйствах было опрошено 10 866 респондентов в 478 населенных пунктах Украины (194 города, 103 поселка городского типа и 181 село). Использованная выборка является репрезентативной для населения в возрасте от 14 лет, как для Украины в целом, так и для каждой из 24 областей, АР Крым, городов Киева и Севастополя.

- Данные статистики МОЗ Украины на общенациональном и региональном уровнях: отчет о контингенте и лечении лиц, имеющих расстройства психики и поведения из-за употребления психоактивных веществ в т.ч. опиатов (по состоянию на 01.07.2008); показатели госпитализации наркоманов в наркологические и психиатрические стационары (отчетный период – 2007 год).
- Данные статистики МВД Украины на общенациональном и региональном уровнях: сведения об учете лиц, допускающих немедицинское употребление наркотических средств, психотропных веществ и их аналогов (по состоянию на 1 января 2009 года).
- Результаты исследования «Верификация данных медицинского наркоучета в Украине», проведенного Институтом исследования политики в сфере общественного здоровья при финансовой поддержке Бюро Всемирной организации здравоохранения в Украине и МБФ «Международный Альянс по ВИЧ / СПИД в Украине». Исследование проводилось в декабре 2008-го – январе 2009 годов в Днепропетровске, Донецке, Киеве, Львове, Николаеве, Одессе, Полтаве и Херсоне. Всего были собраны сведения о 13 306 лицах, находящихся на диспансерном наркологическом учете в связи с употреблением наркотических веществ (не алкоголя).
- Социологический опрос ПИН в рамках исследования «Мониторинг поведения потребителей инъекционных наркотиков, как компонент эпиднадзора второго поколения». Всего опрошено 3 711 ПИН в июне – октябре 2008 г. в 16 городах Украины (Днепропетровск, Донецк, Кировоград, Луганск, Луцк, Львов, Николаев, Одесса, Полтава, Симферополь, Сумы, Харьков, Херсон, Хмельницкий, Черкассы и Киев). Исполнитель – Центр социальных и политических исследований «СОЦИС-ЦСПИ» при финансовой поддержке МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине» в рамках реализации программы «Преодоление эпидемии ВИЧ/СПИД в Украине», поддержанной Глобальным Фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.
- Социологический опрос ЖКС в рамках исследования «Мониторинг поведения женщин, предоставляющих сексуальные услуги за плату (ЖКС), как компонент эпиднадзора за ВИЧ второго поколения в 16 городах Украины», проведенного Киевским международным институтом социологии в сотрудничестве с Украинским центром профилактики и борьбы со СПИДом по заказу МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине». Всего опрошено 1 619 женщин в возрасте от 14 лет. Опрос проводился в марте–декабре 2008 года в Днепропетровске, Донецке, Кировограде, Киеве, Луганске, Луцке, Львове, Николаеве, Одессе, Полтаве, Симферополе, Сумах, Харькове, Херсоне, Хмельницком, Черкассах.
- Социологический опрос МСМ в ходе исследования «Мониторинг по-

ведения мужчин, имеющих секс с мужчинами» проведенный при финансовой поддержке МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине» в рамках реализации программы «Преодоление эпидемии ВИЧ/СПИД в Украине», поддержанной Глобальным Фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, проведенный в 2007 году Украинским институтом социальных исследований имени А. Яременко в городах: Днепропетровск, Донецк, Ивано-Франковск, Киев, Кривой Рог, Луганск, Николаев, Одесса, Симферополь, Херсон, Черкассы, Ялта. Рекрутинг респондентов осуществлялся по методике RDS (выборка, которая реализуется и направляется респондентами). Общее количество опрошенных составило 1 764 человека.

- Социологическое исследование с использованием метода «загаданный знакомый» в Донецкой области. Исследование было проведено Киевским международным институтом социологии в мае – июне 2009 года в Донецкой области, как в одном из приоритетных регионов в борьбе с ВИЧ/СПИД с тем, чтобы уточнить оценки численности групп риска, полученные с помощью других методов. В результате исследования были получены оценки численности ПИН, ЖКС и МСМ.
- Социологический опрос молодежи 14–24 года в рамках проекта «Мониторинг поведения молодежи как компонент эпиднадзора второго поколения». Всего опрошен 2501 респондент в октябре – ноябре 2004 года во всех областях Украины, АР Крым и г. Киеве. Выборочная совокупность многоступенчатая, территориально-поселенческая, стратифицированная, репрезентативная для населения Украины в возрасте от 14 до 24 лет по признакам: тип поселения, пол, возраст, область. Исполнители – ГИРСМ и УИСИ при финансовой поддержке МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине» в рамках реализации программы «Преодоление эпидемии ВИЧ/СПИД в Украине», поддержанной Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией;
- Социологический опрос взрослого населения 25–49 лет «Отношение и поведенческие ориентации взрослого населения к проблеме ВИЧ / СПИДа и к людям, живущим с ВИЧ / СПИДом». Всего опрошено 2017 респондентов в ноябре – декабре 2004 года во всех областях Украины, АР Крым и г. Киеве. Выборочная совокупность многоступенчатая, территориально-поселенческая, стратифицированная, репрезентативная для населения Украины в возрасте от 25 до 49 лет по признакам: тип поселения, пол, возраст, область. Исполнители – ГИРСМ и УИСИ при содействии и финансовой поддержке Министерства Украины по делам семьи, молодежи и спорта;
- Опрос населения в рамках проекта «Медико-демографическое обследование населения Украины». В ходе обследования целом было опрошено 6841 женщину и 3178 мужчин в июле – ноябре 2007 года во всех областях Украины, АР Крым и г. Киеве. Сбор информации был осуществлен Украинским центром социальных реформ при административной поддержке Госкомстата Украины.

ОЦЕНКА ЧИСЛЕННОСТИ ГРУПП ПОВЫШЕННОГО РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ И ГРУПП-МОСТИКОВ МЕТОДОМ «НАРАЩИВАНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ»

Общая идея метода

В противовес другим методам оценки численности групп риска, метод «наращивание социальных сетей» не требует репрезентативных выборок исследуемых групп, а основывается на результатах опроса статистически репрезентативной выборки общего населения, что облегчает получение данных. Идея метода заключается в том, чтобы находить представителей целевых групп, в данном случае групп риска инфицирования ВИЧ, среди знакомых людей респондентов, т.е. среди их социальных сетей. Адекватные оценки численности стигматизированных групп трудно получить по ответам респондентов на прямые вопросы из-за «чувствительности» таких вопросов. В случае обеспечения анонимности, респондентам гораздо легче ответить на такой, например, вопрос, как: «Сколько среди ваших знакомых людей, употребляющих наркотики посредством уколов?». Однако, стоит отметить, что такие данные скорее всего будут заниженными из-за того, что и в такой форме вопрос остается «чувствительным».³¹

Следует заметить, что в противовес другим определениям социальных сетей, существующих в литературе³² (например, «сеть поддержки», «сеть близких людей»), определение, которое используется в методе «наращивание социальных сетей», выделяет так называемую «активную сеть» (тех, с кем поддерживался контакт в течение последних двух лет) из «общей сети» знакомых респондентов (всех, кого респондент когда-либо знал³³). В установленном варианте определение знакомых, применяемом в этом методе, звучит как «люди, которых вы знаете и, которые знают, как Вы выглядите, или по имени, с которыми при необходимости Вы можете связаться и, с которыми Вы контактировали на протяжении последних двух лет, лично, по телефону или электронной почте».

Кроме исследуемых групп, численность которых нужно рассчитать по результатам исследования, анкета исследования по методу «наращивание социальных сетей» должна включать около 20–30 групп (но не менее 6 групп) населения, численность которых известна официальной статистике. Респондентов спрашивают, есть ли среди их знакомых представители ряда

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

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

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

групп населения – например, мужчины по имени Павел, женщины, родившие ребенка в 2008 году и др. На основе ответов респондентов относительно этих «известных» групп метод позволяет рассчитать сначала количество знакомых, которых включает их «активная сеть» (с) (рассчитывается оценка максимального правдоподобия³⁴), по формуле:

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

где t - численность общего населения, среди которого мы ищем численность неизвестных групп (например, среди населения Украины или среди населения отдельных областей Украины);

m - количество знакомых каждого респондента и в определенной «известной» группе j (принимает значения от 1 до L).

Далее на основе подсчитанного количества знакомых метод позволяет получить оценки численности исследуемых групп риска, численность которых неизвестна (e)³⁵.

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

Основное предположение, на котором основывается метод, заключается в том, что чем больше размер определенной категории (группы) населения, тем чаще ее представители будут встречаться среди знакомых респондентов, принявших участие в опросе. Т.е. доля (p) каждой категории населения численности (e) среди общего населения (t) ($p = e / t$), с определенной вероятностью, может быть применена к каждой индивидуальной социальной сети (c), или, другими словами, социальные сети людей отражают распределение этих категорий в обществе [5].

Такое предположение описывается формулой:

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

где m - количество людей определенной категории в социальной сети респондента (c).

³⁴ Maximum likelihood estimation

³⁵ Также оценки численности групп можно получить на основе анализа выборочных средних количеств знакомых в группах и среднего для выборки размера социальной сети (наш опыт применения метода показывает, что результаты по этим двум методами подсчета очень схожи).

В основе метода лежат три следующие предположения³⁶:

- Все имеют достаточный уровень знаний о своих знакомых (отсутствии «погрешностей трансмиссии» информации). Метод «наращивание социальных сетей» предусматривает, что респонденты владеют достаточной информацией относительно характеристик своих знакомых, о которых их спрашивают в исследовании.
- Все люди имеют равные шансы знать кого-то из исследуемых категорий населения (е) – отсутствие «эффектов барьера». Например, предполагается, что все жители Украины имеют равные шансы знать людей, больных диабетом. И эти шансы возрастают пропорционально увеличению размеров категорий. Данное предположение справедливо лишь как некая тенденция, ведь можно назвать группы населения, для которых это предположение не будет справедливым: например, шансы иметь среди своих знакомых крымских татар намного выше у жителей АР Крым, чем у населения других областей Украины.
- Респонденты способны в сжатые временные сроки, отведенные для интервью, достаточно точно подсчитать (или оценить) количество своих знакомых определенной категории (врачей, мужчин старше 70 лет и т.д.). Проблемы с воспоминанием и приблизительностью оценок респондентов могут исказить точность данных, получаемых с помощью этого метода.

К этому перечню можно добавить четвертое предположение, общее для всех методов, работающих с «чувствительными» аспектами поведения:

- Искренность ответов респондентов. Справедливость этого предположения вызывает определенные сомнения, когда респондентам задаются «чувствительные вопросы». Здесь может действовать эффект «социальной желательности» ответов, особенно когда речь идет о стигматизированных группах.

Главным преимуществом метода наращивания социальных сетей является его математическая и статистическая обоснованность, которая позволяет с помощью формул подсчета размера сети прогнозировать численность целевых групп. При отсутствии систематических отклонений от сформулированных предположений, на которых основывается метод, оценки размера групп можно проводить с очень высокой точностью. К тому же, точность оценок численности проверяется при помощи оценок численности групп, по которым существует надежная статистика численности. Соответственно, при удачном прогнозировании численности статистически известных групп, есть основания полагать, что численность целевых групп также прогнозируется достоверно. Метод также достаточно удобен в применении, ведь не требует достижения самих представителей целевых групп, численность которых оценивается.

История метода и обзор проведенных исследований

Метод «наращивание социальных сетей» был впервые предложен Расселом Бернардом, Питером Килвортом, Юджином Джонсен и Скоттом Ро-

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

бертсоном для оценки численности труднодоступных групп в 1986 году, в частности для оценки количества жертв землетрясения в Мехико³⁷. В течение последующих лет в ряде исследований, проведенных в США, метод был применен для оценки численности таких групп, как ВИЧ-позитивные люди, потребители героина, женщины, подвергшиеся изнасилованию, и бездомные люди³⁸.

В 1993–1994 годах метод был применен для оценки численности ВИЧ-положительных людей в штате Флорида, США³⁹. Репрезентативная выборка жителей штата в 1524 респондента была опрошена по телефону. Для оценки размера социальной сети были использованы 25 категорий населения, численность которых известна официальной статистике США. Выбранные категории включали наличие различных заболеваний (как стигматизирующих, так и нейтральных), занятия различными видами спорта, другие видные виды активности, например, пилотирование самолета. Респондентов также спрашивали, знают ли они кого-нибудь, кто носит имя из списка в 14 имен, использованных в исследовании. Средний размер социальной сети жителей штата Флорида, по результатам исследования, равнялся 108 людям, количество ВИЧ-позитивных людей было оценено в 1,6 миллиона. Оценка количества ВИЧ-позитивных людей превысила оценки, полученные с помощью других методов (стоит заметить, что оценки, полученные другими методами, тоже не являются точными, поскольку содержат ряд систематических ошибок. Среди ряда факторов, которые могли привести к завышению оценок, можно выделить следующие: зачисление в ВИЧ-позитивные тех, кто ими не является, недостаточные знания о знакомых и безосновательные выводы на основе возможных симптомов (эффект трансмиссии); дублирование знакомых – из-за тесного характера социальных сетей ВИЧ-позитивных людей и их большие шансы знать других ВИЧ-позитивных людей. В качестве главного фактора авторы исследования называют ограниченность выборки исследования, которая включала только жителей штата Флорида, тогда как к «знакомым» респондентов такое ограничение не было применено. Вопрос относительно знакомых касался в целом людей, «которых Вы знаете, и которые знают, как Вы выглядите и знают Ваше имя, с которыми при необходимости Вы можете связаться, и с которыми контактировали в течение последних двух лет, лично, по телефону или электронной почте».

Другое исследование с использованием метода наращивания социальных сетей было проведено в 1994 году для оценки численности ЛЖВ, бездомных и женщин, ставших жертвами изнасилования в США⁴⁰. Исследование было проведено на общенациональной репрезентативной выборке в 1554 респондента, которые были опрошены по телефону. Размер индиви-

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

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

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

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

дуальных социальных сетей респондентов рассчитывался с помощью данных о количестве знакомых по 29 категориям, среди которых – женщины, родившие в течение последних 12 месяцев; женщины, которые в течение последних 12 месяцев усыновили ребенка; вдовцы или вдовы; люди с диализом почек; работники почты; коммерческие пилоты; члены определенной организации; люди, имеющие диабет; те, кто открыл свой бизнес в течение последних 12 месяцев; те, у кого есть сестра или брат-близнец; официальные торговцы оружием; больные СПИДом; мужчины, находящиеся за решеткой; люди, убитые в течение последних 12 месяцев; те, кто совершил самоубийство в течение последних 12 месяцев; умершие в автокатастрофе в течение последних 12 месяцев; а также 6 женских и 6 мужских имен. Средний размер социальной сети респондентов в исследовании равен 286. На основе полученных оценок был рассчитан размер групп населения с неизвестной численностью – значение оценки и 95% доверительный интервал составили 800 000 +/- 43 000 для ВИЧ-положительных людей, 526 000 +/- 35 000 для бездомных и 194 000 +/- 21 000 для женщин, ставших жертвами изнасилования в течение последних 12 месяцев. Оценка численности ЛЖВ очень приближена к медицинскими оценкам; оценка числа бездомных лежит в пределах других оценок, опубликованных на момент проведения исследования. Оценка численности женщин, ставших жертвами изнасилования, лежит посередине интервала оценок, представленных ранее.

В 1997–1999 гг. метод «наращивание социальных сетей» был применен для оценки численности потребителей героина. Исследование было проведено на части выборки опроса для оценки национальной программы по профилактике употребления наркотиков и алкоголя в США⁴¹. Дизайн исследования с использованием метода «наращивание социальных сетей» предусматривал телефонный опрос 5892 респондентов в возрасте 16–44 года в 14 регионах. Оценка численности потребителей героина рассчитывалась отдельно для каждого региона. Объем выборки в регионах варьировал от 197 до 1029 респондентов. Вопросы о знакомых по 6 следующим категориям населения были включены в исследование для подсчета размеров индивидуальных социальных сетей респондентов: 1) жертвы кражи; 2) жертвы ограбления; 3) жертвы нападений; 4) жертвы автомобильных воров; 5) люди, чрезмерно употребляющие алкоголь; 6) люди, употребляющие марихуану. Стоит заметить, что «контрольная» численность «известных» групп, с которой сравнивались оценки численности этих групп по методу наращивания социальных сетей, была получена из самого исследования на основе прямых вопросов респондентам относительно их принадлежности к той или иной группе. Среднее соотношение оценочных и контрольных значений численности для этих 6 групп составляет 0,943. Оценочная численность потребителей героина выглядит адекватной для городов, по которым имеются сопоставимые данные, полученные с помощью других методов оценки. Средний размер социальной сети респондентов в этом исследовании составляет 55 человек. Авторы исследования отмечают, что такой небольшой размер социальной сети (s) может быть результатом того, что сами группы, на основе которых производился расчет s , – довольно специфические и данные по ним могут искажаться от плохой трансмиссии информации и эффекта барьера, как в случае с потребителями героина. Следует

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

заметить, что если предположить, что оценка c в этом исследовании может быть заниженной, в таком случае оценки численности потребителей героина следует считать завышенными.

Таким образом, метод «наращивание социальных сетей» продемонстрировал многообещающие результаты в контексте оценки численности уязвимых групп населения. Однако, стоит заметить, что применимость метода «наращивание социальных сетей» для оценки численности групп риска и групп-мостиков не была до сих пор широко подтверждена, и все еще требует дополнительных исследований. Метод не применялся ранее для оценки численности ЖКС, МСМ и групп-мостиков.

Организация исследования с использованием метода «наращивание социальных сетей».

В этом разделе будут рассмотрены требования к дизайну исследования с использованием метода «наращивание социальных сетей». Эти требования можно объединить в две группы:

- Требования к выборке;
- Требования к анкете исследования.

Сбор данных для метода «наращивание социальных сетей» может происходить разными способами – как с помощью личных интервью, так и телефонных или почтовых опросов. При выборе метода сбора данных следует учитывать географию исследования, принимая во внимание такой объективный фактор, как уровень телефонизации домохозяйств, а также «response rate», который может дать тот или иной способ сбора данных.

Требования к выборке. Требования к выборке исследования задаются определением генеральной совокупности, которую она представляет, а также желаемой шириной доверительного интервала для оценки численности.

Генеральная совокупность, которую должна представлять выборка исследования, определяется задачами по оценке численности исследуемых групп. Если исследователям нужна цифра на уровне страны в целом, то и выборка должна быть репрезентативной на общенациональном уровне. В случае необходимости подсчетов на уровне отдельных регионов, выборка исследования должна быть также репрезентативной для соответствующих регионов.

Структура анкеты исследования. Анкета исследования должна содержать следующие блоки:

- Вопрос для оценки количества знакомых, которых респондент имеет в исследуемых группах, численность которых нужно определить.
- Вопрос для определения размеров индивидуальных социальных сетей респондентов – вопрос о количестве людей, которых респондент знает в группах населения, численность которых известна официальной статистике;

Социально-демографические данные респондента.

Таким образом, объем анкеты исследования определяется фактически количеством групп населения, численность которых нужно оценить, и количеством групп, необходимых для определения размера социальных сетей (с)⁴². Публикации по этому методу рекомендуют использовать для оценки

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

размера сетей 20–30 «известных» групп, поскольку, чем больше количество групп, задействованных в анализе, тем ниже стандартное отклонение для оценки среднего размера социальной сети. В то же время, если количество групп меньше, чем 20, то оценки численности исследуемых групп являются смещенными. В то же время было статистически доказано, что и 6–7 групп дают несмещенные оценки⁴³.

В одной из самых недавних работ по методу «наращивание социальных сетей»⁴⁴, авторы показали, что чем больше суммарная доля «известных» групп среди общего населения, тем меньше стандартная ошибка оценки размера социальной сети. Причем наибольший спад стандартной погрешности происходит при постепенном увеличении доли до 0,2, а после достижения этого значения стандартная погрешность уже существенно не уменьшается при увеличении доли «известных» групп. Этот вывод подтверждается также и 6, 12 и 18 известных групп.

Определение знакомых. Вопрос о количестве знакомых респондента, принадлежащих к той или иной группе, требует четкого определения того, кто относится к категории «знакомых» в исследовании. Устоявшееся определение знакомых, используемое для метода «наращивание социальных сетей» уже приводилось в общем виде ранее в этом отчете⁴⁵. В каждом специфическом исследовании «география» этого общего определения должна уточняться исходя из задач исследования. А именно, если дизайн исследования предусматривает оценку численности групп на национальном уровне, то определение знакомых должно касаться тех знакомых респондента, которые проживают в Украине; если же нужны оценки для отдельных регионов - например, областей, определение «знакомых» должно подразумевать людей, проживающих в определенной области.

Отбор групп, численность которых известна. Отбор «известных» групп из доступных источников требует соблюдения нескольких принципов.

Во-первых, эти категории должны определяться признаками очевидными респондентам – думая о своих знакомых во время интервью, респонденты на основании этих признаков должны легко определить, принадлежат они к этой категории или нет. Имена знакомых являются хорошим примером признаков, которые легко определить респонденту.

Во-вторых, группы должны быть подобраны по принципу гетерогенности. Включение только групп одного типа, например, только этнических групп или только категорий людей, имеющих определенные болезни, может привести к погрешностям барьера⁴⁶.

В-третьих, группы должны варьировать по своим размерам. Включение только больших по размеру групп (например, «мужчины в возрасте от 20 до 30 лет» или «женщины старше 70 лет») может внести много ошибок из-за того, что респондентам сложнее оценивать количество их знакомых

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

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

⁴⁵ Респондентам предлагается следующее определение знакомых: «люди, которых вы знаете и которые знают как Вы выглядите, по имени, с которыми при необходимости Вы можете связаться, и с которыми Вы контактировали в течение последних двух лет, лично, по телефону или электронной почте.

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

в крупных категориях⁴⁷. Использование только малых по численности групп также является плохим подходом и приведет к ошибкам в оценках, потому что в выборке исследования может быть очень мало людей, которые имеют таких знакомых. В работах авторов о методе «наращивание социальных сетей» встречается рекомендация отбирать группы, численность которых составляет от 0,1% до 4% среди общего населения.⁴⁸

В число «известных» стоит включать группы близкие к исследуемым - по численности, географическому расположению и уровню стигматизации.

При выборе групп нужно постараться оценить по крайней мере, качественно, насколько сильно погрешности трансмиссии и барьера могут быть связаны с той или иной группой.

Выбор категорий населения с известной численностью для целей исследования ограничивается доступными данными официальной статистики. Многие группы, которые могут заинтересовать исследователя, к сожалению, могут не быть охвачены статистическим учетом. Лучше всего, если отобранные группы являются предметом регулярного мониторинга государственных статистических органов – это сделает возможным проведение повторных исследований при идентичной методологии для отслеживания изменений численности исследуемых групп во времени.

Определение групп риска инфицирования ВИЧ для респондентов. Отдельного внимания требует определение групп риска для респондентов. Устоявшиеся в профессиональной литературе определения этих групп не всегда подходят для респондентов. Термины «потребители инъекционных наркотиков», «женщины коммерческого секса», «люди, живущие с ВИЧ», «мужчины, практикующие секс с мужчинами» часто могут быть не знакомы респондентам. Понятно, что исследователям необходимо «говорить» языком респондентов. Но в случае стигматизированных групп население привыкло пользоваться или оскорбительными названиями – «наркоманы», «гомосексуалисты», «проститутки» и т.д., или неправильным обозначением «больные СПИДом». Использование таких названий в анкете только увеличит чувствительность вопросов и неискренность ответов респондентов на них или же для «больных СПИДом» и даст результаты, которые будет трудно интерпретировать (часть респондентов может правильно понимать под этим людей, заболевших СПИДом, другая часть может понимать это определение как всех, кто имеет ВИЧ). Поэтому исследователю важно не только использовать понятные респондентам названия, но и сохранить нейтральность своих определений.

Ограничения метода «наращивание социальных сетей»

На точность оценок методом «наращивание социальных сетей» влияют три основных фактора:

- Эффекты трансмиссии информации;

⁴⁷ Как свидетельствуют результаты фокус-групп, проведенных американскими исследователями, а также результаты когнитивных интервью, проведенных КМИС в рамках претеста инструментария украинского исследования, при ответе на вопрос о количестве знакомых в небольших по численности группах населения респонденты подсчитывают количество своих знакомых, тогда как в случае, если вопросы касаются больших по размеру групп, они дают оценку численности, которая им кажется наиболее близкой к реальному числу их знакомых в этих группах.

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

- Неискренность ответов респондентов;
- Эффекты барьера.

Эффект барьера может заключаться в том, что стигматизированные группы риска, такие как ПИН, ЖКС и МСМ, неравномерно распределены по территории Украины. Так, жители городов имеют большую вероятность знать потребителей наркотиков, чем жители сельской местности⁴⁹. Но если выборка исследования является репрезентативной для городского и для сельского населения, эффекта барьера из-за этого не должно возникать. В любом случае, в этом исследовании можно только предполагать о действии определенных эффектов барьера. Для того чтобы оценить влияние этих эффектов необходимо провести отдельное специальное исследование.

Более сильное влияние на эти группы риска могут иметь эффект трансмиссии информации в социальных сетях и эффект неискренности ответов респондентов. Группы риска подвергаются стигматизации в Украине, поэтому представители этих групп могут скрывать свое поведение от знакомых, а знакомые могут не желать признаваться в том, что знают таких людей. Вопрос о том, имеют ли респонденты знакомых среди стигматизированных «групп риска» относится к категории «чувствительных», особенно если он задается во время индивидуального интервью, когда респондент должен сообщить ответ интервьюеру. Известно, что на «чувствительные вопросы» интервью респонденты могут давать «социально желаемые» ответы.

Информация об исследовании, реализованном в Украине

Минимальный возраст представителей групп риска, численность которых нужно было определить в этом исследовании, был задан организацией-заказчиком исследования (МБФ «Международный Альянс по ВИЧ / СПИД в Украине») и составлял 10 лет. Нижний возрастной ценз для выборочной совокупности был определен как 14 лет по нескольким причинам.

Во-первых, из этических соображений, вопрос о группах риска инфицирования ВИЧ могут иметь негативное влияние на детей младше 14 лет.

Во-вторых, для детей 10–13 лет сущность вопросов анкеты была бы более сложной для понимания, чем для остальных респондентов, что при ответе на ключевые вопросы привело бы к большому количеству ответов «трудно сказать» или «не знаю».

В-третьих, в общей практике при опросе детей используется форма информированного согласия на участие в исследовании, которую обязаны прочитать родители перед тем как согласиться на участие их ребенка в исследовании. Чувствительный характер вопросов анкеты, в частности вопросы о людях, предоставляющих сексуальные услуги или людях, потребляющих наркотики, повлекли бы существенное количество отказов родителей от опроса их детей.

Инструментарий исследования. Особенности анкеты

Респондентам задавалось по 2 вопроса о количестве представителей различных групп населения среди знакомых респондентов. В соответствии с задачами исследования – определить численность групп риска (ПИН, РКС, МСМ) и групп-мостиков на национальном и областном уровнях – респон-

⁴⁹ По данным этого исследования, реализованного методом «наращивание социальных сетей», жители городов знают в 2,5 раза больше ПИН, чем жители сельской местности.

дентам задавался вопрос об общем количестве знакомых определенной категории, проживающих в Украине и отдельный вопрос о количестве проживающих за пределами области (для городов Киева и Севастополя - за пределами этих городов). Это было сделано для того, чтобы на этапе анализа региональных данных рассчитать количество знакомых, проживающих в пределах области.

Вместе с вопросами относительно численности знакомых респондентов в определенных группах населения, респондентам было предложено оценить уровень уважения окружающих, которым пользуются эти группы в украинском обществе. Эти данные были использованы для оценки уровня замалчивания респондентами количества своих знакомых в группах с низким уровнем уважения окружающих, к которым принадлежат как группы риска инфицирования ВИЧ, так и группы-мостики.

«Статистически известные» группы населения. Перечень групп известной численности, использованных в исследовании, включал 22 группы:

- Мужчины в возрасте от 20 до 30 лет;
- Мужчины в возрасте от 15 до 17 лет;
- Мужчины старше 70 лет;
- Женщины в возрасте от 20 до 30 лет;
- Женщины в возрасте от 15 до 17 лет;
- Женщины старше 70 лет;
- Дети (мальчики и девочки) в возрасте от 10 до 13 лет;
- Молдаване;
- Румыны;
- Поляки;
- Евреи;
- Цыгане;
- Инвалиды I группы⁵⁰;
- Врачи любой специальности;
- Люди, умершие в 2007 году;
- Мужчины по имени Павел;
- Мужчины, находившиеся в местах лишения свободы в 2007 году;
- Мужчины, которые официально развелись в 2007 году;
- Женщины, родившие ребенка в 2007 году;
- Доктора и кандидаты наук, получившие ученую степень в Украине в течение последних 15 лет;
- Медсестры, медицинские братья, санитары и санитарки;
- Милиционеры.

По определенным группам имелись только данные за 2007 год (умершие; женщины, родившие детей; мужчины, которые официально развелись; мужчины, находившиеся в местах лишения свободы) в виду отсутствия статистических данных по их численности в 2008 г. Для этих групп вопросы анкеты относились также к 2007 году.

Статистика численности этнических групп была взята из данных Все-

⁵⁰ Инвалиды I группы - люди с резко выраженным ограничением жизнедеятельности, обусловленными заболеваниями, травмами, врожденными дефектами, которые приводят к социальной дезадаптации из-за невозможности учиться, общаться, связанные с затруднениями в ориентации, контроле собственного поведения, трудностями в передвижении, самообслуживания, участия в трудовой деятельности, если указанные нарушения вызывают потребность в постоянном постороннем уходе и помощи. Респондентам давалось соответствующее пояснение.

украинской переписи населения из-за отсутствия более свежих данных в официальных учреждениях, занимающихся их сбором и подсчетом. Стоит также отметить, что численность этнически-национальных групп включает в себя людей в возрасте младше 10 лет, но получить срез по возрасту в статистических данных относительно этих групп не оказалось возможным. Однако можно предположить, что это вносит небольшие сдвиги в данные по численности, которыми можно пренебречь.

Группа «доктора и кандидаты наук, которые получили научную степень в Украине в течение последних 15 лет» первоначально задумывалась как «доктора и кандидаты наук», но отсутствие официальной статистики относительно общей численности людей с такой научной степенью в Украине заставила изменить определение группы.

Численность милиционеров устанавливается специальным Законом Украины, последние поправки к которому вносились 18.05.2004. В этом исследовании предполагается, что численность этой группы не менялась с того времени.

Общая доля «известных» групп среди общего населения составляет 0,47.

Результаты оценки эффекта неискренности ответов респондентов, реализованной в исследовании

Насколько искренними являются ответы респондентов относительно их знакомых в группах риска, полученных в этом исследовании? Для ответа на этот вопрос был проведен анализ дополнительных данных, собранных в ходе исследования.

Одним из замеров стигматизации общественной группы может быть оценка уровня общественного уважения по отношению к группе. В то же время, оценка уровня уважения может быть косвенной оценкой искренности ответов респондентов о количестве знакомых в группах риска.

По результатам исследования было проанализировано количество знакомых в группах риска, о которых сообщили респонденты, в зависимости от оценок уровня уважения к группе (табл. 4 и 5). Этот анализ показал, что наблюдается следующая зависимость: чем ниже является оценка общественного уважения по отношению к группе, тем о меньшем количестве знакомых в этой группе сообщают респонденты. Эта закономерность нарушается только в некоторых случаях – когда количество опрошенных, указавших на высокое или очень высокое общественное уважение, меньше, чем 60 респондентов, поскольку такие данные становятся статистически недостоверными и теоретическая погрешность выборки превышает 15%.

Таблица 4

ПИН, ЖКС, МСМ – средние оценки количества знакомых для групп риска по уровням уважения

Уровень уважения*	ПИН		ЖКС		МСМ	
	Среднее количество знакомых	n – размер выборки*	Среднее количество знакомых	n – размер выборки*	Среднее количество знакомых	n – размер выборки*
Очень низкий	0,382	7094	0,107	5673	0,022	7857
Низкий	0,380	2606	0,129	3208	0,059	1733
Средний	1,486	461	0,351	919	0,059	405
Высокий	0,055	58	0,414	142	0,122	47
Очень высокий	0,000	11	0,260	29	0,216	25
Всего в выборке	0,429	10229	0,141	9971	0,0305	10068

* Вариант «Трудно сказать, не знаю» в оценке уровня общественной уважения не учитывался в анализе.

Таблица 5

Мужчины – РКС, сексуальные партнеры ПИН, клиенты ЖКС - средние оценки количества знакомых в группах по уровням уважения

Уровень уважения*	Мужчины – РКС		Сексуальные партнеры ПИН		Клиенты ЖКС	
	Среднее количество знакомых	n – размер выборки*	Среднее количество знакомых	n – размер выборки*	Среднее количество знакомых	n – размер выборки*
Очень низкий	0,008	6802	0,078	6490	0,129	5786
Низкий	0,010	2539	0,084	2543	0,212	2271
Средний	0,016	510	0,139	574	1,234	1172
Высокий	0,170	81	0,141	73	3,221	118
Очень высокий	0,000	24	0,061	25	2,899	30
Всего в выборке	0,010	9956	0,0833	9705	0,3353	9378

* Вариант «Трудно сказать, не знаю» в оценке уровня общественной уважения не учитывался в анализе.

Таким образом, коррекция оценок уважения может основываться на предположении о том, что наименее смещенными являются оценки числа знакомых в группе риска у тех респондентов, которые оценили уважение к группе как «среднее», то есть дали нейтральную оценку.

Для коррекции оценок респондентов для каждой группы по уровню уважения могут быть рассчитаны такие веса:

$$W_i = M_i/M_3,$$

где W_i – вес каждой группы по уровню уважения («i» меняется от 1 до 5, то есть это группы респондентов, давших «очень низкую», «низкую», «высокую», «среднюю» или «очень высокую» оценку уважения определенной группе риска);

M_i – среднее количество знакомых из определенной группы риска в i-й группе респондентов по уровню уважения;

M_3 – среднее количество знакомых в группе респондентов, которые дали «среднюю» оценку уважения.

Веса нужно применять к средним в соответствующих группах.

РАСЧЕТЫ ОЦЕНОЧНОЙ ЧИСЛЕННОСТИ ПИН

В этом исследовании группа ПИН определялась как группа людей в возрасте от 10 лет и старше, которые имели опыт употребления наркотиков инъекционным путем в течение последних 12 месяцев. В исследовании численность ПИН также оценивалась отдельно для возрастных категорий 10–14 лет и 15–17 лет. Ниже приведены вопросы анкеты, которые задавались респондентам.

Вопросы анкеты:

«Знаете ли вы людей в возрасте от 10 лет, которые в последние 12 месяцев употребляли наркотики инъекционным путем, делая себе уколы? Сколько их?»

Сколько из них моложе 15 лет?

Сколько из них в возрасте от 15 до 17 лет включительно?»⁵¹

Таблица 6

Оценки численности ПИН на национальном уровне по методу «наращивание социальных сетей»⁵²

Группа	Оценка численности	Доверительный интервал оценки (95%) ⁵³
Люди, употреблявшие наркотики инъекционным путем (делая себе уколы) в течение последних 12 месяцев	103 000	85 000–112 000
Младше 15 лет	7700	4800–9700
15–17 лет	17 000	1400 –20 000

Насколько точно полученные оценки отражают действительную численность ПИН в Украине? Для этого нужно сравнить полученные данные с оценками, рассчитанными с помощью других методов (будут приведены ниже), либо с данными статистики.

Данные статистики для группы ПИН по состоянию на 1 января 2009 года (количество лиц, состоящих на учете в органах внутренних дел (ОВД) в связи с употреблением наркотиков) дают цифру в 174 110 человек. На середину 2008 года на учете в учреждениях здравоохранения (УЗО) в связи с употреблением наркотических веществ находились в целом 166 659 человек. И хотя для группы ПИН приведенные статистические данные нельзя считать валидными и надежными, как из-за особенности ведения учета, так и потому, что оба реестра, как органов внутренних дел, так и органов здравоохранения, не выделяют лиц, употребляющих наркотики именно инъекционным путем⁵⁴, украинские экс-

⁵¹ Напомним, что под «знакомыми» в этом исследовании подразумевались люди, проживающие в Украине, которых респонденты знают и которые знают, как респонденты выглядят или по имени, с которыми при необходимости респонденты могут связаться, и с которыми они контактировали в последние два года, лично, по телефону или электронной почте.

⁵² Подробное описание методологии расчета показателей численности исследуемых групп – в разделе «Оценка численности групп повышенного риска инфицирования вич и групп-мостиков методом «наращивание социальных сетей»» этого отчета.

⁵³ Рассчитаны для фиксированных оценок размеров социальных сетей «С».

⁵⁴ Вероятно, что и данные по численности ПИН, полученные методом «наращивание социальных сетей» могут также включать информацию о потребителях других наркотиков. Респондентам может быть довольно сложно различить, употребляют их знакомые наркотики инъекционно или другим способом, особенно если это, люди, которых они не достаточно хорошо знают.

перты едины в том, что оценка численности потребителей инъекционных наркотиков, полученная методом «наращивание социальных сетей» – занижена. Если это так, в чем могут заключаться причины недооценки численности групп риска? С одной стороны, занижение численности ПИН можно объяснить действием эффекта барьера, который может состоять в том, что группы риска, такие как ПИН, неравномерно распределены по территории Украины. Действие эффекта барьера можно предположить для части ПИН, которая может ограничиваться общением только с другими потребителями наркотиков (речь идет о совместном проживании и потреблении наркотика). Вероятней всего об этой группе будут знать сами ее представители, их родственники и соседи. Это может означать, что численность этой части ПИН в исследовании можно оценить только со слов их самих, их сожителей, родственников и соседей, что, в свою очередь, при недостаточной представленности таких респондентов в выборке, может привести к занижению общей оценки численности ПИН. В любом случае, в этом исследовании можно только предполагать о действии определенных эффектов барьера, но для оценки их влияния потребуется проведение отдельного исследования.

С другой стороны, и это кажется более существенным, причина занижения оценок численности ПИН может заключаться в неискренности ответов респондентов. Потребители инъекционных наркотиков являются достаточно стигматизированными в Украине, что может влиять на искренность ответов респондентов при оценке количества знакомых ПИН. Одним из измерений стигматизации группы может быть оценка уровня уважения к группе. Исходя из предположения о том, что оценка уровня уважения может быть косвенной оценкой искренности ответов респондентов о количестве знакомых в группах риска, была проведена коррекция оценок респондентов по численности знакомых ПИН. Для этого использовались данные относительно уровня уважения к ПИН, собранные в ходе этого исследования.

Скорректированные оценки численности ПИН выглядят следующим образом (табл. 7):

Таблица 7

Оценки численности ПИН на национальном уровне после коррекции погрешности неискренности ответов респондентов

Группа	Оценка численности	Доверительный интервал оценки (95%)
Люди, употреблявшие наркотики инъекционным путем (делая себе уколы) в течение последних 12 месяцев	358 000	285 000–389 000
Младше 15 лет	28 000	17 000–34 000
15–17 лет	59 000	49 000–69 000

* Рассчитаны для фиксированных оценок размеров социальных сетей «с».

Таким образом, по данным исследования с использованием метода «наращивание социальных сетей», ПИН в возрасте 10–15 лет составляют 8% среди всех ПИН, 24% ПИН являются несовершеннолетними.

Региональные оценки численности ПИН, рассчитанные по этому методу, приводят количество ПИН в возрасте от 10 лет и старше. Для отдельных регионов оценки рассчитаны среди всего населения – как жителей городской, так и сельской местности.

Таблица 8

Региональные оценки численности ПИН по методу «наращивание социальных сетей» с коррекцией погрешности неискренности ответов респондентов

АР Крым/ Область/ Город	Оценка численности ЖКС	95% интервал, нижняя граница	95% интервал, верхняя граница
АР Крым	33 100	17 700	48 400
г. Киев	29 200	11 600	46 800
Киевская	15 200	7800	22 600
Винницкая	10 500	4600	16 300
Волынская	5600	1400	10 000
Днепропетровская	54 900	30 100	79 800
Донецкая	18 000	5800	29 900
Житомирская	7100	3700	10 600
Закарпатская	600	0	1500
Запорожская	38 900	25 800	51 900
Ивано-Франковская	3900	600	7200
Кировоградская	11 800	2600	20 900
Луганская	23 000	7100	38 900
Львовская	13 600	5900	21 300
Николаевская	9100	3800	14 500
Одесская	8100	2500	13 600
Полтавская	10 600	3500	17 800
Ровенская	2800	900	4600
Сумская	6000	2400	9600
Тернопольская	3100	1300	4900
Харьковская	16 600	5100	28 100
Херсонская	9400	4700	14 200
Хмельницкая	11 900	6800	17 700
Черкасская	7400	2400	12 300
Черновицкая	1400	300	2700
Черниговская	12 000	6200	17 900
г. Севастополь	8100	3500	12 700

РАСЧЕТЫ ОЦЕНОЧНОЙ ЧИСЛЕННОСТИ РКС

В этом исследовании численность группы РКС оценивалась отдельно для мужчин и женщин, предоставляющих сексуальные услуги за плату (в возрасте от 10 лет и старше), которые имели соответствующий опыт в течение последних 12 месяцев. В исследовании численность мужчин и женщин РКС также оценивалась отдельно для возрастных категорий 10–14 лет и 15–17 лет. Ниже приведены вопросы анкеты, которые задавались респондентам.

Женщины – РКС (ЖКС). Вопросы анкеты:

«Есть ли среди ваших знакомых женщины (девушки) в возрасте от 10 лет, которые в последние 12 месяцев оказывали сексуальные услуги за плату? Сколько их?»

Сколько из них моложе 15 лет?»

Сколько из них в возрасте от 15 до 17 лет включительно?»

Таблица 9

Оценки численности ЖКС на национальном уровне методом «наращивание социальных сетей»

Группа	Оценка численности	Доверительный интервал оценки (95%)
Женщины (девушки), предоставлявшие сексуальные услуги за плату в течение последних 12 месяцев	34 000	27 000–39 000
Младше 15 лет	1600	940–2200
15–17 лет	7800	5200–10 000

Насколько точно полученные оценки отражают численность ЖКС в Украине? Чтобы понять это для сравнения нужно иметь релевантные альтернативные оценки – оценки, полученные с помощью других методов (будут приведены ниже), или данные официальных статистических источников. Стоит отметить, что для группы ЖКС в Украине не собираются статистические данные. В то же время, украинские эксперты, работающие с группой ЖКС в сфере профилактики ВИЧ/СПИД, считают, что оценки численности ЖКС, полученные по методу «наращивание социальных сетей», занижены.

Какими могут быть причины занижения оценочной численности ЖКС, полученные методом «наращивание социальных сетей»? Одной из причин может быть действие эффекта барьера. Так, многие ЖКС на лето мигрируют в АР Крым, которая на этот период становится наибольшей курортной территорией страны. Но это явление нельзя рассматривать как эффект барьера в этом исследовании, поскольку респонденты рассматривают для своих знакомых период в 2 года, а эта миграция носит только сезонный характер.

С другой стороны, действие эффекта барьера может заключаться в том, что часть ЖКС (те, кто предоставляют сексуальные услуги «на квартирах») может проживать «по месту работы» и не иметь возможности поддерживать социальные связи, кроме рабочих, с другими ЖКС, сутенерами и клиентами. Это может означать, что об этой части ЖКС в исследовании можно узнать только со слов их клиентов, сутенеров или соседей, попавших

в выборку исследования. В случае, если эти группы по своей малой численности недостаточно представлены в выборке исследования, это может привести к занижению численности ЖКС, предоставляющих сексуальные услуги «на квартирах» и, как результат, к общей низкой оценке численности ЖКС в стране.

Другой проблемой может быть невозможность достичь в исследовании тех, кто наверняка знает ЖКС, – их клиентов. Может быть так, что в исследовании не достигается такая группа клиентов ЖКС, как водители-дальнобойщики, которые пользуются услугами так называемых «трассовых» ЖКС. Большинство своего времени эти люди проводят в дороге в рабочих командировках, и поэтому их сложно охватить в опросах, проводимых в домохозяйствах. Если это действительно так, то это только часть клиентов ЖКС, численность которой, однако, в этом исследовании нельзя оценить.

Одной из основных причин занижения оценок численности этим методом может быть погрешность из-за неискренности ответов респондентов. Группа ЖКС стигматизирована в Украине и члены этой группы могут скрывать свое поведение от знакомых, а знакомые могут не желать признаваться в том, что знают таких людей. Одним из измерений стигматизации социальной группы является оценка уровня общественной уважения по отношению к ней. Оценка уровня уважения, в свою очередь, может быть косвенной оценкой искренности ответов респондентов о количестве знакомых в группах риска. Соответственно, на основе данных исследования относительно уровня общественного уважения ЖКС (на основе оценок респондентов исследования) можно осуществить коррекцию оценок численности группы ЖКС, учитывая неискренность ответов респондентов. Скорректированные данные для группы ЖКС следующие:

Таблица 10

Оценки численности ЖКС на национальном уровне методом «наращивание социальных сетей» после коррекции погрешности неискренности ответов респондентов

Группа	Оценка численности	Доверительный интервал оценки (95%)
Женщины (девушки), предоставлявшие сексуальные услуги за плату в течение последних 12 месяцев	81 000	65 000–93 000
Младше 15 лет	3800	2200–5300
15-17 лет	17 000	12 000-24 000

* Рассчитаны для фиксированных оценок размеров социальных сетей «с».

Таким образом, по оценкам этого исследования, 26% ЖКС несовершеннолетние.

Региональные оценки

Региональные оценки численности ЖКС, полученные по этому методу, показывают количество ЖКС возрасте от 10 лет и старше. Для отдельных областей оценки рассчитаны среди всего населения регионов – как жителей городской, так и сельской местности.

Таблица 11

Региональные оценки численности ЖКС методом «наращивание социальных сетей» с коррекцией погрешности неискренности ответов респондентов

АР Крым/ Область/ Город	Оценка численности ЖКС	95% интервал, нижняя граница	95% интервал, верхняя граница
АР Крым	9100	3700	14 600
г. Киев	2000	100	4100
Киевская	2100	700	3600
Винницкая	4000	500	7800
Волынская	500	0	1200
Днепропетровская	4700	1400	8600
Донецкая	9500	1700	18 500
Житомирская	2500	200	4800
Закарпатская	1500	400	2600
Запорожская	13 600	7900	19 200
Ивано-Франковская	1100	300	2100
Кировоградская	2300	900	3600
Луганская	9200	3200	15 000
Львовская	3200	1700	4800
Николаевская	1400	400	2300
Одесская	2200	0	4900
Полтавская	2600	600	5000
Ровенская	600	200	1000
Сумская	1800	500	3300
Тернопольская	300	0	600
Харьковская	5900	2600	9400
Херсонская	4000	0	11 200
Хмельницкая	2000	1000	3100
Черкасская	2900	0	5800
Черновицкая	1000	200	1900
Черниговская	500	0	1500
г. Севастополь	500	200	800

Мужчины – РКС. Вопросы анкеты:

«Есть ли среди Ваших знакомых мужчины (юноши) в возрасте от 10 лет, которые в последние 12 месяцев оказывали сексуальные услуги за плату? Сколько их?

Сколько из них моложе 15 лет?

Сколько из них в возрасте от 15 до 17 лет включительно? »

Таблица 12

Оценка численности мужчин, предоставляющих сексуальные услуги за плату, на национальном уровне методом «наращивание социальных сетей»

Группа	Оценка численности	Доверительный интервал оценки (95%)
Мужчины (юноши), предоставлявшие сексуальные услуги за вознаграждение в течение последних 12 месяцев	2400	1800–3400
Младше 15 лет	443	0–1200
15-17 лет	292	107–512

* Рассчитаны для фиксированных оценок размеров социальных сетей «с».

Исходя из неадекватности базовых оценок численности ЖКС, полученных этим методом, целесообразным является проведение соответствующей коррекции оценок численности с учетом неискренности ответов респондентов и для группы мужчин, которые предоставляют сексуальные услуги за плату. Ниже приведены оценки численности, скорректированные на погрешность неискренности ответов респондентов из-за общественной стигматизации по отношению к группе мужчины-РКС.

Таблица 13

Оценки численности мужчин, предоставляющих сексуальные услуги за плату, на национальном уровне методом «наращивание социальных сетей», после коррекции погрешности неискренности ответов респондентов

Группа	Оценка численности	Доверительный интервал оценки (95%)*
Мужчины (юноши), предоставлявшие сексуальные услуги за вознаграждение в течение последних 12 месяцев	3700	2800–5200
Младше 15 лет	700	0–800
15-17 лет	500	200–800

* Рассчитаны для фиксированных оценок размеров социальных сетей «с».

Учитывая малую численность группы мужчин-РКС на национальном уровне, и, недостоверность по этой причине данных, полученных для отдельных регионов, численность мужчин-РКС методом «наращивание социальных сетей» на региональном уровне не определялась.

РАСЧЕТЫ ОЦЕНОЧНОЙ ЧИСЛЕННОСТИ МСМ

В исследовании, проведенном с использованием метода «наращивание социальных сетей», группа МСМ была определена как «группа мужчин в возрасте от 10 лет и старше, которые имели секс с мужчинами в течение последних 12 месяцев». Численность МСМ также оценивалась отдельно для возрастных категорий 10–14 лет и 15–17 лет. На этапе планирования исследования возможность адекватной оценки для такой закрытой группы, как МСМ ставилась под сомнение. Из-за закрытости группы, сексуальное поведение мужчин, практикующих секс с мужчинами, может быть менее известно знакомым из их окружения (тем, кто сам не принадлежит к МСМ). Поэтому оценка с применением этого метода для оценки численности МСМ может быть менее адекватной, чем для других исследуемых групп. Тем не менее, в случаях, когда сам респондент относится к группе МСМ, у него, скорее всего, достаточно таких знакомых, и поэтому минимальную оценку численности этой группы по методу «наращивание социальных сетей» можно получить.

Ниже приведены вопросы анкеты, которые задавались респондентам.

Вопросы анкеты:

«Знаете ли Вы мужчин (юношей) в возрасте от 10 лет, которые в течении послдних 12 месяцев практиковали секс с мужчинами? Сколько таких вы знаете?»

Сколько из них моложе 15 лет?

Сколько из них в возрасте от 15 до 17 лет включительно? »

Таблица 14

Оценки численности МСМ на национальном уровне методом «наращивание социальных сетей»

Группа	Оценка численности	Доверительный интервал оценки (95%)
Мужчины, практиковавшие секс с мужчинами в течении последних 12 месяцев	7200	5300 – 9100
Младше 15 лет	258	0–540
15–17 лет	198	107–314

Очевидно, что группа МСМ очень недооценена методом «наращивание социальных сетей». В чем может быть причина такой значительной недооценки группы этим методом? Наиболее вероятно, что основная причина заключается в значительной стигматизации МСМ в украинском обществе⁵⁵, и, соответственно, в том, что МСМ скрывают свое сексуальное поведение даже от своего ближайшего окружения. В этом исследовании был оценен уровень общественного уважения, который, по мнению респондентов, имеет место в Украине.

Оценка уровня общественного уважения может считаться также и оценкой уровня стигматизации по отношению к группе МСМ, а также косвенной оценкой искренности ответов респондентов. Логично предположить,

⁵⁵ По данным КМИС, в 2006 году 29% взрослого населения (35% в 1991 году) было против того, чтобы общество относилось к мужчинам, практикующим секс с мужчинами, также как к другим людям, еще 16% (9% в 1991) было отчасти против, отчасти за это.

что осознание значительной стигматизации социальной группы закономерно должно приводить к желанию скрыть наличие членов группы среди знакомых, а значит, негативно влияет на искренность ответов респондентов. Учитывая это, была проведена коррекция оценок численности МСМ с учетом погрешности неискренности ответов респондентов.

Скорректированные оценки численности МСМ выглядят следующим образом:

Таблица 15

Оценки численности МСМ на национальном уровне после коррекции погрешности неискренности ответов респондентов

Группа	Оценка численности	Доверительный интервал оценки (95%)
Мужчины, практиковавшие секс с мужчинами в течении последних 12 месяцев	14 000	10 000–17 000
Младше 15 лет	500	0–1000
15–17 лет	400	80–600

* Рассчитаны для фиксированных оценок размеров социальных сетей «с».

Но и после такой коррекции полученные оценки численности МСМ для страны не являются адекватными.

Кроме возможной неискренности ответов респондентов следует учитывать также и то, что, в отличие от ПИН или даже ЖКС, рискованное поведение МСМ, то есть, сексуальное поведение, может быть менее «видимым» для знакомых. Знакомые могут не догадываться об этом поведении, и узнавать о нем только если представитель этой группы им сам об этом сообщит. Следовательно, при применении метода «наращивание социальных сетей» для оценки численности МСМ могут возникать так называемые «погрешности трансмиссии» из-за социальной скрытости или невидимости группы. Мужчины, практикующие секс с мужчинами, из-за стигматизации и страха дискриминации могут держать свое поведение в тайне даже от близкого окружения.

«Погрешность трансмиссии» не пересекается с погрешностью неискренности ответов респондентов, которая была оценена и скорректирована в этом исследовании на основе оценок общественного уважения. Если человека не уважают за принадлежность к группе, значит, знакомые знают об этой принадлежности и наоборот – если не знают, то не могут уважать или не уважают за эту принадлежность. То есть корректная оценка численности МСМ должна равняться оценке, которая была получена в результате применения метода «наращивание социальных сетей», плюс те МСМ, кого респонденты не включили в число своих знакомых из-за неуважения, и плюс те МСМ, кого не включили по незнанию (из-за погрешности трансмиссии). Общая коррекция погрешностей должна быть результатом коррекции двух коэффициентов. Другими словами, коррекция видимости должна применяться к данным, уже скорректированным на уважение.

В рамках этого исследования попытка оценить возможные значения погрешности трансмиссии была осуществлена с помощью дополнительного быстрого качественного исследования среди МСМ. Также был проведен поиск соответствующих данных среди данных других подобных исследований, которые проводились в Украине. Поскольку это дополнительное исследование было качественным, его результаты нельзя считать надежными.

Кроме того, из-за отсутствия возможности опросить членов социальных сетей респондентов существуют определенные ограничения и относительно валидности данных.

7–9 марта 2009 года были проведены интервью с МСМ. 108 МСМ были опрошены в Киеве, Донецке, Одессе и Львове. Рекрутинг респондентов осуществлялся силами социальных работников негосударственных организаций, работающих с группами риска. К участию в исследовании привлекались представители групп риска из числа клиентов НГО. Кроме демографических квот набор респондентов регулировался обязательным условием – наличие опыта рискованного поведения в течение последних 12 месяцев (секс с мужчинами). Методы сбора данных включали комбинацию индивидуальных и телефонных интервью и самостоятельного заполнения. Интервью проводили социальные работники партнерских организаций МБФ «Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине». Опрос проводился по формализованной анкете.

В этом исследовании респондентов просили составить полный список их знакомых, подпадающих под определение МСМ, которое применялось в репрезентативном опросе населения по методу «наращивание социальных сетей». Время респондентов для составления такого списка не ограничивалось. Количество людей в списках фиксировалось в интервью. Затем респонденту задавался общий вопрос о том, сколько людей из списка знают о его принадлежности к группе риска. Респондентов также просили разбить список на подгруппы (родственники, друзья, приятели, коллеги по работе, соседи и др.), и сказать сколько людей в таких группах и сколько из них знают о том, что они имеют секс с мужчинами.

Принимая во внимание то, что социальные сети клиентов НГО, которые были респондентами в этом опросе, включают социальных работников этих организаций, а также других МСМ, которые наверняка знают о принадлежности респондентов к группам риска, респондентов просили при создании списков знакомых не включать этих людей (в конце анкеты задавались отдельные вопросы о количестве таких знакомых респондентов).

По результатам этого исследования (табл. 16), оказалось, что только 24% знакомых МСМ знают об их принадлежности к группе, тогда как подавляющее большинство (76%) знакомых не знают об этом⁵⁶. Таким образом, можно предположить, что в общем исследовании, проведенном с использованием метода «наращивание социальных сетей», полученные оценки численности МСМ основываются на данных, которые сообщили только 24% их знакомых. Остальные 76% не сообщили о наличии МСМ среди их знакомых из-за того, что в их случае действовала погрешность трансмиссии. Соответственно, коэффициент коррекции полученных данных, с учетом погрешности трансмиссии, должен составлять 4,17.

⁵⁶ Стоит отметить, что эти оценки получены со слов самих МСМ и не учитывают вторичного распространения информации внутри социальной сети (часть знакомых могут узнавать о сексуальном поведении МСМ не от него самого, а со слов других общих знакомых, о чем, соответственно, сам МСМ может не знать), и реальный процент знакомых в сети, которые знают о сексуальном поведении МСМ, может быть выше.

Таблица 16

Оценка количества людей в социальных сетях МСМ, знающих\не знающих об их рискованном поведении

Группа	Опрошено	% людей в списке, знающих о рискованном поведении	% людей в списке, не знающих о рискованном поведении	Коэффициент коррекции
МСМ	108	24%	76%	4,17

Как уже отмечалось, полученные данные не являются надежными из-за малой нерепрезентативной выборки. Кроме этого, данные о доле тех, кто знает, являются заниженными, поскольку не учитывают распространение информации среди членов сети респондентов.

Поиск релевантных данных в результатах других исследований, которые проводились среди групп риска в Украине, позволил получить дополнительные более надежные данные для группы МСМ (табл. 28–30). Однако, валидность этих данных для измерения погрешности трансмиссии также вызывает вопросы.

Таблица 17

Украинский опрос МСМ: Интернет-сайт qguys.ru, 2009 год

Кто знает, что ты гей (би)?	Количество	% от опрошенных МСМ
Не скрываю	1300	10%
И так видно	251	2%
Близкие друзья	6478	50%
Родственники	1424	11%
Сотрудники	478	4%
Обо мне никто не знает	4399	34%
Всего	12 829	112%

Как отмечают эксперты, работающие с сообществом МСМ в Украине, этот сайт очень популярен среди целевой группы в Украине, но, в то же время, на нем зарегистрирована более активная часть МСМ сообщества.

Как показывает анализ массива данных интернет-опроса, пункт «никто не знает» включает 5% тех, кто отметил и другие категории. Кроме того, как показывают данные исследования «Нашего мира» (табл. 17), этот вариант скорее всего означает «никто, кроме небольшого круга других МСМ», поскольку если в перечне возможных ответов есть такой вариант, то полностью закрытыми являются только 4 % МСМ.

Таблица 18

Опрос МСМ: «Наш Мир», 2005 год⁵⁷ (почтовый опрос по базе клиентов организации; метод «снежный ком»)

Открытость МСМ	Количество	% от опрошенных МСМ
Открыты всем	85	10%
Открыты широкому кругу друзей	153	18%
Открыты членам семьи и близким друзьям	230	27%
Открыты малому кругу других МСМ	348	41%
Закрыты для всех	34	4%
Всего	850	100%

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

Альтернативную оценку дают данные, полученные в исследовании 800 МСМ Центром социальных экспертиз Института социологии НАН Украины (табл.19), реализованном в 7 областных центрах по выборке «снежный ком».

Таблица 19

Опрос МСМ: «Центр социальных экспертиз Института социологии НАНУ», 2004 год (800 опрошенных в 7 областных центрах, выборка «снежный ком»)

Признаки внутренней дискриминации	% согласившихся с утверждением
Я стараюсь все делать так, чтобы люди не узнали, что я вступаю в сексуальные отношения с мужчинами, потому что я боюсь быть разоблаченным	57%

Таким образом, коэффициент для коррекции погрешности трансмиссии при оценке численности МСМ, полученный в быстром качественном исследовании, может быть уточнен с использованием данных других исследований. В таблице ниже сведены данные всех проанализированных исследований, а также рассчитаны дополнительные оценки трансмиссии информации в сетях знакомых МСМ, а именно: учтены сети МСМ, частично (в той или иной степени) раскрывающих свой статус знакомым (знания в таких сетях оценены как 50 %).

Таблица 20

Обобщенные данные всех проанализированных исследований для коррекции оценок численности МСМ на погрешность трансмиссии и возможные коэффициенты коррекции

	Знают	Частично знают	Не знают	Не знают (+50% от «частично знают»)
Качественная оценка	24	0	76	76
qguys.ru	16	55	29	57
Наш мир	28	68	4	38
Центр соц. экспертиз	43	0	57	57

Если условно принять, что не знают о сексуальном поведении МСМ 57% их знакомых (а знают 43%), то коэффициент коррекции для оценки численности МСМ равен $K = 100/43 = 2,3$.

Применение соответствующей коррекции к оценкам численности МСМ, полученной методом «наращивание социальных сетей», предварительно скорректированной на погрешность неискренности ответов респондентов, дает такие оценки для групп риска:

Таблица 21

Оценки численности МСМ на национальном уровне после коррекции ошибок неискренности ответов респондентов и трансмиссии

Группа	Оценка численности	Доверительный интервал оценки (95%)
Мужчины, практиковавшие секс с мужчинами в течение последних 12 месяцев	32 000	23 000–39 000
Младше 15 лет	258	0–540
15-17 лет	198	107–314

И все же после двух проведенных коррекций, по мнению украинских экспертов, работающих с группой МСМ в сфере профилактики ВИЧ/СПИД, полученные оценки на уровне 23–39 тыс. человек для Украины в целом существенно занижены.

Можно предположить действие эффектов барьера относительно самой молодой части МСМ, проживающей на улице (бездомные) и оказывающей сексуальные услуги мужчинам с целью заработка. В этой подгруппе МСМ наверняка связи намного интенсивнее в середине группы, чем с окружающим их обществом. Но эта подгруппа не должна быть большой по размеру, поэтому эти эффекты могут объяснить только незначительную часть недооценки численности МСМ в этом исследовании.

В любом случае, в этом исследовании можно только предполагать действие определенных эффектов барьера, но оценить степень их влияния нет возможности. Поиск причин существенной недооценки численности МСМ по методу «наращивание социальных сетей» требует дальнейших специальных исследований.

Региональные оценки

Региональные оценки численности МСМ по этому методу рассчитывают количество МСМ возрасте от 10 лет и старше. Для отдельных областей оценки рассчитаны среди всего населения регионов – как жителей городской, так и сельской местности.

Таблица 22

Региональные оценки численности МСМ методом «наращивание социальных сетей» с коррекцией погрешности ответов респондентов и погрешности трансмиссии

АР Крым/ Область/ Город	Оценка численности МСМ	Интервальная оценка (95%)
АР Крым	6200	3200–9100
Винницкая	700	0–1700
Волынская	0	
Днепропетровская	2800	0–6100
Донецкая	1200	0–3100
Житомирская	600	0–800
Закарпатская	500	0–1100
Запорожская	2200	200–4200
Ивано-Франковская	400	0–900
Киевская	500	0–1000
Кировоградская	1000	0–2000
Луганская	800	0–1800
Львовская	4100	0–9200
Николаевская	200	0–500
Одесская	400	0–900
Полтавская	1100	0–1500
Ровенская	700	0–2000
Сумская	100	0–300
Тернопольская	600	0–1600
Харьковская	4300	700–7900
Херсонская	700	0–1500
Хмельницкая	0	
Черкасская	1000	200–1900
Черновицкая	300	0–900
Черниговская	200	0–600
г. Киев	600	0–17 200
г. Севастополь	800	0–1500

ОЦЕНКИ ЧИСЛЕННОСТИ ПОЛОВЫХ ПАРТНЕРОВ ПИН

На этапе планирования исследования ставилась под сомнение возможность адекватной оценки такой группы, как «половые партнеры ПИН». Люди могут знать о том, что их знакомые употребляют инъекционные наркотики или покупают сексуальные услуги, но менее вероятно, что о знакомых им известны такие подробности, как количество сексуальных партнеров. Поэтому в этом исследовании можно было получить только минимальные оценки численности этой группы.

В этом исследовании сексуальные партнеры ПИН определялись как «люди обоих полов в возрасте от 10 лет». Ниже приведены вопросы анкеты, которые задавались респондентам.

Вопросы анкеты:

«Есть ли среди ваших знакомых сексуальные партнеры тех, кто употребляет наркотики инъекционным путем? Сколько их? »

Таблица 23

Оценки численности сексуальных партнеров ПИН методом «наращивание социальных сетей»

Группа	Оценка численности	Доверительный интервал оценки (95%)
Сексуальные партнеры ПИН	19 000	16 000–23 000

Напомним, что базовые оценки численности ПИН, полученные методом «наращивание социальных сетей», были признаны национальными экспертами заниженными и подверглись коррекции погрешности неискренности ответов респондентов. К оценке численности сексуальных партнеров ПИН также была применена соответствующая коррекция на основе данных исследования относительно уровня общественного уважения сексуальных партнеров ПИН. В основу реализованной коррекции легло предположение о том, что при оценке количества знакомых из числа стигматизированных групп риска респонденты могут давать неискренние ответы и стремиться снизить это количество (в том числе к «0»). Оценкой уровня стигматизации группы, а соответственно, и косвенной оценкой неискренности ответов респондентов о количестве их знакомых в группе риска может быть оценка уровня общественного уважения сексуальных партнеров ПИН, которая изучалась в этом исследовании. Оценки численности сексуальных партнеров ПИН, скорректированные с учетом погрешности неискренности ответов респондентов, выглядят следующим образом:

Таблица 24

Оценки численности сексуальных партнеров ПИН методом «наращивание социальных сетей» после коррекции погрешности неискренности ответов респондентов

Группа	Оценка численности	Доверительный интервал оценки (95%)
Сексуальные партнеры ПИН	32 000	27 000–39 000

Однако после коррекции данных с учетом погрешности неискренности ответов респондентов, по мнению экспертов, оценки численности сексуаль-

ных партнеров ПИН остаются заниженными. В этом отчете уже отмечалась плохая видимость этих групп в социальных кругах. Респонденты могут знать разве что о постоянных партнерах ПИН.

В табл. 25 показаны соответствующие региональные оценки численности сексуальных партнеров ПИН.

Таблица 25

Региональные оценки численности сексуальных партнеров ПИН методом «наращивание социальных сетей» с коррекцией погрешности неискренности ответов респондентов

АР Крым/ Область/ Город	Оценка –сексуальные партнеры ПИН	95% интервал, нижняя граница	95% интервал, верхняя граница
АР Крым	6000	2100	10 000
г. Киев	1500	100	2800
Киевская	1200	100	2200
Винницкая	3100	900	5300
Волынская	600	0	1200
Днепропетровская	7000	3900	10 000
Донецкая	2200	100	4300
Житомирская	300	0	500
Закарпатская	100	0	200
Запорожская	400	0	900
Ивано-Франковская	300	0	600
Кировоградская	1500	500	2500
Луганская	1600	0	3200
Львовская	1700	700	2800
Николаевская	1000	400	1700
Одесская	1900	600	3300
Полтавская	1200	100	2300
Ровенская	400	21	700
Сумская	200	0	500
Тернопольская	700	37	1300
Харьковская	900	0	2200
Херсонская	400	0	800
Хмельницкая	700	100	1300
Черкасская	1100	0	2400
Черновицкая	300	28	600
Черниговская	900	0	2700
г. Севастополь	600	0	1700

ОЦЕНКИ ЧИСЛЕННОСТИ КЛИЕНТОВ ЖКС

В этом исследовании клиенты женщин коммерческого секса определялись как «группа мужчин в возрасте от 10 лет и старше, которые пользовались сексуальными услугами женщин за плату». Ниже приведена формулировка вопроса, который задавался респондентам.

Вопросы анкеты:

«Есть ли среди Ваших знакомых мужчины, которые пользовались сексуальными услугами женщин за плату? Сколько их? »

Таблица 26

Оценки численности клиентов ЖКС методом «наращивание социальных сетей»

Группа	Оценка численности	Доверительный интервал оценки (95%)
Клиенты ЖКС	77 000	67 000–87 000

Насколько адекватной является полученная оценка численности клиентов ЖКС для Украины? Принимая во внимание тот факт, что окончательные скорректированные данные для ЖКС, полученные методом «наращивание социальных сетей» дают оценку в 65–93 тыс. человек для Украины, а количество клиентов ЖКС должно быть больше, данная оценка представляется заниженной. Мы предполагаем, что пользование сексуальными услугами за плату является стигматизированным поведением в Украине, а следовательно, полученные в исследовании оценки должны быть заниженными из-за неискренности ответов респондентов. Оценка общественного уважения клиентов ЖКС, полученная в этом исследовании, может быть косвенной оценкой искренности ответов респондентов. А значит, оценки численности клиентов ЖКС могут быть скорректированы с учетом погрешности неискренности ответов респондентов, оцененной на основании данных об общественном уважении клиентов ЖКС. Скорректированные оценки численности клиентов ЖКС выглядят следующим образом:

Таблица 27

Оценки численности клиентов ЖКС методом «наращивание социальных сетей» после коррекции погрешности неискренности ответов респондентов

Группа	Оценка численности	Доверительный интервал оценки (95%)
Клиенты ЖКС	285 000	248 000 – 322 000

В табл. 28 приведены данные по оценке численности клиентов ЖКС в отдельных регионах.

Таблица 28

Региональные оценки численности клиентов ЖКС методом «наращивание социальных сетей» с коррекцией погрешности неискренности ответов респондентов

АР Крым/ Область/ Город	Оценка - клиенты ЖКС	95% интервал, нижняя граница	95% интервал, верхняя граница
АР Крым	12 000	7000	17 100
г. Киев	21 500	5900	37 100
Киевская	5100	1700	8400
Винницкая	36 300	23 900	48 700
Волинская	0	0	0
Днепропетровская	13 400	7400	19 400
Донецкая	15 500	6000	25 000
Житомирская	2400	700	4100
Закарпатская	1600	300	2800
Запорожская	28 100	7200	49 100
Ивано-Франковская	4300	500	8200
Кировоградская	1600	0	3500
Луганская	43 100	19 100	67 100
Львовская	5000	1600	8400
Николаевская	8500	4300	12 800
Одесская	16 200	4900	27 400
Полтавская	1400	0	3600
Ровенская	3400	1300	5500
Сумская	1000	100	1900
Тернопольская	3100	1100	5200
Харьковская	25 800	15 200	36 400
Херсонская	1200	0	2900
Хмельницкая	12 800	7300	18 200
Черкасская	1100	0	2600
Черновицкая	5200	2400	8000
Черниговская	400	0	900
г. Севастополь	4300	800	7700

ОЦЕНКА ЧИСЛЕННОСТИ ЖЕНЩИН – ПОЛОВЫХ ПАРТНЕРШ МСМ

В исследовании с применением метода «наращивание социальных сетей» для оценки численности женщин – половых партнерш МСМ использовался косвенный вопрос относительно количества знакомых МСМ, практикующих секс с женщинами (фактически, это оценка численности бисексуалов). Понятно, что такой вопрос может дать только минимальную оценку численности группы.

На этапе планирования исследования ставилась под сомнение возможность адекватной оценки для такой группы, как «половые партнерши МСМ». Люди могут знать о том, что их знакомые имеют секс с мужчинами или платят за сексуальные услуги, но менее вероятно, что о знакомых им известны такие подробности, как количество сексуальных партнеров и их пол.

Учитывая указанные сложности, в исследовании был выбран косвенный способ получения минимальной оценки количества «половых партнерш МСМ» – вопрос о знакомых МСМ, которые также имеют секс с женщинами.

Ниже приведены вопросы анкеты, которые задавались респондентам.

Вопросы анкеты:

«Есть ли среди Ваших знакомых мужчины (юноши) в возрасте от 10 лет, которые в течение последних 12 месяцев имели секс с мужчинами и, которые также имеют секс с женщинами? Если есть, то сколько их? »

Таблица 29

Оценка численности женщин – половых партнерш МСМ методом «наращивание социальных сетей»

Группа	Оценка численности	Доверительный интервал оценки (95%)
Женщины-сексуальные партнерши МСМ	1455	–

Как можно видеть из табл. 29, оценка численности половых партнерш МСМ, полученная методом «наращивание социальных сетей», неудовлетворительно низка. Как и для других групп риска, для этой группы требуется коррекция полученных данных с учетом погрешности неискренности ответов респондентов. Сексуальные партнерши МСМ могут также быть стигматизированными в украинском обществе, что, в свою очередь, может приводить к желанию респондентов скрыть тот факт, что они имеют таких знакомых. Оценка общественного уважения группы сексуальных партнерш МСМ, полученная в этом исследовании, также может быть одной из оценок стигматизации группы в обществе. Учет погрешности неискренности ответов респондентов на основе данных по общественному уважению к группе позволяет получить скорректированную оценку численности сексуальных партнерш МСМ, что составляет 2700 человек (табл. 30).

Таблица 30

Оценка численности женщин-половых партнерш МСМ методом «наращивание социальных сетей» после коррекции погрешности неискренности ответов респондентов

Группа	Оценка численности	Доверительный интервал оценки (95%)
Женщины – сексуальные партнерши МСМ	2700	–

Такая оценка численности сексуальных партнерш МСМ остается очень низкой. В этом отчете уже говорилось о плохой видимости группы МСМ в социальных кругах – вероятно, что бисексуалы еще больше скрывают свое сексуальное поведение от знакомых, чем остальные МСМ.

В табл. 31 приведены региональные оценки численности сексуальных партнерш МСМ. Значительное количество нулевых оценок для ряда областей объясняется тем, что там в выборку не попали люди, которые знают мужчин, имеющих секс как с мужчинами, так и с женщинами, – это согласуется с малой численностью группы в целом, полученной на национальном уровне.

Таблица 31

Региональные оценки численности женщин – сексуальных партнерш МСМ методом «наращивание социальных сетей» с коррекцией погрешности неискренности ответов респондентов

АР Крым/ Область/ Город	Оценка - бисексуалы	95% интервал, нижняя граница	95% интервал, верхняя граница
АР Крым	3100	1600	4700
г. Киев	0	0	0
Киевская	0	0	0
Винницкая	200	0	500
Волынская	0	0	0
Днепропетровская	200	0	600
Донецкая	400	0	1200
Житомирская	0	0	0
Закарпатская	0	0	0
Запорожская	300	0	800
Ивано-Франковская	100	0	300
Кировоградская	100	0	300
Луганская	0	0	0
Львовская	1300	0	3100
Николаевская	0	0	0
Одесская	200	0	500
Полтавская	200	0	700
Ровенская	100	0	200
Сумская	0	0	0
Тернопольская	300	0	800
Харьковская	0	0	0
Херсонская	600	0	1400
Хмельницкая	0	0	0
Черкасская	0	0	0
Черновицкая	100	0	200
Черниговская	0	0	0
г. Севастополь	100	0	300

Применение дополнительного коэффициента коррекции на погрешность трансмиссии информации в социальных сетях (возникающей из-за плохой социальной видимости группы), рассчитанный в этом исследовании для группы MSM в целом ($K=2,3$), позволяет получить более высокие оценки численности сексуальных партнеров MSM (табл. 32).

Таблица 32

Оценка численности женщин – половых партнеров MSM методом «наращивание социальных сетей» после коррекции погрешности неискренности ответов респондентов и погрешности трансмиссии

Группа	Оценка численности	Доверительный интервал оценки (95%)
Женщины – сексуальные партнерши MSM	6200	–

В табл. 33 приведены региональные оценки численности сексуальных партнеров MSM, полученные после применения дополнительного коэффициента коррекции погрешности трансмиссии.

Таблица 33

Региональные оценки численности женщин – сексуальных партнеров MSM методом «наращивание социальных сетей» с коррекцией погрешности неискренности ответов респондентов*

АР Крым/ Область/ Город	Оценка - бисексуалы	95% интервал, нижняя граница	95% интервал, верхняя граница
АР Крым	7100	3700	10 800
г. Киев	0	0	0
Киевская	0	0	0
Винницкая	500	0	1200
Волынская	0	0	0
Днепропетровская	500	0	1380
Донецкая	900	0	3000
Житомирская	0	0	0
Закарпатская	0	0	0
Запорожская	700	0	1 800
Ивано-Франковская	200	0	700
Кировоградская	200	0	700
Луганская	0	0	0
Львовская	3000	0	7100
Николаевская	0	0	0
Одесская	500	0	1200
Полтавская	500	0	1600
Ровенская	200	0	500
Сумская	0	0	0
Тернопольская	700	0	1800
Харьковская	0	0	0
Херсонская	1400	0	3200
Хмельницкая	0	0	0
Черкасская	0	0	0
Черновицкая	200	0	500
Черниговская	0	0	0
г. Севастополь	200	0	700

* Значения округлены до 100.

ОЦЕНКА ЧИСЛЕННОСТИ ГРУПП ПОВЫШЕННОГО РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ В ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ МЕТОДОМ «ЗАГАДАННЫЙ ЗНАКОМЫЙ»

Впервые метод «загаданный знакомый» был применен КМИС в 1996 году в исследовании неформальной занятости⁵⁸. Тогда метод был предложен научными сотрудниками КМИС для использования в украинском исследовании, как способ повышения искренности ответов респондентов на чувствительные вопросы, к которым относятся и вопросы о неофициальной экономической деятельности. Идея метода заключалась в том, что респондента просили задумать какого-то знакомого – это мог быть сам респондент, член семьи, коллега по работе, друг, знакомый, враг – любой, кого респондент достаточно хорошо знает. В этом исследовании метод доказал свою эффективность и дал оценку распространенности неформальной занятости, близкую к оценкам, полученным другими методами. Метод также успешно был применен другими исследователями.⁵⁹

В 2005 году в рамках комплексного национального исследования по оценке численности ПИН, ЖКС и МСМ, проведенного при финансовой поддержке МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», КМИС применил модификацию метода «загаданный знакомый». Полученные этим методом оценки для групп ПИН и ЖКС были близки к оценкам, полученным другими методами (в частности методом «коэффициентов» и др.). Оценка численности групп риска, которые являются относительно малочисленными в обществе, требует больших выборок опроса для получения точных данных. Поэтому для уменьшения объема необходимой выборки в 2005 году была предложена модификация метода, при которой вопросы анкеты касались не 1 человека, а 10–15 людей.

Оценка численности определенных групп населения методом «загаданный знакомый» основывается на данных репрезентативного опроса общего населения. Идея метода «загаданный знакомый» заключается в том, что респондентов просят составить небольшой список своих знакомых, которых они хорошо знают. Интервьюер гарантирует, что не будет спрашивать, кто эти люди, и список знакомых остается у респондента. Фокусирование на небольшой группе знакомых – «ядре социальной сети», людях, которых респонденты хорошо знают, позволяет уменьшить погрешность «трансмиссии», которая возникает из-за того, что информация, которой люди обладают о своих знакомых, не является полной. Предполагается, что эта погрешность меньше по отношению к ближайшему кругу знакомых респондентов и, что она растет по мере движения от центра социальных сетей к их периферии⁶⁰. В то же время, до конца не известно, каким принципом пользуют-

⁵⁸ Rapid Apraisal Study “Household Income and Expenditures in Ukraine”.–1996 (on request of the World Bank).

⁵⁹ Najman B. [1997], “Informal Economy in Ukraine”, Frenach Centre for the foreign Trade (CFCE), Paris, October, p.51.

⁶⁰ В противовес методу «загаданный знакомый» метод «наращивание социальных сетей» анализирует социальные сети более широко, учитывая «активную сеть» – всех знакомых,

ся респонденты для включения знакомых в этот список⁶¹, и как провести границу между близким и далеким кругом знакомых. Поэтому этот список знакомых нельзя считать случайной выборкой, репрезентирующей близких знакомых респондентов.

В ходе интервью респондентам задаются вопросы о наличии среди знакомых в списке (а во второй части интервью также уточняют относительно остальных знакомых, которые не включены в список) разных социальных категорий: как групп населения, по которым имеются статистические данные (контрольные группы для оценки работы модели), так и групп риска инфицирования ВИЧ и т.д. Оценки численности неизвестных групп рассчитываются как на основе данных о ближайшем круге знакомых респондентов (люди из списка), так и всей социальной сети в целом (для этих оценок нужно знать размер социальных сетей респондентов).

Более точно методология расчетов приведена в табл. 34.

Таблица 34

Обозначения для оценки численности групп риска

	Средние арифметические сетей	Доля по отношению к длине списка	Оценка численности	Статистика	Отношение оценки численности к статистике
Известные группы					
Количество людей в списке	T				
Известная группа 1	L1	P1	M1	N1	K1
Известная группа 2	L2	P2	M2	N2	K2
...					
Известная группа m	Lm				
Группы риска					
Группа риска 1	r1	Pr1	Mr1	-	Kr1 - ?
Группа риска 2	r2	Pr2	Mr2	-	Kr2 - ?
...					

Пусть t_i – количество людей, которые названы i -м респондентом в ответ на вопрос «Сколько людей в Вашем списке?», то есть длина списка респондента. Пусть t – средняя длина списка:

$$t = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n t_i$$

где n – количество опрошенных людей в нашем исследовании.

Аналогично пусть l_1, l_2, \dots - средние количества лиц, названных респондентами в ответ на вопрос про первую, вторую и т.д. известной группе, а r_1, r_2, \dots – то же для групп риска.

проживающих на определенной территории, с которыми респондент контактировал любым способом в течение последних двух лет.

⁶¹ Как показал в своей работе Brewer (работа цитируется в «Marsden PV Recent Developments in Network Measurement. In Carrington, PJ, Scott, J., Wasserman, S. Models and methods in social network analysis. Cambridge University Press, 2005), воспоминание респондентами своих знакомых определяется мерой близости связей с ними – лучше респонденты помнят своих ближайших знакомых.

Доля каждой группы среди всех названных для известных групп $P1=l1/t$ (для первой группы), $P2=L2/t$ (для второй группы) и т.д., то же для групп риска $Pr1=r1/t$, $Pr2=r2 t$ и т.д.

По этим данным можно оценить количество как известных, так и не известных групп (при этом мы предполагаем, что средняя вероятность представителей той или иной группы попасть в список респондентов пропорциональна количеству этой группы среди населения).

Пусть N – количество населения Украины соответствующего возраста, тогда численность $M1$ первой известной группы является $M1=P1*N$, второй известной группы $M2=P2*N$ и т.д. , первой группы риска $Mr1=Pr1*N$, второй группы риска $Mr2=Pr2*N$ и т.д.

В исследовании в Донецкой области респондентов спрашивали о наличии среди их знакомых (как в списке 20–30 знакомых, который респондентов просили составить в начале интервью, так и среди остальных знакомых⁶²) людей в возрасте от 10 лет, которые в течение последних 12 месяцев употребляли наркотики инъекционным путем (делая себе уколы), женщин, которые в течение соответствующего периода оказывали сексуальные услуги за плату, и мужчин, которые имели секс с мужчинами. Респондентам задавались вопросы о наличии в списке их знакомых представителей других категорий населения, по численности которых в Донецкой области имеются данные официальной статистики, – мужчин и женщин определенного возраста и с определенными именами⁶³, инвалидов I-ой группы, мужчин, находившихся в местах лишения свободы в 2007 году⁶⁴, женщин, родивших ребенка в 2007 году (так называемые «контрольные группы», необходимые для проверки работы модели. Вопросы анкеты содержали преамбулы, нацеленные на преодоление предвзято негативного отношения респондентов к вопросам относительно представителей групп риска среди их знакомых.

Для сбора данных в этом исследовании использовалась комбинация методов индивидуального интервью и анкетирования (анкета для самостоятельного заполнения респондентами содержала наиболее чувствительные вопросы о знакомых из числа исследуемых групп риска и об отношении к этим группам). Объем выборки опроса составляет 410 респондентов в возрасте 14 лет и старше.

В этом исследовании использовалась специальная методика для повышения искренности ответов «secret ballot» (респонденты самостоятельно отвечали на «чувствительные» вопросы о группах риска, после чего вкладывали анкету в конверт без отметок, самостоятельно заклеивали и только потом передавали интервьюеру. Благодаря этому использование метода «загаданный знакомый» в Донецкой области позволило получить оценки численности ПИН, ЖКС и МСМ, достаточно близкие к окончательным скорректированным оценкам, полученным методом «наращивание социальных сетей» (табл. 35).

⁶² Здесь мы исходим из определения «активной» социальной сети, принятом в методе наращивания социальных сетей

⁶³ Для этого исследования имена отбирались с учетом их распространенности (так, чтобы она была разной и приближалась к численности исследуемых групп риска, которые не являются многочисленными по оценкам других исследований).

⁶⁴ 2007 год был избран по причине существования статистических данных, необходимых для проверки точности оценок численности.

Таблица 35

**Оценка численности ПИН, ЖКС и МСМ методом «загаданный знакомый»
и методом «наращивание социальных сетей» в Донецкой области**

	Метод «загаданный знакомый»	Метод «наращивание социальных сетей»
Группа	Оценка численности	Оценка численности
Люди, употреблявшие наркотики инъекционным путем в течение последних 12 месяцев	32 000	18 000 [5800–29 900]*
Женщины, предоставлявшие сексуальные услуги за плату в течение последних 12 месяцев	8 000	9 500 [1700–18 500]
Мужчины, практиковавшие секс с мужчинами в течение последних 12 месяцев	3 000	1200 [0–3100]

* Интервальные оценки (95%-й интервал)

ОЦЕНКА ЧИСЛЕННОСТИ ГРУПП ПОВЫШЕННОГО РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ И ГРУПП-МОСТИКОВ МЕТОДОМ «КОЭФФИЦИЕНТОВ»

Общая идея метода

Метод «коэффициентов» использовался в данном исследовании как дополнительный метод для осуществления расчетов и получения оценки численности групп риска и групп-мостиков. В качестве исходных данных использовались результаты поведенческих исследований среди представителей групп риска (ПИН, ЖКС)⁶⁵, данные государственной статистики и учетные данные клиентов негосударственных организаций, работающих в сфере профилактики ВИЧ среди уязвимых групп. Результаты поведенческих исследований позволяют определить долю представителей целевой группы, которые подпадают под учет различных организаций, как государственных, так и негосударственных. Умножив количество представителей этой группы, которые зафиксированы различными организациями, на рассчитанный на основе этой доли коэффициент, мы получим оценку численности исследуемой группы. Точность оценки в значительной степени зависит от валидности статистических данных, адекватности метода формирования выборки и надежности данных исследования. В целом, метод «коэффициентов» может быть применен к любым сопоставимым источникам данных, касающихся одной и той же совокупности.

Поскольку, метод «коэффициентов» является простым и легким в применении, он достаточно широко используется для оценки численности групп. Однако в публикациях не часто можно встретить обсуждение результатов, полученных этим методом. По мнению авторов одного из самых известных на данный момент методических пособий по оценке численности групп риска «Estimating the Size of Populations at Risk for HIV. Issues and Methods», это связано именно с его простотой: отсутствием «мистики», сложной математики и «блеска высокой науки»⁶⁶. Чаще результаты оценок численности групп риска таким методом исследователи преподают только в сжатом презентационном варианте, подготовленном для освещения и обсуждения на специализированных тематических конференциях, семинарах.

В данном разделе мы обратим внимание на особенности исходных данных, которые использовались для вычисления оценочной численности целевых групп. Непосредственная процедура вычисления оценок будет подробно описана в разделах, в которых изложены результаты расчетов.

⁶⁵ Данные исследований «Моніторинг поведінки СІН як компонент епіднагляду другого покоління» та «Моніторинг поведінки ЖКС як компонент епіднагляду другого покоління». – 2008.

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

Статистические данные, которые использовались для расчетов оценочной численности групп повышенного риска инфицирования ВИЧ в 2009 году

Медицинская статистика. По состоянию на середину 2008 г. на учете в учреждениях здравоохранения (УЗО) в связи с употреблением наркотических веществ находились в целом 166 659 человек, среди которых 80 984 – под диспансерным наблюдением (с установленным диагнозом зависимости) и 35 675 – под профилактическим (эпизодическое употребление наркотиков)⁶⁷. К сожалению, до настоящего времени имеющаяся в Украине медицинская статистическая отчетность не предусматривала вычленение из общего реестра лиц, находящихся на учете в связи с употреблением наркотических веществ, категории лиц, употребляющих наркотики инъекционным путем. Лишь начиная с 2009 года «Отчет о заболеваниях лиц с расстройствами психики и поведения по причине употребления психоактивных веществ» фиксирует количество лиц «с расстройствами психики по причине употребления наркотических веществ внутривенным путем» среди тех, кто находится на диспансерном наркологическом учете.

В данном исследовании для расчетов оценочной численности ПИН методом «коэффициентов» использовался показатель медицинской статистики «госпитализация наркомобольных в наркологические и психиатрические стационары». Статистика госпитализации, конечно, также не выделяет отдельную группу потребителей инъекционных наркотиков, однако именно эта группа преимущественно требует лечения в стационаре из-за тяжести последствий употребления таких наркотиков. Следовательно, использование показателя госпитализации наркомобольных для вычисления общей численности ПИН основывается на предположении, что стационарно курс лечения в связи с наркотической зависимостью проходят именно ПИН. Такое предположение получило подтверждение в ходе исследования «Верификация данных медицинского наркологического учета в Украине»⁶⁸, по результатам которого было определено, что среди лиц, находящихся на диспансерном учете и госпитализированных, 98% являются потребителями опиатов, стимуляторов, или сочетания нескольких наркотических веществ.

Кроме приведенного выше можно также отметить, что показатель «госпитализация» также использовался для оценки численности ПИН в 2005 году, а результаты оценки в некоторых случаях были близки к оценкам, полученным с использованием других методов и оценкам экспертов⁶⁹.

Исследования по верификации данных медицинского наркологического учета в Украине. В целом, не возникает сомнений, что официальная медицинская статистика не отражает реального уровня распространенности наркомании в Украине. В первую очередь это связано с тем, что потребители наркотиков склонны, в меру своих возможностей, избегать постановки на учет, который не является анонимным. Однако, кроме своей неспособности охватить всех наркопотребителей, сама система наркоучета в Украине характеризуется определенными специфическими признаками, которые существенно влияют на надежность данных меди-

⁶⁷ Данные медицинской статистики приведены в Приложении 1.

⁶⁸ Детальное описание исследования «Верификация данных медицинского наркоучета в Украине» приведены в следующем подразделе.

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

цинской статистики. Среди таких признаков можно выделить следующие:

1. каждый район имеет собственную форму учета, которая ведется соответствующим наркологическим учреждением;
2. сведения, полученные на местах, подытоживаются на уровне района (области) и поступают в центр медицинской статистики МОЗ Украины уже в виде обобщенных областных (региональных) отчетов;
3. отдельные разделы системы учета включают «Диспансерный учет» (лица с диагнозами зависимости) и «Профилактический учет» (лица, которые употребляли наркотические вещества эпизодически и не имеют зависимости);
4. среди общего количества лиц, состоящих на учете в связи с употреблением наркотических веществ, не выделяется отдельная группа лиц, употребляющих наркотики инъекционным путем;
5. стандартный установленный срок пребывания на учете продлевается для тех пациентов, у которых произошел рецидив, или тех, кто своевременно не контактировал с территориальным наркологическим учреждением;
6. снятие с наркоучета должно происходить вследствие получения медицинскими работниками объективных данных о лице (не употребление наркотиков в течение определенного установленного периода, смена места жительства или смерть), однако такая информация часто не доходит до медицинских работников, или же поступает со значительной задержкой.

Учитывая выше приведенное, можно сделать вывод, что на качество данных медицинской статистики по наркопотреблению в значительной степени влияют как внешние (социальные), так и внутренние (процессуальные) факторы.

Чтобы проверить возможность сопоставления данных официальной медицинской статистики по наркопотреблению и результаты социологических исследований среди ПИН для дальнейшего расчета оценочной численности ПИН в Украине, необходимо было провести верификацию данных. Во-первых, нужно было оценить уровень актуальности реестра лиц, употребляющих наркотические вещества, а во-вторых, выяснить какая доля лиц, состоящих на учете, потребляет наркотики инъекционным путем.

Верификация наркоучета проводилась в 8 городах Украины, имеющих разную эпидемиологическую ситуацию в среде ПИН: Днепропетровске, Донецке, Львове, Николаеве, Одессе, Полтаве, Херсоне и Киеве. Организация и координация проекта осуществлялась сотрудниками Украинского института исследований политики в сфере общественного здоровья. Сбор данных осуществлялся сотрудниками областных наркологических диспансеров (ОНД). Непосредственный сбор данных осуществлялся исключительно штатными сотрудниками областных наркологических диспансеров (ОНД), что было обусловлено конфиденциальностью информации.

Для получения информации относительно субъектов учета использовались стандартные методы, которые служат основанием для продолжения или прекращения диспансерного наблюдения. Эти методы применяются в повседневной работе патронажных медсестер: телефонный контакт с субъектом, телефонный контакт с доверенным лицом субъекта, патронажный визит, использование данных последнего медицинско-

го осмотра (если этот осмотр состоялся в течение 30 дней до даты сбора информации). То есть, это исследование можно рассматривать как внеочередную проверку лиц, находящихся на наркологическом учете. Относительно каждого субъекта выборки устанавливался статус употребления любых наркотиков инъекционным путем в 3 периода – в течение всей жизни, в течение 2008 года и в течение последних 30 дней. Статус определялся как «подтвержденный», если сам субъект, его доверенное лицо, или уполномоченный медицинский персонал подтверждали факт употребления в указанный период, «не подтвержденный», если таким же образом этот факт уверенно отрицался, или «неизвестный», если не было получено уверенного ответа, либо если установить контакт с субъектом или доверенным лицом было невозможно (смена места жительства, заключение и т.д.).

В связи с большим количеством лиц, находящихся на учете в некоторых городах, и ограниченными временными рамками исследования, сбор информации осуществлялся выборочно.⁷⁰ Выборка формировалась методом шагового отбора из алфавитного списка лиц, находящихся на диспансерном учете. Потребление инъекционных наркотиков за последние 30 дней было подтверждено со значительным расхождением между регионами – от менее 1% (в Херсоне) до 40% (в Одессе) субъектов учета. Значительно большая доля субъектов отрицала употребление инъекционных наркотиков за последние 30 дней, но расхождение между регионами также было существенным – от 40,6% (в Полтаве) до 86,2% (в Херсоне). В большинстве регионов было невозможно получить информацию о значительной доле лиц – до 53,5% (в Донецке).

Аналогичная картина наблюдается в отношении потребления наркотиков инъекционным путем в 2008 году. По сравнению с потреблением наркотиков в течении последнего месяца, факт потребления в течении 2008 г. был подтвержден у большей доли лиц, но различия между регионами остаются очень значительными.

Таблица 36

Установленный в ходе верификации данных статус употребления любых наркотиков инъекционным путем лиц, находящихся на учете в наркологических диспансерах

Город	Получено подтверждение употребления наркотиков инъекционным путем в течение 30 дней, предшествующих контакту			Получено подтверждение употребления наркотиков инъекционным путем на протяжении 2008 года		
	Да	Нет	Неизвестно	Да	Нет	Неизвестно
Полтава	28,1%	40,6%	31,3%	31,6%	13,8%	54,6%
Донецк	2,1%	44,4%	53,5%	8,2%	36,1%	55,6%
Днепропетровск	37,6%	45,0%	17,3%	44,4%	38,1%	17,5%
Одесса	40,0%	46,6%	13,4%	41,4%	14,9%	43,7%
Киев	5,9%	52,6%	41,5%	14,3%	41,9%	43,8%
Львов	4,4%	68,2%	27,4%	17,0%	56,8%	26,2%
Николаев	2,6%	78,8%	18,6%	12,0%	67,2%	20,8%
Херсон	0,6%	86,2%	13,2%	14,9%	71,8%	13,2%

Значительные различия между регионами в подтверждении факта потребления наркотиков лицами, находящимися на диспансерном учете, свидетельствуют о существовании принципиальных различий в практиках

⁷⁰ Выборочное обследование осуществлялось в Киеве, Днепропетровске и Одессе.

ведения диспансерного наблюдения и снятия с учета. Такие различия не позволяют использовать данные наркологического учета в качестве надежного универсального источника данных для оценки количества потребителей инъекционных наркотиков в регионах.

Статистика МВД. В ходе исследования также рассматривалась возможность расчета численности ПИН методом «коэффициентов» на основе данных учета потребителей наркотиков в органах внутренних дел (ОВД). Согласно приказу «Об утверждении Инструкции о порядке выявления и постановки на учет лиц, незаконно употребляющих наркотические средства или психотропные вещества» ОВД ведут учет всех лиц, в отношении которых установлено, что они незаконно употребляют наркотические средства или психотропные вещества, кроме лиц, которые добровольно обратились за медицинской помощью и выполняют рекомендации врача.

Основанием для постановления на учет таких лиц является постановка диагноза «наркомания», «токсикомания» или состояние наркотического опьянения. Подтверждение состояния наркотического опьянения входит в компетенцию только врача, на которого возложены обязанности по проведению медицинского осмотра (обследования), а диагноз «наркомания» устанавливается врачебно-консультационной комиссией⁷¹. Логика процедуры постановления на учет лиц, употребляющих наркотики, предусматривает, что на учете ОВД должно находиться меньшее количество лиц, чем в УЗО. Однако, по состоянию на 1 января 2009 на учете в ОВД находилось 174 110 человек⁷², допускающих немедицинское употребление наркотических средств, психотропных веществ и их аналогов, что значительно превышает количество лиц, состоящих на учете в УЗО. Кроме этого, по данным департамента борьбы с незаконным оборотом наркотиков (ДБНОН) еще 41 742 человека в указанное время находились на учете только в УЗО.

К сожалению, такие расхождения в учетных данных свидетельствует об определенной процессуальной несогласованности деятельности органов, на которые в Украине возложена функция контроля и борьбы с незаконным употреблением наркотических веществ. Кроме вышесказанного, учет наркопотребителей в ОВД также не предусматривает вычленение из общей массы потребителей именно инъекционных наркотиков.

Исходя из вышеприведенного, понятно, что такая статистическая информация не может быть использована для расчетов оценки численности ПИН, поэтому необходимая для вычисления коэффициента информация была получена в ходе поведенческих исследований среди ПИН.

Учетные данные клиентов профилактических программ. Начиная с 2005 года МБФ «Международный Альянс по ВИЧ / СПИД в Украине» использует единую систему учета клиентов профилактических программ – базу данных «SygEx». Эта база данных была создана с целью ведения мониторинга и анализа данных о количестве охваченных клиентов, объемов розданных средств профилактики и услуг, оказываемых представителям групп риска инфицирования ВИЧ. На конец 2008 года профилактическими программами, работающими при поддержке МБФ «Международный Альянс по ВИЧ / СПИД в Украине», было охвачено 248 577 представителей основных групп повышенного риска инфицирования ВИЧ.⁷³

⁷¹ Закон України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними»

⁷² Данные статистики ОВД приведены в Приложении 1.

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

Показатели охвата представителей групп повышенного риска инфицирования ВИЧ профилактической программной деятельностью при поддержке МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине»

Группа риска	Количество лиц, охваченных услугами профилактических программ	Количество регионов, охваченных профилактическими программами	Количество организаций, осуществляющих программную профилактическую деятельность
ПИН	195 379	27	90
ЖКС	33 449	26	39
МСМ	17 749	16	15

Как видно из табл. 37, на начало 2009 года лишь ПИН охвачены услугами профилактических программ на уровне, достаточном для использования учетной информации клиентов для расчетов оценочной численности группы.

Результаты поведенческих исследований, использованных для расчетов оценочной численности групп повышенного риска инфицирования ВИЧ в 2009 году.

Национальная система мониторинга и оценки эффективности мероприятий, обеспечивающих контроль за эпидемией ВИЧ/СПИД предусматривает мониторинг поведения представителей групп риска, «групп-мостиков» и общего населения, как компонент эпиднадзора второго поколения. Связанные мониторинговые исследования среди представителей ключевых групп риска инфицирования ВИЧ проводятся ежегодно. Эти исследования сочетают в себе два основных компонента: мониторинг поведения и эпидемиологический надзор за ВИЧ и другими инфекциями, передающимися половым путем.⁷⁴

Поскольку группы людей, практикующих наиболее рискованное поведение (ПИН, РКС, МСМ) очень скрыты и труднодоступны, с целью охвата поведенческими исследованиями достаточного количества представителей ключевых групп риска в последние годы в Украине применяются специальные методики формирования выборки.

Данные, полученные в результате опроса ПИН и ЖКС в 2008 году, были собраны с помощью методик RDS⁷⁵ и TLS⁷⁶. Применение таких техник фор-

⁷⁴ Аналитические отчеты по результатам мониторинговых исследований размещены на ВЕБ-сайте Альянса в разделе «Публикации Международного Альянса по ВИЧ / СПИД в Украине»

⁷⁵ RDS (respondent-driven sampling) – (выборка, направляемая и реализуемая самими респондентами) наиболее эффективна для привлечения в исследование лиц, принадлежащих к скрытым социальным группам. RDS основывается на предположении о том, что сами члены целевой группы лучше всего могут определить и поощрить (рекрутировать) других членов группы к участию в исследовании. Эта технология сочетает в себе технику набора респондентов «снежный ком» (когда первичные респонденты рекрутируют дальнейших участников опроса) и математическую модель, применение которой позволяет компенсировать тот факт, что осуществленная таким образом выборка не случайна. Здесь применяется теория цепей Маркова и теория малых сетей для определения вероятностей попадания в выборку каждого респондента, что делает эту выборку вероятностной. Обработка данных производится с помощью программного пакета RDSAT, позволяющего построить индексы или «веса», приписываемые каждой переменной массива данных.

⁷⁶ В части городов, где проводился опрос ЖКС, применялась методология TLS (time-location sampling – выборка обусловлена местом и временем), которая является наиболее приемлемой для исследования групп, географически сконцентрированных в определенных местах. Этот выборочный метод предполагает, что отбор респондентов происходит на

мирования выборки обеспечивает возможность получения информации о характеристиках генеральной совокупности. При расчетах показателей в данном исследовании использовались массивы данных с результатами опроса ПИН и ЖКС взвешенные в соответствии с методикой формирования выборочной совокупности.

В 2008 году **опрос ПИН и ЖКС** в рамках мониторинга поведения представителей групп повышенного риска ВИЧ-инфицирования был проведен в 16 городах – областных центрах Украины. В такой ситуации, когда выборка исследования не является репрезентативной для региона, возникает вполне резонный вопрос о возможности экстраполяции полученных результатов с уровня областного центра на уровень области/региона в целом и на уровень страны в целом. В каждом конкретном случае, когда для расчетов оценок на региональном уровне использовались данные мониторинговых исследований среди групп риска 2008 года, был проведен дополнительный анализ этих данных и данных, полученных в предыдущие годы.

Так, предварительные поведенческие исследования среди ПИН, проведенные в Украине, свидетельствуют о том, что возможности получения потребителями инъекционных наркотиков медицинской помощи в малых городах и райцентрах ограничены⁷⁷. Анализ данных, полученных в ходе опроса ПИН в 2006 году, подтвердил, что действительно жители областных центров значительно чаще проходили курс лечения в наркологических диспансерах, чем жители других населенных пунктов области⁷⁸.

Следовательно, при расчетах коэффициента «госпитализация» логично было бы учесть различия в показателях на уровне области и на уровне областного центра. Это в результате привело бы к уменьшению коэффициента, полученного на основе данных, собранных в большом городе. Однако, оказалось, что респондентам, принимавшим участие в опросе 2008 года, было тяжело предоставить полную информацию о случаях госпитализации в течение 2007 года. В результате, ответы респондентов на вопрос о случаях госпитализации в стационары с целью лечения зависимости от наркотических веществ, часто не были полными, а иногда вообще отсутствовали.

Таким образом, можно предположить, что рассчитанная доля ПИН, прошедших курс лечения в 2007 году, будет значительно ниже, чем реальная. Учитывая такую особенность собранных данных, было решено не корректировать коэффициент, рассчитанный на основе данных собранных в крупных городах, при экстраполяции его на уровень области/региона.

Дополнительно также было проверено характер распределения ответов респондентов, относительно практики употребления наркотиков инъекционным путем, полученных в ходе опроса ЖКС в 2007 году. Результат показал, что различия ответов среди опрошенных в областном центре и опрошенных в других населенных пунктах статистически не значимы. Поэтому в дальнейшем результаты опроса в областном центре используются как характеризующие совокупность на уровне области.

специальных территориях («точках» или местах сбора целевой группы) в определенные временные периоды. TLS может быть случайной вероятностной выборкой при условии точности построения основы выборки, которая должна включать все точки и то количество представителей целевой группы, которое их посещает.

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

⁷⁸ Данные исследования «Моніторинг поведінки СІН як компонент епідагляду другого покоління», 2006.

РАСЧЕТЫ ОЦЕНОЧНОЙ ЧИСЛЕННОСТИ ПИН

Для расчетов оценочной численности потребителей инъекционных наркотиков методом «коэффициентов» использовались результаты опроса ПИН «Мониторинг поведения ПИН как компонент эпиднадзора второго поколения», реализованного в 2008 году. В качестве критерия включения респондентов в исследование использовался факт употребления наркотиков инъекционным путем в течение 30 дней, предшествовавших опросу.

Расчеты на основе показателя «госпитализация».

В качестве исходных данных для расчетов оценочной численности ПИН на основе показателя «госпитализация» было использовано:

1. Статистический показатель: «Показатель госпитализации наркобольных в наркологические и психиатрические стационары. Отчетный год – 2007. Абсолютные числа...»⁷⁹.
2. Ответы респондентов на вопросы анкеты: «Проходили ли Вы такие виды лечения зависимости от наркотических веществ (НЕ алкоголя!) в течение 2007 года?»⁸⁰. По каждому из перечисленных видов лечения (стационар (детоксикация), стационар (реабилитация), дневной стационар, амбулаторное, заместительная терапия) респондент указывал сколько раз он проходил лечение в течение 2007 года, какое вещество было причиной лечения и в каком году он впервые проходил лечение этого типа.

Поскольку ответы респондентов не всегда были полными, ответами, подтверждающими факт госпитализации в стационар в течение 2007 года считались такие, когда респондент указывал:

- количество раз госпитализации и/или вещество, которое было причиной лечения, за исключением тех случаев, когда 2008 указывался, как год первого эпизода лечения;
- 2007 год, как год первого эпизода лечения; в случае, если респондент не указывал ни количество эпизодов, ни вещество, ставшее причиной лечения.

В ходе анализа было изъято данные, собранные в Сумах, поскольку имеющегося количества содержательных ответов было недостаточно для проведения статистического анализа. В результате, при дальнейших расчетах были изъяты данные, собранные в Харькове, поскольку полученная оценка численности была крайне нереалистичной (более 200 тыс. человек), что свидетельствует о значительной погрешности исследовательских данных.

Технология расчетов оценочной численности ПИН с использованием метода «коэффициентов» на основе показателя «госпитализация» была такой:

1. Для каждой области Украины были собраны показатели медицинской статистики по госпитализации наркобольных в наркологические и психиатрические стационары в течение 2007 года (N_i).
2. Для каждой области, в которой проводился опрос, была подсчитана

⁷⁹ Данные официальной статистики относительно госпитализации, предоставленные Украинским медицинским и мониторинговым центром по алкоголю и наркотикам МОЗ Украины.

⁸⁰ Данные исследования «Мониторинг поведінки СІН як компонент епіднагляду другого покоління», 2008.

доля респондентов-ПИН, которые проходили в стационаре курс лечения зависимости от наркотических веществ в течение 2007 года (P_i) и рассчитан коэффициент для расчета оценочного количества ПИН ($C_i = P_i/100$).

3. Рассчитано оценочное число ПИН в каждой области ($V_i=N_i/P_i$) и каждую региональную оценку проверено на «реалистичность».

4. Количество ПИН в областях, рассчитано как сумма оценочных данных во всех 14 областях.

5. Основываясь на предположении, что удельный вес рассчитанного суммарного количества ПИН в 14 областях среди общего количества ПИН в стране является примерно таким же, как удельный вес зарегистрированных ПИН этих регионов среди общего количества зарегистрированных ПИН в стране, рассчитан коэффициент (K) для экстраполяции оценки на уровень всей страны (сумма региональных показателей в 14 областях, разделенная на национальный показатель).

6. Вычислено оценочное количество ПИН в Украине с помощью коэффициента, рассчитанного для экстраполяции показателей на уровень всей страны (табл. 39).

7. Чтобы получить оценки численности ПИН в областях, где поведенческое исследование не проводилось (в т.ч. для Сумской и Харьковской областей), использовался общий показатель по результатам опроса в 14 областях (табл. 40).

Таблица 38

Расчет оценочного числа ПИН в 14 областях, на основе показателей «госпитализация» в наркологические и психиатрические диспансеры

АР Крым/ Область/ Город	Госпитализировано в стационары, лиц	Коэффициент, рассчитанный на основе доли тех, кто проходил лечение в стационаре ⁸¹	Оценка общей численности ПИН, лиц
	А	В	С= А / В
	Статистика МОЗ	Результаты опроса	Расчетные данные
АР Крым	553	0,05	12 146
Волынская	212	0,20	1061
Днепропетровская	2740	0,14	19 352
Донецкая	1490	0,02	75 320
Кировоградская	400	0,11	3497
Луганская	1195	0,16	7442
Львовская	198	0,04	4626
Николаевская	512	0,06	7885
Одесская	636	0,01	46 287
Полтавская	838	0,14	5812
Херсонская	1340	0,22	6132
Хмельницкая	411	0,09	4592
Черкасская	502	0,11	4418
г. Киев	1875	0,02	77 932

⁸¹ Здесь и далее приведены округленные коэффициенты. Для непосредственных расчетов использовались более точные показатели.

Таблица 39

Расчет оценочной численности ПИН на уровне страны, исходя из оценок в 14 областях на основе показателей «госпитализация» в наркологические и психиатрические диспансеры

Госпитализировано в стационары, лиц (статистика МОЗ)		Рассчитанный коэффициент для экстраполяции суммы региональных оценок на уровень страны	Оценочное количество ПИН, лиц	
Всего в 14 указанных областях	Всего в Украине		Всего в 14 указанных областях	Всего в Украине
A	B	$C = A/B$	D	$E = D/C$
12 902	16 655	0,76	276 501	356 931

Таблица 40

Результаты расчетов оценочной численности группы ПИН на региональном уровне на основе показателей «госпитализация» в наркологические и психиатрические диспансеры

АР Крым/ Область/ Город	Оценка численности ПИН	Интервальная оценка (95%)
АР Крым	12 146	7126–41 269
Винницкая	1789	1600–2 026
Волынская	1061	786–1631
Днепропетровская	19 352	13 029–37 586
Донецкая	75 320	42 090–363 415
Житомирская	5987	5356–6781
Закарпатская	2783	2490–3152
Запорожская	12 254	10 962–13 881
Ивано-Франковская	1929	1726–2185
Киевская	1275	1140–1444
Кировоградская	3497	2433–6211
Луганская	7442	5584–11 147
Львовская	4626	2619–19 800
Николаевская	7885	5300–15 515
Одесская	46 287	24 091–578 182
Полтавская	5812	4289–9011
Ровенская	1462	1308–1656
Сумская	1473	1318–1669
Тернопольская	1239	1109–1404
Харьковская	8466	7573–9589
Херсонская	6132	4878–8256
Хмельницкая	4592	3118–8708
Черкасская	4418	3022–8203
Черновицкая	877	785–993
Черниговская	1555	1391–1762
г. Киев	77 932	42 135–520 833
г. Севастополь	2795	2500–3166

В целом, полученная оценка численности ПИН методом «коэффициентов» на основе показателей «госпитализации» на уровне страны, не может считаться надежной, учитывая многочисленные недостатки исходных данных. Но эти данные дают представление относительно определенной общей тенденции, наблюдаемой в стране. Следует также отметить, что расчет количества ПИН на уровне области предполагает значительный риск искажения данных, поскольку сформированные в ходе мониторингового исследования выборочные совокупности имеют недостаточный уровень репрезентативности. Поэтому, региональные оценки численности ПИН, рассчитанные методом «коэффициентов» на основе показателей «госпитализации», не могут рассматриваться самостоятельно, как самодостаточные оценки, а лишь как дополнительные при рассмотрении оценок, полученных на основе других показателей или другими методами.

Расчеты на основе показателя охвата ПИН профилактическими программами

В качестве исходных данных при расчете оценочной численности ПИН на основе показателя охвата профилактическими программами было использовано:

1. Статистический показатель: «Количество клиентов-ПИН, которые бесплатно получили шприц в рамках программной деятельности по отчетам субгрантеров по проектам Глобального фонда и проекта «Усиление ответа на эпидемию ВИЧ/СПИД в Украине путем предоставления услуг и информации (SUNRISE)». Отчетный период – с 1 октября 2007 по 30 сентября 2008. Абсолютные числа⁸².

2. Вопросы анкеты «За последние 12 месяцев получали ли Вы бесплатно презервативы (от представителя общественной организации, медицинского работника, волонтера, в пунктах обмена шприцев, по программе «равный – равному» и др.)?» (Рассчитано количество и удельный вес утвердительных ответов «Да»⁸³.

Технология расчетов оценочной численности ПИН с использованием метода «коэффициентов» на основе показателя охвата профилактическими программами была следующей:

1. Используя данные базы данных учета клиентов программ профилактики ВИЧ «SyrEx», был создан отдельный массив данных, содержащий отчетную информацию по клиентам-ПИН за период с 1 октября 2007 по 30 сентября 2008.
2. Поскольку существует вероятность, что в пределах одного города один человек мог обращаться в несколько организаций, каждая из учетных записей базы данных «SyrEx» за указанный период была проверена на уникальность. В качестве критерия для проверки уникальности использовались такие признаки как место проживания, принадлежность к определенной группе риска, пол, год рождения и уникальный код клиента.
3. Подсчитано общее количество ПИН – клиентов профилактических программ, которые в течение указанного периода получали бесплатные шприцы.
4. По результатам опроса ПИН в 2008 году подсчитана доля ре-

⁸² Данные единой базы данных для учета клиентов профилактических программ «SyrEx».

⁸³ Данные исследования «Моніторинг поведінки СІН як компонент епідагляду другого покоління», 2008.

- спондентов, которые отметили, что получали бесплатные шприцы в течение последних 12 месяцев (N) и рассчитан коэффициент для расчета оценочного количества ПИН ($C = N/100$).
5. С помощью вычисленного коэффициента рассчитано оценочную численность ПИН на уровне страны.

Таблица 41

Оценка численности группы ПИН на уровне страны на основе показателей по охвату услугами, которые предоставляются в рамках профилактических программ субгрантерами по проектам Глобального фонда и проекта «Sunrise»

Количество ПИН – клиентов профилактических программ, получавших бесплатно презервативы в период с 1 октября 2007 года по 30 сентября 2008 года	Рассчитанный коэффициент для оценки численности ПИН на уровне страны	Оценочное количество ПИН, лиц
A	B	$C = A/B$
85 065	0,38	225 583

Сделанные таким образом оценки также не могут считаться достаточно точными, поскольку: а) в Украине профилактическая деятельность осуществляется не только при финансовой поддержке Глобального фонда и проекта «Sunrise» и, соответственно, отчетность организации, получающих финансирование из других источников, не попадает в базу «SyrEx»; б) профилактическая деятельность пока не охватывает все населенные пункты Украины, и потому для части ПИН услуги, предоставляемые в рамках профилактических программ, – малодоступны.

Таким образом, можно предположить, что результаты расчетов, основанных на данных по охвату групп риска профилактическими программами, в некоторой мере занижены, т.е. такая оценка может рассматриваться скорее как минимальная оценка численности ПИН в Украине.

РАСЧЕТЫ ОЦЕНОЧНОЙ ЧИСЛЕННОСТИ ЖКС

При расчетах оценочного числа женщин, оказывающих сексуальные услуги за вознаграждение, методом «коэффициентов» использовались результаты мониторинговых исследований среди ПИН и ЖКС проведенных в 2008 году. Основными критериями включения в исследования было: для ПИН – факт употребления наркотиков инъекционным путем за последние 30 дней, предшествовавших опросу, а для ЖКС – факт предоставления сексуальных услуг за вознаграждение в течение последних 3 месяцев.

Результаты поведенческих исследований демонстрируют, что среди женщин коммерческого секса достаточно распространенной является практика употребления наркотиков инъекционным путем. В то же время часть женщин-ПИН предоставляют сексуальные услуги за вознаграждение. Расчет количественных характеристик группы, для которой характерны оба вида рискованного поведения, позволяет оценить численность ЖКС, если известно общее оценочное количество ПИН.

Для применения такого подхода очень важным является контроль за соответствием критериев включения представителей групп ПИН и ЖКС в подгруппы ПИН-ЖКС и ЖКС-ПИН, которые выделяются для дальнейшего анализа. Чтобы выделить подгруппы по признаку «преобладающего» пути риска (потребление инъекционных наркотиков или предоставления коммерческих сексуальных услуг) был проведен дополнительный анализ результатов опроса ПИН и ЖКС. В результате, из подгруппы ЖКС-ПИН была исключена категория ЖКС, употребляющих инъекционные наркотики чаще, чем раз в день, поскольку по характеру практики рискованного поведения они скорее могут быть отнесены к группе ПИН, чем к группе ЖКС. Кроме этого, в ходе предварительного анализа исходных данных были также исключены результаты опроса ЖКС в Киеве, поскольку доля женщин, потребляющих инъекционные наркотики, оказалась нереалистично большой.

В качестве исходных данных при расчетах оценочной численности ЖКС на основе показателей «двойной проблематики» были использованы:

1. Оценочная численность ПИН на национальном уровне.

2. Вопросы анкеты для ПИН: «Сколько среди ваших сексуальных партнеров, с которыми Вы вступали в контакт в течение последних трех месяцев (90 дней), составляют коммерческие сексуальные партнеры, которые вам давали вознаграждение за сексуальные услуги?» (среди ответов женщин-ПИН рассчитан удельный вес ответов, когда респонденты отмечали, что имели одного или больше таких партнеров).⁸⁴

3. Вопросы анкеты для ЖКС: «Как часто Вы употребляли наркотики инъекционным путем в течение последнего месяца (30 дней)?» (рассчитано долю ЖКС, которые употребляли наркотики инъекционным путем хотя бы один раз за последний месяц, но не чаще одного раза в день)⁸⁵.

Технология расчетов оценочной численности ЖКС методом «коэффициентов» на основе показателей «двойной проблематики» была следующей:

⁸⁴ Данные исследования «Моніторинг поведінки СІН як компонент епідагляду другого покоління», 2008.

⁸⁵ Данные исследования «Моніторинг поведінки ЖКС як компонент епідагляду другого покоління», 2008.

1. По результатам поведенческих исследований определено общее соотношение женщин и мужчин ПИН (примерно 1:3 – средний показатель по всем исследуемым местностям) и определен множитель для вычисления доли женщин-ПИН среди общего количества ПИН (0,26 – средний показатель по областям согласно исследованиям за 2 года)⁸⁶.

2. Основываясь на общей оценке численности группы ПИН вычислено численность группы женщин-ПИН.

3. По результатам опроса ПИН определена доля женщин-ПИН (8,1%), указавших на опыт предоставления сексуальных услуг за плату в течение последних 3 месяцев.

4. Рассчитано оценочное количество женщин-ПИН, предоставляющих сексуальные услуги за вознаграждение (ПИН-ЖКС).

5. По результатам опроса ЖКС определена доля ЖКС, употреблявших наркотики инъекционным путем в течение последних 30 дней, но не чаще чем 1 раз в день (11,9%).

6. Рассчитано оценочное количество ЖКС.

В общем, процедура расчета оценочной численности ЖКС на основе показателей «двойной проблематики» может быть выражена формулой:

$$\frac{M \times 0,26 \times \frac{8,1}{100}}{\frac{1,9}{100}}, \quad \text{где } M \text{ – оценочное количество ПИН.}$$

Таблица 42

Оценка численности ЖКС на уровне страны на основе показателей «двойной проблематики» (потребление инъекционных наркотиков и предоставление сексуальных услуг на коммерческой основе)

Оценочное количество ПИН, лиц	Оценочное количество женщин-ПИН, лиц	Доля ПИН-ЖКС среди общего количества женщин-ПИН	Оценочное количество ПИН-ЖКС, лиц	Доля ЖКС-ПИН среди общего количества женщин-ПИН	Оценочное количество ЖКС, лиц
A	B=A*0,26	C	D=(B*C)/100	E	F=(D/E)*100
225 583	58 652	8,1	4753	11,9	39 931
357 931	92 802		7517		63 168

7. По аналогичной схеме, основываясь на рассчитанных методом «коэффициентов» и рекомендованных региональных оценках численности ПИН, были рассчитаны региональные оценки численности ЖКС.

⁸⁶ Данные исследования «Моніторинг поведінки СІН як компонент епідагледу другого покоління», 2007 та 2008 роки.

Таблица 43

Региональные оценки численности ЖКС на основе показателей «двойной проблематики», базирующихся на оценках численности ПИН

АР Крым/ Область/ Город	На основе оценки численности ПИН по показателю «госпитализация»	На основе рекомендованных региональных оценок численности ПИН
АР Крым	2150	4000
Винницкая	317	1150
Волынская	188	619
Днепропетровская	3425	9734
Донецкая	13 332	10 618
Житомирская	1060	1150
Закарпатская	493	442
Запорожская	2169	4424
Ивано-Франковская	342	531
Киевская	226	2690
Кировоградская	619	2124
Луганская	1317	4070
Львовская	819	1593
Николаевская	1396	2832
Одесская	8193	7079
Полтавская	1029	1416
Ровенская	259	531
Сумская	261	1770
Тернопольская	219	531
Харьковская	1498	2301
Херсонская	1085	1416
Хмельницкая	813	1416
Черкасская	782	1947
Черновицкая	155	442
Черниговская	275	1150
г. Киев	1861	6725
г. Севастополь	495	973
Всего	44 778	73 674

Детализация оценок численности ЖКС методом «коэффициентов» на региональном уровне позволила уточнить оценки на национальном уровне. В результате, уточненные с помощью метода «коэффициентов» национальные оценки численности ЖКС (сумма региональных оценок), составили 45 тыс. человек (оценка, основанная на региональных оценках численности ПИН по показателю «госпитализация») и 74 тыс. человек (оценка, основанная на рекомендованных региональных оценках численности ПИН).

РАСЧЕТЫ ОЦЕНОЧНОЙ ЧИСЛЕННОСТИ МСМ

При расчетах оценочной численности мужчин, практикующих секс с мужчинами, методом «коэффициентов» использовались результаты социологического исследования «Мониторинг поведения МСМ как компонент эпиднадзора второго поколения», проведенного в 2007 году. Критерием включения в исследование являлся факт однополого сексуального контакта в течение 6 месяцев, предшествовавших опросу.

В ходе предварительного анализа имеющейся информации было выяснено, что на момент проведения исследования не существовало ни одного источника статистических данных относительно количества МСМ, которые бы позволили осуществить расчеты численности группы методом «коэффициентов».

Единственными источниками информации, которые бы позволили хотя бы приблизительно оценить численность МСМ на уровне страны, на данный период времени, остаются результаты опросов общего населения, проведенных в предыдущие годы.

В 2004 году были проведены поведенческие опросы среди молодежи (14–24 года)⁸⁷ и взрослого населения (25–49 лет),⁸⁸ которые содержали блок вопросов о сексуальном поведении, включая сексуальные отношения мужчин с представителями своего пола. С целью анализа был подготовлен объединенный массив для возрастной группы 15–49 лет с соответствующими коэффициентами взвешивания для обеспечения репрезентативности данных для определенной возрастной группы.

В качестве исходных данных при расчетах оценочной численности МСМ методом «коэффициентов» на основе результатов опроса молодежи и взрослого населения использовались:

1. Ответы респондентов на вопросы анкеты: «Имели ли Вы когда-нибудь сексуальную связь с мужчиной?» (подсчитанный суммарный удельный вес тех мужчин, которые либо дали утвердительный ответ о наличии сексуальных отношений с мужчинами, либо отказались ответить на вопрос.

2. Численность мужского населения Украины в возрасте от 15–49 лет по данным Госкомстата по состоянию на 1 января 2008.⁸⁹

⁸⁷ Социологическое исследование в рамках проекта «Мониторинг поведения молодежи как компонента эпиднадзора второго поколения», ГИРСМ/УИСИ/Альянс, общенациональный репрезентативный опрос, размер выборочной совокупности – 2500 человек в возрасте 14–25 лет. Выборочная совокупность национальная, репрезентативная для указанной возрастной группы.

⁸⁸ Социологическое исследование «Отношение и поведенческие ориентации взрослого населения к проблемам ВИЧ /СПИДа и к людям, живущим с ВИЧ /СПИДом», УИСИ / ГИРСМ / Центр «Социальный Мониторинг», общенациональный репрезентативный опрос, размер выборочной совокупности – 2000 человек в возрасте 25–49 лет, 2004 г. Выборочная совокупность национальная, репрезентативная для указанной возрастной группы.

⁸⁹ Государственный комитет статистики Украины. Распределение постоянного населения Украины по полу и возрасту.

**Оценка численности группы МСМ на уровне страны по результатам
опроса общего населения в 2004 году и данным Госкомстата относительно
численности мужского населения**

Численность мужского населения Украины в возрасте от 15 до 49 лет, лиц	Доля мужчин, отметивших опыт сексуального контакта с мужчинами или отказавшихся отвечать на вопрос, %	Оценочное количество МСМ, лиц	Доверительный интервал оценки (95%)
A	B	$C = A / 100 * B$	$C \pm 0,5\%$
Статистические данные	Результаты опроса	Расчетные данные	Расчетные данные
11 847 276	1,3	154 015	94 778–213 251

Конечно, полученная таким образом оценка, имеет существенные недостатки.

Во-первых, в результате расчетов было получено оценку численности мужчин, которые имели однополый сексуальный контакт хотя бы раз в течение жизни, в то время как, учитывая вероятность заражения ВИЧ целесообразнее определять принадлежность к группе МСМ наличием определенной периодичности таких отношений.

Во-вторых, предположение о том, что желающие скрыть наличие такого опыта отказываются отвечать на вопрос, является весьма сомнительным, поскольку по аналогии можно предположить, что это отказы тех, кто считает вопрос оскорбительным для себя по причине стигматизации такого опыта в Украине⁹⁰. Кроме того, более вероятным представляется предположение о том, что желая скрыть свой гомосексуальный опыт, МСМ будут категорически настаивать на отсутствии такого опыта.

По словам экспертов⁹¹, практически во всех регионах Украины удельный вес МСМ в мужском населении значимо не отличается. Поэтому для расчетов региональных оценок численности МСМ использовался общенациональный показатель 1,3% от мужского населения в возрасте 15–49 лет, который был получен по результатам опроса общего населения в 2004 году⁹².

⁹⁰ Как свидетельствуют данные КМИС, уровень толерантности по отношению к мужчинам, практикующим секс с мужчинами, за последние 15 лет мало изменился – немного уменьшилась доля населения, которая в той или иной степени не согласна с тем, что общество должно относиться к МСМ как ко всем другим людям (с 34,9 % до 28,5%). При этом не изменилась доля сторонников равного отношения (33,7% и 33,3%) и возросла доля тех, кто дает посредственную оценку – "и согласны, и не согласны" (с 8,9% до 16,3%).

⁹¹ Экспертное мнение Максима Касянчук, к.х.н., Председателя Исполнительного совета общественной организации «Донбасс-соцпроект».

⁹² В 2004 году были проведены поведенческие опросы молодежи в возрасте 14–24 года и взрослого населения в возрасте 25–49 лет, которые содержали блок вопросов о сексуальном поведении, включая сексуальные отношения мужчин с представителями своего пола. С целью анализа был подготовлен объединенный массив для возрастной группы 15–49 лет с соответствующими коэффициентами взвешивания для обеспечения репрезентативности данных для определенной возрастной группы.

Региональные оценки численности МСМ по результатам опроса общего населения в 2004 году и данным Госкомстата относительно численности мужского населения

АР Крым/ Область/ Город	Мужское население в возрасте 15–49 лет	Оценка численности МСМ	Интервальная оценка (95%)
АР Крым	501 029	6513	4008–9019
Винницкая	406 434	5284	3251–7316
Волынская	267 508	3478	2140–4815
Днепропетровская	868 794	11 294	6950–15 638
Донецкая	1 137 412	14 786	9099–20 473
Житомирская	326 184	4240	2609–5871
Закарпатская	333 423	4334	2667–6002
Запорожская	463 270	6023	3706–8339
Ивано-Франковская	363 075	4720	2905–6535
Киевская	444 270	5776	3554–7997
Кировоградская	252 493	3282	2020–4545
Луганская	600 899	7812	4807–10 816
Львовская	679 647	8835	5437–12 234
Николаевская	308 473	4010	2468–5553
Одесская	628 134	8166	5025–11 306
Полтавская	379 346	4931	3035–6828
Ровенская	301 228	3916	2410–5422
Сумская	296 765	3858	2374–5342
Тернопольская	278 949	3626	2232–5021
Харьковская	731 513	9510	5852–13 167
Херсонская	284 243	3695	2274–5116
Хмельницкая	333 864	4340	2671–6010
Черкасская	319 241	4150	2554–5746
Черновицкая	233 959	3041	1872–4211
Черниговская	269 517	3504	2156–4851
г. Киев	739 548	9614	5916–13 312
г. Севастополь	98 058	1275	784–1765

Учитывая мировые тенденции оценки численности МСМ в различных странах мира, можно предположить, что даже принимая во внимание высокий уровень гомофобии среди населения страны, оценочный диапазон МСМ значительно занижен.

РАСЧЕТЫ ОЦЕНОЧНОЙ ЧИСЛЕННОСТИ ПОЛОВЫХ ПАРТНЕРОВ ПИН

В качестве исходных данных при расчетах оценочной численности половых партнеров ПИН методом «коэффициентов» были использованы:

1. Ответы респондентов на вопросы анкеты: «Сколько среди ваших сексуальных партнеров, с которыми Вы вступали в контакт в течение последних трех месяцев (90 дней), составляют: постоянные сексуальные партнеры; коммерческие сексуальные партнеры, которым вы давали вознаграждение за их сексуальные услуги; коммерческие сексуальные партнеры, которые вам давали вознаграждение за сексуальные услуги; случайные и малознакомые сексуальные партнеры?» (из анализа были исключены крайне нереалистичные ответы (например, 5 и более постоянных партнеров)⁹³.
2. Согласованные оценки численности ПИН.

Поскольку результаты поведенческих исследований среди ПИН свидетельствуют о том, что женщины-ПИН имеют меньше половых контактов, чем мужчины, расчет численности осуществлялся отдельно для мужчин-ПИН и женщин-ПИН.

Технология расчетов оценочного числа половых партнеров ПИН была следующей:

1. Вычислено общее количество половых партнеров для каждого ПИН, который принял участие в поведенческом исследовании 2008 года.
2. Рассчитан средний показатель численности половых партнеров отдельно для женщин-ПИН и мужчин-ПИН (2,1 и 1,8 соответственно).
3. По результатам поведенческих исследований было определено, что общее соотношение женщин и мужчин ПИН составляет примерно 1:3 (средний показатель по всем исследуемым местностям). Точнее, по данным поведенческих исследований, проведенных в 2007 и 2008 годах, доли мужчин и женщин среди общей группы ПИН составляют 74% и 26% соответственно.
4. Основываясь на общей оценке численности группы ПИН вычислено численность групп женщин-ПИН и мужчин-ПИН.
5. Отдельно для групп мужчины-ПИН и женщины-ПИН рассчитана оценочная численность половых партнеров (2,1 и 1,8 соответственно). Сумма этих оценок рассматривается как общая оценка численности половых партнеров ПИН.

⁹³ Данные исследования «Моніторинг поведінки СІН як компонент епіднагляду другого покоління», 2008

**Оценка численности половых партнеров ПИН методом «коэффициентов»,
основанных на согласованных оценках численности ПИН**

АР Крым/ Область/ Город	Согласованная оценка численности ПИН	Оценка численности половых партнеров мужчин-ПИН	Оценка численности половых партнеров женщин-ПИН	Общая оценка численности половых партнеров ПИН
	A	$B=(A*0,74)*2,1$	$C=(A*0,26)*1,8$	$D=B+C$
АР Крым	22 600	35 120	10 577	45 697
Винницкая	6500	10 101	3042	13 143
Волынская	5000	7770	2340	10 110
Днепропетровская	17 000	26 418	7956	34 374
Донецкая	60 000	93 240	28 080	121 320
Житомирская	7500	11 655	3510	15 165
Закарпатская	500	777	234	1011
Запорожская	18 000	27 972	8424	36 396
Ивано- Франковская	3000	4662	1404	6066
Киевская	15 200	23 621	7114	30 734
Кировоградская	2000	3108	936	4044
Луганская	15 000	23 310	7020	30 330
Львовская	9000	13 986	4212	18 198
Николаевская	10 109	15 709	4731	20 440
Одесская	15 500	24 087	7254	31 341
Полтавская	8000	12 432	3744	16 176
Ровенская	3000	4662	1404	6066
Сумская	10 000	15 540	4680	20 220
Тернопольская	3000	662	1404	6066
Харьковская	13 000	20 202	6084	26 286
Херсонская	8000	12 432	3744	16 176
Хмельницкая	8000	12 432	3744	16 176
Черкасская	11 000	17 094	5148	22 242
Черновицкая	2500	3885	1170	5 055
Черниговская	6500	10 101	3042	13 143
г. Киев	38 000	59 052	17 784	76 836
г. Севастополь	5500	8547	2574	11 121
Всего				653 933

Рассчитанные таким образом региональные оценки численности половых партнеров ПИН позволяют оценить численность этой группы на национальном уровне в 654 тыс. человек. Однако возникает вопрос относительно того, какая доля этой группы собственно является ПИН. К сожалению, имеющиеся данные поведенческих исследований не позволяют оценить, насколько сексуальные практики ПИН сконцентрированы внутри самой группы риска, а насколько распространяются на общее население. Следовательно, можно предположить, что в данном случае, оценка численности данной «группы-мостика» некорректна и значительно завышена.

РАСЧЕТЫ ОЦЕНОЧНОЙ ЧИСЛЕННОСТИ КЛИЕНТОВ ЖКС

Оценка численности клиентов ЖКС на основе результатов поведенческих исследований

В качестве исходных данных для расчетов оценочного числа клиентов ЖКС методом «коэффициентов» на основе результатов поведенческих исследований среди ЖКС было использовано:

1. Ответы респондентов на вопросы анкеты: «Сколько в течение последней (рабочей) недели среди Ваших сексуальных партнеров/клиентов было партнеров/клиентов, от которых Вы получали вознаграждение (деньги или другое)?»⁹⁴.

2. Согласованные региональные оценки численности ЖКС.

Технология расчетов оценочной численности клиентов ЖКС была следующей:

1. По данным, полученным в ходе поведенческого исследования среди ЖКС, вычислено показатель среднего количества клиентов ЖКС за последнюю рабочую неделю. Этот показатель составляет 12 человек и используется в дальнейшем как множитель.
2. Согласованную оценочную численность ЖКС для каждого региона умножено на показатель среднего количества клиентов ЖКС за последнюю рабочую неделю.

Таблица 47

Оценка численности клиентов ЖКС методом «коэффициентов», основанная на согласованных оценках численности ЖКС

АР Крым/ Область/ Город	Согласованная оценка численности ЖКС ЖКС	Оценка численности клиентов ЖКС
	A	$B=A*12$
АР Крым	4000	48 000
Винницкая	1200	14 400
Волынская	1000	12 000
Днепропетровская	3700	44 400
Донецкая	10 700	128 400
Житомирская	1200	14 400
Закарпатская	500	6000
Запорожская	4500	54 000
Ивано-Франковская	1500	18 000
Киевская	2700	32 400
Кировоградская	230	2760
Луганская	4100	49 200
Львовская	1600	19 200
Николаевская	2900	34 800
Одесская	8000	96 000
Полтавская	1500	18 000

⁹⁴ Данные исследования «Моніторинг поведінки ЖКС як компонент епіднагляду другого покоління», 2008.

АР Крым/ Область/ Город	Согласованная оценка численности ЖКС ЖКС	Оценка численности клиентов ЖКС
	А	$B=A*12$
Ровенская	600	7200
Сумская	1800	21 600
Тернопольская	600	7200
Харьковская	2300	27 600
Херсонская	1500	18 000
Хмельницкая	1500	18 000
Черкасская	2000	24 000
Черновицкая	500	6000
Черниговская	1200	14 400
г. Киев	6800	81 600
г. Севастополь	1 000	12 000
Всего		829 560

Результаты расчетов с помощью метода «коэффициентов» демонстрируют неутешительную картину: почти 6% (примерно 830 тыс. человек) мужского населения Украины в возрасте от 16 до 60 лет⁹⁵ выступают в роли вероятных агентов переноса ВИЧ-инфекции и других ИППП из группы высокого риска инфицирования в общее население.

Оценка численности клиентов ЖКС на основе результатов опроса населения в рамках проекта «Медико-демографическое обследование населения Украины».⁹⁶

В ходе медико-демографического обследования населения Украины в целом было опрошено 6841 женщину и 3178 мужчин в июле – ноябре 2007 года во всех областях Украины, АР Крым и г. Киеве. Сбор информации был осуществлен Украинским центром социальных реформ при административной поддержке Госкомстата Украины. По результатам опроса, доля мужчин, указавших, что они платили за половой акт за последние 12 месяцев, составила 1,8%. В пересчете на количество мужчин в возрасте от 15 до 49 лет, оценочное количество клиентов РКС составляет 219 717 человек. В качестве исходных данных при расчетах оценочной численности клиентов ЖКС методом «коэффициентов» на основе результатов опроса населения были использованы:

1. Доля мужчин в возрасте 15–49 лет, которые в ходе опроса указали, что платили за половой акт в течение последних 12 месяцев⁹⁷;

2. Данные Госкомстата о количестве мужского населения в возрасте 15–49 лет, проживающих в Украине⁹⁸ по состоянию на 1 января 2007.

⁹⁵ Статистичний збірник «Розподіл постійного населення України за статтю та віком станом на 1 січня 2007р.»

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

⁹⁷ Методико-демографическое обследование населения Украины в 2007 году, проведенное Украинским центром социальных реформ при участии Государственного комитета статистики Украины.

⁹⁸ Статистичний збірник «Розподіл постійного населення України за статтю та віком станом на 1 січня 2007р.»

Таблица 48

Расчеты оценки численности клиентов ЖКС на основе данных массового опроса молодежи и взрослого населения, лиц

Возрастная группа	Количество мужчин определенного возраста, проживающих в Украине	Доля мужчин, плативших за половой акт за последние 12 месяцев (N=3178)	Расчетное количество мужчин, плативших за половой акт за последние 12 месяцев
A	B	C	D (B*C/100)
15–19	1 737 770	0,1	1738
20–24	1 977 600	2,2	43 507
25–29	1 740 002	3,9	67 860
30–34	3 197 014	2,2	70 334
35–39			
40–44	3 297 945	1,1	36 277
45– 49			
Всего	11 950 331	(1,8)	219 717

Данная оценка является предусмотрено заниженной, поскольку вопрос достаточно интимен и предусматривает большое количество неискренних ответов на прямой вопрос относительно практики такого рискованного поведения.

РАСЧЕТЫ ОЦЕНОЧНОЙ ЧИСЛЕННОСТИ ЖЕНЩИН – ПОЛОВЫХ ПАРТНЕРШ МСМ

В качестве исходных данных при расчетах оценочной численности женщин – половых партнерш МСМ с помощью метода «коэффициентов» на основе результатов поведенческих исследований среди МСМ были использованы:

1. Ответы респондентов на вопросы анкеты: «Со сколькими женщинами Вы вступали в половые контакты в течение последних 6 месяцев?».⁹⁹
2. Согласованные региональные оценки численности МСМ.

Технология расчетов оценочной численности женщин – половых партнерш МСМ была следующей:

1. Среди ответов респондентов попадались такие, где было указано нереалистично большое количество женщин-партнеров (например, 60 женщин-партнеров). Чтобы избежать искажения общего показателя за счет этих ответов, из анализа были исключены крайние минимальные и крайние максимальные значения ранжированного ряда (по 0,5% ответов).

2. Вычислено показатель среднего количества женщин – половых партнерш МСМ за последние полгода. Этот показатель составляет 0,37 человек и используется в дальнейшем как множитель.

3. Согласованную оценочную численность МСМ для каждого региона умножено на показатель среднего количества женщин – половых партнерш МСМ за последние полгода.

Таблица 49

Оценка численности женщин – половых партнерш МСМ методом «коэффициентов», основанная на согласованных оценках численности МСМ

АР Крым/ Область/ Город	Согласованная оценка численности МСМ	Оценка численности женщин – половых партнерш МСМ
	A	$B=A*0,37$
АР Крым	4000	1480
Винницкая	3300	1221
Волынская	1000	370
Днепропетровская	7000	2590
Донецкая	9100	3367
Житомирская	2600	962
Закарпатская	2700	999
Запорожская	3700	1369
Ивано-Франковская	300	111
Киевская	3600	1332
Кировоградская	1500	555
Луганская	4800	1776
Львовская	5400	1998
Николаевская	2000	740
Одесская	5500	2035
Полтавская	3000	1110

⁹⁹ Данные исследования «Моніторинг поведінки чоловіків, які мають секс із чоловіками», 2007

АР Крым/ Область/ Город	Согласованная оценка численности МСМ	Оценка численности женщин –половых партнерш МСМ
	A	$B=A*0,37$
Ровенская	700	259
Сумская	1200	444
Тернопольская	2200	814
Харьковская	5900	2183
Херсонская	2300	851
Хмельницкая	2700	999
Черкасская	2600	962
Черновицкая	1900	703
Черниговская	2200	814
г. Киев	14000	5180
г. Севастополь	800	296
Всего		35 520

Следовательно, общая численность женщин, которые могут служить «мостиком» для ВИЧ-инфекции от МСМ (представителей одной из наиболее уязвимых к инфекции групп) в общее население, может быть оценена примерно в 36 тыс. человек.

НАЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СИТУАЦИИ ПО ВИЧ/СПИДУ В УКРАИНЕ, ПРОВЕДЕННАЯ В 2009 ГОДУ¹⁰⁰

Исходные данные

Масштабы эпидемии ВИЧ/СПИДа в Украине продолжают расти. По состоянию на 1 июля 2009 года, и начиная с 1987 года, в стране было официально зарегистрировано более 151 тыс. случаев ВИЧ-инфекции среди граждан страны. В 2008 году было зарегистрировано наибольшее количество новых случаев ВИЧ-инфекции – 18,973, что на 7,3% больше чем в предыдущем 2007 году. Только за 6 месяцев 2009 года выявлено свыше 10 тыс. новых случаев ВИЧ-инфекции против 9,4 тыс. за аналогичный период 2008 года. Вполне вероятным является предположение о том, что при таких тенденциях в конце 2009 года эта цифра достигнет 20 тыс. случаев. С начала эпидемии у 29 018 граждан Украины был диагностирован СПИД, а 16 462 человека умерли от этой болезни.

Общепризнанным является факт, что официальные данные не отражают реального масштаба эпидемии ВИЧ/СПИДа в Украине, в частности достоверные данные о количестве людей, инфицированных ВИЧ. Они лишь предоставляют информацию о лицах, которые прошли тестирование на антитела к ВИЧ, у которых была обнаружена ВИЧ-инфекция, и которые были внесены в официальный национальный реестр случаев ВИЧ-инфекции. Инфицированным может быть значительно большее число украинцев, но они не осведомлены о своем статусе, что подчеркивает необходимость улучшения доступа к услугам по консультированию и тестированию на ВИЧ как для общего населения, так и представителей групп наибольшего риска инфицирования.

По состоянию на начало 2009 года, в Украине всего 10 629 больных получали АРВ-терапию, включая 1123 ребенка. Подавляющее большинство этих больных – 9 960 человек получали лечение за счет государственного бюджета, а остальные покрывались за счет программы «Преодоление эпидемии ВИЧ/СПИДа в Украине», финансируемой Глобальным фондом по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФСТМ). Согласно национальным оценкам 2007 года уровень охвата лечением составлял 35% от оценочного количества больных, нуждающихся в АРВ-терапии.¹⁰¹

¹⁰⁰ Отчет разработан при участии Украинского Центра профилактики и борьбы со СПИДом МОЗ Украины, Бюро ВОЗ в Украине, Международного Альянса по ВИЧ /СПИД в Украине, Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу. Корреспонденцию направлять д-ру Юрию Круглов, Украинский центр профилактики и борьбы со СПИДом; ул. Амосова, 5, Киев, Украина 03038; Email: ukraids@ukrpost.ua.

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

Процесс разработки новых национальных оценок по ВИЧ/СПИДу

В мае 2009 года Референс-группа ЮНЭЙДС/ВОЗ по ВИЧ/СПИДу провела трехдневный учебный семинар в Кишиневе (Республика Молдова) с участием представителей стран Восточной Европы и Центральной Азии. Этот семинар стал частью глобальных учебных мероприятий, осуществленных ЮНЭЙДС и ВОЗ с целью разработки новых национальных оценок с использованием новых и улучшенных методик. На семинаре в Кишиневе был представлен новый инструмент моделирования развития эпидемии ВИЧ/СПИД для стран с концентрированной стадией эпидемии – Пакет для оценок и прогнозирования (ПОП, версия Beta U), а также усовершенствованная версия программы «Спектрум» (версия 3.40) для разработки более точной оценки состояния эпидемии ВИЧ/СПИДа и потребностей в АРТ.

В течение 2008 года по заказу МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине» и в сотрудничестве с Украинским Центром профилактики и борьбы со СПИДом была проведена серия связанных исследований (опрос сочетается с тестированием крови респондентов на ВИЧ) среди ПИН, МСМ и ЖКС. Результаты этих исследований вместе с данными эпиднадзора предыдущих лет были использованы для разработки новых оценок численности людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, а также нуждающихся в АРТ.

В течение мая-сентября 2009 года была организована серия встреч заинтересованных сторон, на которых были представлены и обсуждены новые национальные оценки по ВИЧ/СПИД в Украине по состоянию на конец 2008 года. В частности, эти данные обсуждались на семинаре-совещании главных врачей областных центров профилактики и борьбы со СПИДом (Львов, июнь 2009), заседаниях рабочих групп МОЗ Украины по вопросам лечения ВИЧ/СПИДа и мониторинга и оценки, Тематической группе ООН по ВИЧ/СПИД (сентябрь 2009) и заседании Национального совета по вопросам противодействия туберкулезу и ВИЧ-инфекции/СПИДу (10 сентября 2009 г.). Результаты были предоставлены Секретариату ЮНЭЙДС, ВОЗ и Рабочей группе ЮНЭЙДС/ВОЗ по глобальному надзору за ВИЧ/СПИДом и ИППП для экспертизы и получили одобрительную оценку. Представленные оценки по ВИЧ/СПИДу в Украине будут использованы при подготовке очередного Национального отчета по выполнению решений Декларации о преданности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом.

Общая методология оценки ситуации по ВИЧ/СПИДу в Украине по состоянию на конец 2008 года

Украина остается в списке стран с концентрированной стадией эпидемии ВИЧ-инфекции, сосредоточенной среди отдельных групп высокого риска инфицирования. Согласно рекомендациям Рабочей группы ВОЗ/ЮНЭЙДС по глобальному надзору за ВИЧ/СПИДом и ИППП относительно применения программного пакета по оценке и прогнозированию (ПОП), было решено выбрать следующие слои населения для разработки национальных оценок по данным 2008 года: ПИН, ЖКС, МСМ, мужчины – клиенты ЖКС, заключенные и общее население.

В отличие от метода «Рабочего журнала»,¹⁰² который использовался

¹⁰² Метод «Рабочего журнала» используется для оценки распространения ВИЧ в условиях умеренной или концентрированной эпидемии. Метод предусматривает расчеты

в предыдущие годы, программа ПОП имеет существенные особенности, в частности, она: позволяет получить данные не только о распространенности ВИЧ-инфекции, но и заболеваемости ВИЧ-инфекцией – более чувствительному показателю измерения изменений в развитии эпидемии ВИЧ;

- учитывает текучесть состава групп населения, выбранных для оценки текущего состояния эпидемии, срок пребывания в группе и соотношение мужчин и женщин;
- учитывает влияние АРТ на показатель распространенности ВИЧ-инфекции при построении модели национальной эпидемии;
- рассчитывает и демонстрирует «вклад» различных подгрупп населения в уровень заболеваемости и распространенности ВИЧ-инфекции;
- строит кривые динамики ВИЧ-инфекции на национальном уровне и отдельно для определенных групп населения;
- передает в «Спектрум» данные о заболеваемости ВИЧ (а не распространенности ВИЧ, как раньше).

Используя оценки относительно заболеваемости ВИЧ-инфекцией, полученные в ПОП, «Спектрум» позволяет:

- рассчитать оценочное количество ЛЖВ среди взрослых в разных возрастных группах, количество новых случаев и предполагаемое количество случаев смерти в результате СПИДа;
- оценить текущие и потенциальные потребности страны в лечении больных ВИЧ-инфекцией.

Оценочные данные, которые использовались для оценки ситуации по ВИЧ/ СПИД.

Ключевым элементом процесса оценки является определение численности групп, выбранных для анализа, и их демографических характеристик. Данные о распространенности ВИЧ в этих группах населения позволяют более точно оценить общее количество ВИЧ-позитивных людей в стране, чем данные только официальной регистрации случаев ВИЧ-инфекции/ СПИДа.¹⁰³

Для оценки ситуации с ВИЧ/СПИД в Украине в 2009 году были использованы следующие оценочные и статистические данные:

- оценочная численность потребителей инъекционных наркотиков (230–360 тыс. человек);
 - оценочная численность женщин коммерческого секса (63–93 тыс. человек);
- оценочная численность мужчин – клиентов женщин коммерческого секса (234 тыс. человек)¹⁰⁴;

распространенности ВИЧ на национальном уровне и построение эпидемиологической кривой с использованием программы Microsoft Excel, а также дальнейшую подготовку данных для передачи результатов в программу Spectrum. (http://data.unaids.org/pub/Presentation/2009/20090526_workbookmethod_2009_ru.pdf)

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

¹⁰⁴ Впервые в Украине вопрос о пользовании мужчинами платными услугами ЖКС были изучены в рамках медико-демографического исследования, проведенного в 2007 году. На основе этих данных договорились считать, что в среднем 2% мужчин в возрасте 15–49 лет пользовались услугами ЖКС в последние 12 месяцев (Ukrainian Center for Social reforms (UCSR), State Statistic Committee (SSC), Ministry of Health (MOH), and Macro International

- оценочная численность мужчин, имеющих секс с мужчинами (95–213 тыс. человек в возрасте 15–49, имеющих жизненный опыт таких отношений);
- количество заключенных (145 тыс. человек);¹⁰⁵
- размер общего населения (определялся как разница между численностью населения в возрасте от 15 лет и старше и оценочной численности групп повышенного риска инфицирования ВИЧ;
- данные о распространенности ВИЧ и охват АРТ.

С 1999 года в Украине внедрен метод дозорного эпидемиологического надзора за распространением ВИЧ-инфекции в разных группах населения. С 2007 года серологический мониторинг дополнен проведением связанных (биологических и поведенческих) исследований среди ПИН, РКС и МСМ. Исследования координируются Украинским центром профилактики и борьбы со СПИДом и осуществляются в сотрудничестве с областными центрами профилактики и борьбы со СПИДом, исследовательскими учреждениями и поддерживаются МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине» в рамках программы «Преодоление эпидемии ВИЧ/СПИДа в Украине», финансируемой ГФСТМ.

Согласно методологии ПОП в программу были внесены все результаты дозорных эпидемиологических исследований среди определенных групп, начиная с 1999 года, а также данные рутинного эпиднадзора за распространенностью ВИЧ-инфекции среди заключенных и беременных. Данные по распространенности ВИЧ в последней подгруппе населения использованы как проху показатель для остального населения, которое было категорировано как общее население.

Согласно официальным отчетам Украинского Центра профилактики и борьбы со СПИДом относительно программы АРТ в соответствующий блок программы ПОП были внесены ежегодные данные о количестве больных, получавших АРТ в течение 2004–2008 годов с распределением их по схемам лечения 1-го и 2-го ряда. Также были внесены целевые данные по количеству больных, нуждающихся в АРТ до 2013 года включительно.

На основании вышеуказанных данных, полученные в программе ПОП оценки относительно заболеваемости ВИЧ-инфекцией, были экспортированы в программу «Спектр», которая является системой моделирования политики¹⁰⁶. Это было сделано с целью разработки детальной оценки ситуации с ВИЧ/СПИДом в Украине по состоянию на конец 2008 года, а также для прогнозирования ситуации на период до 2015 года.

Необходимые данные были внесены в раздел «Эпидемиология» модуля «СПИД» (AIM) программы «Спектр». Дополнительно в этот модуль был внесен ряд следующих данных и предположений:

- численность беременных, получавших услуги по профилактике вертикальной передачи ВИЧ с 2000 по 2008 гг. и ожидаемое их количество на период до 2015 г., продолжительность вскармливания и распределение по его видам, количество беременностей, закончившихся абортми, количество детей на АРТ. Частота передачи

Inc. 2008. Ukraine Demographic and Health Survey 2007. Calverton, Maryland, USA: UCSR and Macro International).

¹⁰⁵ Данные Государственного Департамента Украины по вопросам исполнения наказаний (http://www.kmu.gov.ua/punish/control/uk/publish/article?art_id=62580&cat_id=51096)

¹⁰⁶ Spectrum Policy Modelling System, v. 3.40. Policy Project, 2009.

ВИЧ при отсутствии программ профилактики вертикальной передачи ВИЧ была определена в 20% (до 2000 года), а при условии внедрения профилактической антиретровирусной терапии тремя препаратами – 2%;

- доля тех, кто получает АРТ и останется жить в следующем году, составляет 86%;
- модель «постепенного прогрессирования ВИЧ» была использована как переменная величина для вычисления скорости, с которой люди, инфицированные ВИЧ, умрут от СПИДа при отсутствии ВА-АРТ.

Обобщенная оценка ситуации с ВИЧ/СПИДом в Украине по состоянию на конец 2008 года и прогнозируемые показатели на период до 2015 года

На основании вышеуказанных данных и предположений были получены следующие результаты новой согласованной оценки относительно ситуации с ВИЧ/СПИД в Украине по состоянию на конец 2008 года:

	2008	2009	2010	2013	2015
Общее количество людей, живущих с ВИЧ (взрослые в возрасте от 15 лет)	340 000	350 000	360 000	376 000	377 000
Мужчины, живущие с ВИЧ (взрослые в возрасте от 15 лет)	231 000	238 000	244 000	254 000	255 000
Женщины, живущие с ВИЧ (взрослые в возрасте от 15 лет)	109 000	112 000	116 000	122 000	122 000
Распространенность ВИЧ-инфекции (взрослые в возрасте от 15 лет, %)	0,83	0,86	0,89	0,96	0,97
Распространенность ВИЧ-инфекции (взрослые в возрасте от 15 до 49 лет, %)	1,25	1,29	1,33	1,41	1,43
Оценочное количество новых случаев ВИЧ-инфекции	34 000	33 000	32 000	27 000	23 000
Оценочное количество смертей от СПИДа	21 000	21 000	21 000	22 000	22 000
Оценочное количество больных, нуждающихся в АРТ	80 000	86 000	92 000	113 000	126 000

Выводы

Новые оценки численности людей, живущих с ВИЧ/СПИДом в Украине ниже по сравнению с предыдущими, рассчитанными на конец 2007 года. Одной из причин этого факта является то, что новая национальная оценка ситуации по ВИЧ/СПИДу в Украине по состоянию на конец 2008 года основывается на более совершенном программном обеспечении, предусматривающем использование расширенного перечня демографических данных о группах населения повышенного риска, более надежных данных относительно динамики показателей распространения ВИЧ среди этих групп за достаточно большой промежуток времени (с 1999 года, когда был введен метод дозорного эпиднадзора за распространением ВИЧ-инфекции) и на разных территориях, а также данных относительно доступа населения к

АРТ. С другой стороны, уменьшение оценочной численности людей, живущих с ВИЧ/СПИДом не означает, что эпидемия находится под контролем. Для значительного количества украинцев, инфицированных ВИЧ, их статус остается неизвестным (для каждого 3 из 4 пораженных ВИЧ-инфекцией), что создает благоприятные условия для передачи ВИЧ из этой группы населения к их половым партнерам и лицам, с которыми они совместно употребляют наркотические вещества. Расширение масштабов антиретровирусной терапии приведет к повышению выживаемости за счет уменьшения заболеваемости и смертности от СПИДа и, соответственно, к увеличению численности людей, живущих с ВИЧ/СПИДом. Показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди взрослых в возрасте от 15 лет и старше будет расти одновременно с прогнозируемым уменьшением количества новых случаев ВИЧ-инфекции и стабилизацией числа умерших от СПИДа.

Ограничения

Некоторые данные, использовавшиеся при расчете оценок, отражают экспертные мнения украинских и международных специалистов, участвовавших в их формировании. Эксперты осознают факт существования определенной степени пересечений между ключевыми для разработки оценок группами, и что некоторые их демографические характеристики требуют дальнейшего уточнения. Эффективные подходы к определению численности таких групп также еще недостаточно разработаны. Качество данных в значительной степени влияет на интервал достоверности, который в условиях концентрированной эпидемии может быть слишком большим. Поэтому до разработки более надежных и релевантных данных, полученные оценки должны использоваться осторожно.

Таким образом, приведенные данные представляют собой наиболее точную оценку ситуации с ВИЧ/СПИДом в Украине по состоянию на конец 2008 года. **Разработчики оценок будут благодарны за точное и последовательное применение этих данных, а также источников их происхождения всеми национальными и международными партнерами, вовлеченными в деятельности по противодействию ВИЧ/СПИДу в Украине.**

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ДАЛЬНЕЙШИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Когда перед нами стоит задача оценить количество групп риска и групп-мостиков, необходимо рационально подходить к решению этой задачи. В частности использование исследований, преследующих другие цели (например, мониторинг поведения групп риска), позволит сэкономить значительные финансовые ресурсы, просто присоединив блок вопросов по оценке численности в анкету исследования. Например, для того, чтобы оценить численность ПИН в определенном городе «методом коэффициентов», достаточно добавить всего лишь один вопрос в анкету мониторингового исследования, при условии, что его выборка является репрезентативной для этого города.

Однако, не все методы оценки численности позволяют это сделать. Метод «наращивание социальных сетей» требует небольшой анкеты (объем которой фактически определяется количеством категорий населения, выбранных для анализа), что позволяет легко интегрировать его в исследования, которые проводятся для других целей – например, это может быть блок вопросов в Омнибусном опросе.¹⁰⁷

Результаты исследования, проведенного с использованием метода «наращивание социальных сетей» показали, что эта методика требует дальнейшего уточнения для применения ее в оценке численности групп риска. В первую очередь, нужно применять специальные методики (дополнительное обращение к респондентам, методика «тайного голосования» («secret ballot») и др.) для повышения искренности ответов респондентов.

Один из недостатков исследований с применением метода «наращивание социальных сетей» заключается в том, что все они базируются на поиске максимального размера «активной сети», т.е. тех, с кем поддерживался контакт в течение последних двух лет, а эта сеть включает «слабые» связи, т.е. знакомых, которых респондент не очень хорошо знает. Если использовать понятие «круга»¹⁰⁸ и понятие «дистанции до респондента», то «активная сеть» это все те, кого респондент «видел» в течение двух лет, начиная от близких людей и даже «до линии горизонта». Вспомним эффекты трансмиссии и эффекты неискренности респондентов из-за стигматизации групп риска или (другими словами) о погрешности незнания характеристик знакомых и погрешности нежелания признавать, что представитель стигматизированной группы является твоим близким знакомым.

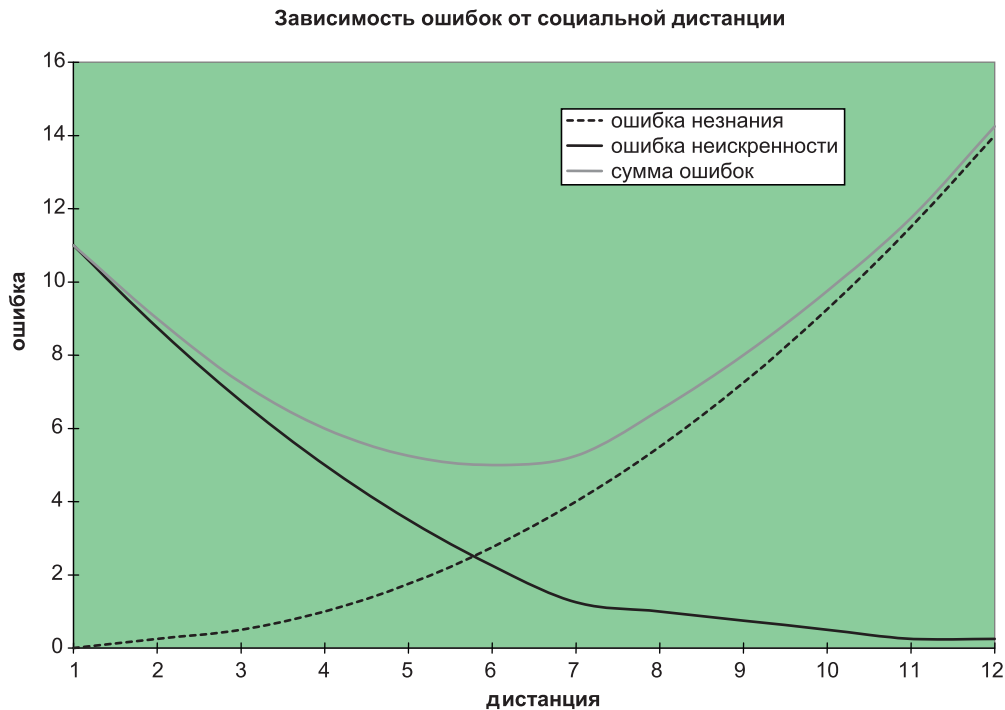
В этой связи можно сформулировать следующие закономерности. Чем слабее связи, чем больше дистанция от респондента до его знакомого, тем больше «погрешность незнания» и тем меньше «погрешность нежелание включать в сеть» (или эффект стигматизации). Например, сказать, что ты вообще знаешь

¹⁰⁷ Омнибус – это регулярный многоцелевой опрос населения, который проводится социологическими центрами по одновременному заказу нескольких клиентов с разными задачами, которые совместно его финансируют (каждый платит только за свои вопросы анкеты).

¹⁰⁸ А. Пипич, О. Пипич. Социальные круги в свете концепции социального опосредования (Теоретико-методологический аспект)// "Социология: теория, методы, маркетинг". – 2008. – №4. – С.148–165

какого наркомана гораздо проще, чем сказать, что это твой друг. И наоборот, чем сильнее связи, чем меньше дистанция до респондента, тем лучше респондент знает характеристики знакомого, тем меньше погрешность незнания, но тем больше погрешность нежелания сознаться, что представитель стигматизированной группы является твоим знакомым.

Условно это изображено на рис. 1.



Суммарная погрешность минимальна не при больших дистанциях и не при минимальных дистанциях, а где-то посередине. Это означает, что при использовании метода «наращивание социальных сетей» желательно искать размер сети не для достижения **не максимальной** (аж к «линии горизонта»), а для **оптимальной** социальной дистанции.

Поэтому дальнейшее развитие метода «наращивание социальных сетей» мы видим как проведение исследований, в которых был бы блок измерения социальной дистанции (силы связей), определение размера сети при связях разной силы и качества прогноза для широкого спектра известных групп (особенно известных групп низкого престижа).

Другим подходом к улучшению оценки численности групп риска является использование метода «анонимного (загаданного) знакомого» с накоплением информации по данным многих исследований. О чем идет речь?

Когда мы рассматривали вопрос о том, почему невозможно провести оценку численности групп риска в обычных исследованиях, то речь шла, во-первых, о стигматизации этих групп и нежелании респондентов признать свою принадлежность к ним; во-вторых, об очень низком уровне пенитрации, т.е. очень небольшой процент численности этих групп среди населения.

Первый недостаток преодолевается с помощью метода «анонимного знакомого». Этот метод состоит в том, что респондентов просят выбрать одного своего знакомого, которого они очень хорошо знают, а интервьюер спрашивает о некоторых аспектах деятельности этого знакомого. Интервьюер гарантирует, что не будет спрашивать, кто этот человек и насколько он близок респонденту. Это создает анонимность и позволяет респонден-

ту рассказывать о себе или о своем ближайшем окружении довольно искренне.

В специальном исследовании было показано, что очень часто респондент рассказывает именно о себе, а в других случаях о близких членах семьи. Т.е. погрешность незнания при этом практически отсутствует, а погрешность неискренности минимизируется анонимностью и тем, что интервьюеру неизвестна степень близости знакомого к респонденту.

Второй недостаток – это тот факт, что в обычных национальных исследованиях с выборкой в 2 тыс. респондентов, группы риска составляют менее четверти процента – это 5 человек; и даже в крупных исследовательских проектах с выборкой до 10 тыс. респондентов – это 25 человек, чего все равно недостаточно для надежной оценки.

Выходом из этой ситуации является накопление данных многих исследований в течение года. Например, КМИС проводит 60–70 репрезентативных исследований в год и если бы, скажем, в 50 исследованиях было бы несколько вопросов о принадлежности анонимного знакомого к группам риска, то мы получили бы информацию из массива в 100 тыс. респондентов, где оценка была бы достаточно надежной (и даже характеристики анонимных знакомых были бы получены с погрешностью в 7–10%). Большое количество исследований проводит не только КМИС, но и некоторые другие исследовательские центры. Средства на оценку численности одной группы риска в 50 исследованиях составляют около 12–15 тыс. дол. США.

Осуществленный в ходе исследования анализ имеющейся информации, продемонстрировал существенную нехватку данных для оценки численности групп высокого риска инфицирования ВИЧ методом «коэффициентов». С одной стороны, статистическая информация имеется только по ПИН. Для групп ЖКС и МСМ на данный момент нет никаких статистических данных, которые можно было бы использовать для оценки численности этих групп. С другой стороны, результаты поведенческих опросов имеют ряд значительных ограничений, в первую очередь за счет недостаточной репрезентативности выборочной совокупности для расчетов такого уровня. Кроме того, специальные вопросы, целью которых является получение необходимой информации для оценки численности группы риска, были включены лишь в вопросник для ПИН. Проблема нехватки информации может быть решена путем определения перечня индикаторов (вопросов анкеты), которые будут четко соответствовать статистическим показателям (если такие существуют), с целью их включения в вопросники поведенческих исследований среди представителей групп риска, групп-мостиков и общего населения.

Необходимо отметить: результаты данного исследования вновь продемонстрировали, что оценка численности МСМ требует особого внимания, учитывая скрытность и закрытость группы. В ходе обсуждения результатов и перспектив исследований по оценке численности группы, было принято решение о том, что организаторам исследований следует выносить инструментарий и протоколы исследований среди МСМ на обсуждение постоянной референтной группы по вопросам ЛГБТ-сообществ.

В качестве дальнейшей перспективы, было решено включать в поведенческие опросы общего населения вопросы о практиках сексуальных отношений с представителями своего пола с сохранением формулировки, которое приме-

нялось в исследованиях среди молодежи и общего населения в 2004 году¹⁰⁹.

Кроме того, целесообразно разработать процедуру и провести комплексное исследование методом номинации МСМ (анализ информации размещенной на популярных Интернет-сайтах знакомств) с последующим применением метода «коэффициентов» (по результатам поведенческих исследований).

В целом, существенной проблемой на сегодня является то, что на данный момент не существует единых устоявшихся критериев принадлежности к группам риска. Основные критерии включения в группы риска (период последней практики, регулярность и т.п.) определяются для каждого исследования отдельно. Также не существует устоявшихся критериев по разграничению групп риска между собой, хотя хорошо известно, что случаи «пересечения сфер»¹¹⁰ рискованного поведения достаточно распространены.

В настоящее время уже возникает критический вопрос об отсутствии единых детальных методических рекомендаций по проведению социологических исследований с целью оценки численности всех групп повышенного риска инфицирования ВИЧ, как на национальном, так и на локальном уровнях.

¹⁰⁹ Социологическое исследование в рамках проекта «Моніторинг поведінки молоді як компонента епіднагляду другого покоління» и социологическое исследование «Відношення та поведінкові орієнтації дорослого населення до проблем ВІЛ/СНІДу та до людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом»

¹¹⁰ Как, например, в случае распространения практики употребления наркотиков инъекционным путем среди ЖКС и практики предоставления сексуальных услуг за плату среди ПИН.

Перечень использованной литературы:

1. Bernard, H. R., Johnsen, E.C., Killworth, P.D., and Robinson, S. Estimating the Size of Average Personal Network and of an Event Subpopulation. In M. Kochen (Ed.), *The small world* (pp. 159–175). Norwood: Ablex Publishing Co.
2. Christopher McCarty and H. Russell Bernard. University of Florida. The Network Scale-Up Method. Presentation to UNAIDS, New York, NY September 3, 2008.
3. Christopher McCarty and H. Russell Bernard. University of Florida. How to conduct a network scale-up survey. Presentation to UNAIDS, New York, NY September 3, 2008.
4. Estimating the size of population at risk for HIV. Issues and Methods updated. UNAIDS/WHO Working Group on HIV/AIDS/STI Surveillance. July 2003.
5. Kadushin, Ch., Killworth, P. D., Bernard, H. R., Beveridge, A.A. Scale-up Methods as Applied to Estimates of Heroin Use. *Journal of Drug Issues* 0022-0426/06/02, pp. 417–440.
6. Killworth, P. D., McCarty, C., Bernard, H. R., Shelley, G. A., and Johnsen, E. C. Estimation of Seroprevalence, Rape, and Homelessness in the United States Using a Social Network Approach. 1998. *Evaluation Review* 22:289–308. Published by SAGE Publications, <http://sagepublications.com>
7. Killworth, P.D., Johnsen, E.C., McCarty, C., Shelley, G. A., Bernard, H. R. A social network approach to estimating seroprevalence in the United States. *Social Networks* 20 (1998) –pp. 23–50.
8. Marsden P. V. Recent Developments in Network Measurement. In Carrington, P. J., Scott, J., Wasserman, S. *Models and methods in social network analysis*. Cambridge University Press, 2005.
9. McCarty, C., Killworth, P. D., Bernard, H. R., Johnsen, E.C., Shelley, G. A. Comparing Two Methods for Estimating Network Size. *Human Organization*; Spring 2001; 60, 1; *ABI/INFORM Global*, p. 28.
10. McCormick, T.H., Salganik, M.J., Zheng, T. How many people do you know?: Efficiently estimating personal network size. September 16, 2008.
11. Shelley, G. A., Bernard, H. R., Killworth, P. D., Johnsen, E. C., McCarty, C. Who Knows Your HIV Status? What HIV+ patients and their network members know about each other. *Social Networks* 17 (1995). –pp.189–217.
12. Методичні рекомендації з проведення досліджень для моніторингу відповіді країни на епідемію ВІЛ-інфекції. / О. Г. Балакірева, Г.Ю. Варбан, Г.В. Довбах та ін. –К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». – К.: 2008. – 96 с.
13. Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине. Годовой отчет за 2008 год. http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/finalreport/pdf/ar_2008_ua.pdf
14. Моніторинг поведінки жінок, які надають сексуальні послуги за плату як компонент епіднагляду другого покоління /Артюх О.Р., Балакірева О.Г. — Київ: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2005. — 32с.
15. Моніторинг поведінки молоді як компонент епіднагляду другого покоління/Балакірева О.Г., Галустян Ю.Г., Дікова-Фаворська Д.Г. та ін. — К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2005.

16. Моніторинг поведінки представників груп-містків як компонент епіднагляду другого покоління /Погоріла Н.Б., Польщикова Є.А., Довбах Г.В. — Київ: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2005. — 60с.
17. Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епіднагляду другого покоління, / Артюх О.Р., Балакірева О.Г. — Київ: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2005. — 68с.
18. Моніторинг поведінки чоловіків, які практикують секс із чоловіками: аналітичний звіт за результатами опитування. / О.Г. Балакірева, .В. Бондар, Г.Г. Касянчук та ін. — Київ: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2008. — 64 с.
19. Национальная оценка ситуации по ВИЧ/СПИД в Украине по состоянию на начало 2009 года. Разработана при участии Украинского центра профилактики и борьбы со СПИДом МОЗ Украины, Бюро Всемирной организации здравоохранения в Украине, Международного Альянса по ВИЧ / СПИД в Украине, Объединенной программы ООН по ВИЧ /СПИДу.
20. Оцінка можливостей розвитку програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків/ Балакірева О.Г., Варбан Г.Ю., Яременко О.О. та ін. — К.: Український ін-т соціальних досліджень, 2003.
21. Оцінка чисельності груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні. / Балакірева О. Г., Гусак Л. Г., Довбах Г. В. та ін. — Київ: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2006. — 28 с.
22. Україна: медико-демографічне обстеження – 2007./ Український центр соціальних реформ; Державний комітет статистики України; Міністерство охорони здоров'я України ; United States Agency for International Development; Macro International Inc. Calverton, Maryland, США – К. : ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2008. – 336 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Данные относительно количества ПИН в разрезе областей и отдельных городов

№	Данные медицинской статистики - наркотчет, на 30.06.2008		Данные медицинской статистики – госпитализация, отчетный год – 2007		Данные МВД Украины на 01.01.2009		Данные Альянса за годовой период (с 01.10.2007 по 30.09.2008)		Оценка численности ПИН методом «наращивание социальных сетей», 2009 год		Оценка численности ПИН методом «коэффициентов» на основе показателя «охват проф. программами», 2009 год		Рекомендованные к утверждению региональные оценки численности ПИН		Согласованные на региональном уровне оценки численности ПИН	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
АР Крым / Область / Город																
АР Крым	4084	553	9298	3963	33 100	12 100								22 600		22 600
г. Симферополь		109		2618		2400						5200				
Винницкая	1136	153	3267	1072	10 500	1800								6500		6500
г. Винница		127		1072		1500						2800				
Волынская	1760	212	1808	748	5600	1100								3500		5000
г. Луцк		51		748		300						1200				
Днепропетровская	10 251	2740	21 901	12 198	54 900	19 400								55 000		17 000
г. Днепропетровск		521		2250		3700						19 400				
г. Днепродзержинск				1 603								4300				
г. Кривой Рог				4142								11 000				
г. Никополь				1887								5000				
г. Ордженикидзе				371								1000				
г. Павлоград				1945								5200				
Донецкая	9952	1490	16 642	14 627	18 000	75 300								60 000		60 000
г. Донецк				2730								6400				
г. Горловка				2868								7600				
г. Константиновка				3418								9100				
г. Краматорск				127								300				

№	Данные медицинской статистики - наркоучет, на 30.06.2008		Данные медицинской статистики – госпитализация, отчетный год – 2007		Данные МВД Украины на 01.01.2009		Данные Альянса за годовой период (с 01.10.2007 по 30.09.2008)		Оценка численности ПИН методом «наращивание социальных сетей», 2009 год		Оценка численности ПИН методом «коэффициентов» на основе показателя «госпитализация», 2009 год		Оценка численности ПИН методом «коэффициентов» на основе показателя «охват проф. программами», 2009 год		Рекомендованные к утверждению региональные оценки численности ПИН		Согласованные на региональном уровне оценки численности ПИН	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
АР Крым / Область / Город																		
г. Макеевка				1634									4300					
г. Мариуполь				2200									5800					
г. Славянск				1650									4400					
Житомирская	1508	512	5698	0	7100	6000	6000								6500		7500	
г. Житомир		327		0		3800	3800											
Закарпатская	238	238*	877	157	600	2800	2800								2500		500	
г. Ужгород		77		157		900	900						400					
Запорожская	5897	1048	8125	1295	38 900	12 300	12 300								25 000		18 000	
г. Запорожье		514		1295		6000	6000						3400					
Ивано-Франковская	777	165	3393	1290	3900	1900	1900								3000		3000	
г. Ивано-Франковск		118		1290		1400	1400						3400					
Киевская	1320	109	2218	829	15 200	1300	1300								15 200		15 200	
г. Белая Церковь				829									2200					
Кировоградская	2542	400	4015	1452	11 800	3500	3500								12 000		2000	
г. Кировоград		131		0		1100	1100											
г. Знамянка				1452									3 900					
Луганская	4 813	1195	15 942	1895	23 000	7400	7400								23 000		15 000	
г. Луганск		825		1534		5100	5100						14 300					
г. Первомайск				361									1 000					
Львовская	1066	198	5135	0	13 600	4600	4600								9000		9000	

АР Крым / Область / Город	Данные медицинской статистики - наркоучет, на 30.06.2008		Данные медицинской статистики – госпитализация, отчетный год – 2007		Данные МВД Украины на 01.01.2009		Данные Альянса за годовой период (с 01.10.2007 по 30.09.2008)		Оценка численности ПИН методом «наращивание социальных сетей», 2009 год	Оценка численности ПИН методом «коэффициентов» на основе показателя «госпитализация», 2009 год	Оценка численности ПИН методом «коэффициентов» на основе показателя «охват проф. программами», 2009 год	Рекомендованные к утверждению региональные оценки численности ПИН	Согласованные на региональном уровне оценки численности ПИН
	1	2	3	4	5	6	7	8	9				
№													
г. Львов		58		0		1400							
Николаевская	2 679	512	9 271	8 112	9 100	7 900						16 000	10 109
г. Николаев				8 112					15 100				
Одесская	6 706	636	16 014	10 581	8 100	46 300						40 000	15 500
г. Одесса		235		10 228		17 100			57 800				
г. Коминтерново				353					900				
Полтавская	2 147	838	4 489	960	10 600	5 800						8 000	8 000
г. Полтава		448		960		3 100			1 400				
Ровенская	1 128	125	1 981	949	2 800	1 500						3 000	3 000
г. Ровно		59		949		700			2 500				
Сумская	1 120	126	2 708	1 363	6 000	1 500						10 000	10 000
г. Суммы		94		1 363		1 100			10 300				
Тернопольская	496	106	1 985	0	3 100	1 200						3 000	3 000
г. Тернополь		50		0		600							
Харьковская	2 130	724	5 797	953	16 600	8 500						13 000	13 000
г. Харьков		327		953		3 800			4 100				
Херсонская	2 567	1 340*	4 875	3 504	9 400	6 100						8 000	8 000
г. Херсон		550		3 392		2 500			4 500				
г. Каховка				112					300				
Хмельницкая	2 016	411	2 963	589	11 900	4 600						8 000	8 000

№	Данные медицинской статистики - наркоучет, на 30.06.2008		Данные медицинской статистики – госпитализация, отчетный год – 2007		Данные МВД Украины на 01.01.2009		Данные Альянса за годовой период (с 01.10.2007 по 30.09.2008)		Оценка численности ПИН методом «наращивание социальных сетей», 2009 год		Оценка численности ПИН методом «коэффициентов» на основе показателя «охват проф. программами», 2009 год		Рекомендованные к утверждению региональные оценки численности ПИН		Согласованные на региональном уровне оценки численности ПИН	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
АР Крым / Область / Город																
г. Хмельницкий		181		589		2000		1 400								
Черкасская	1937	502	4328	4630	7400	4400								11 000		11 000
г. Черкаassy		354		3555		3100		8500								
г. Смела				235				600								
г. Умань				840				2200								
Черновицкая	796	75	1559	938	1400	900							2500			2500
г. Черновцы		54		938		600		2500								
Черниговская	1916	113	5671	0	12 000	1600								6500		6500
г. Чернигов		68		0		800										
г. Киев	9105	1875	11 762	12 960	29 200	77 900		37 400					38 000			38 000
г. Севастополь	897	239	2388	1345	8100	2800		3600					5500			5500

Источники:

1. Отчет о контингенте и лечении лиц, имеющих расстройства психики и поведения по причине употребления наркотических веществ. Данные предоставлены Украинским медицинским и мониторинговым центром по алкоголю и наркотикам МОЗ Украины.
2. Показатели госпитализации наркоманов в наркологические и психиатрические стационары. Данные предоставлены Украинским медицинским и мониторинговым центром по алкоголю и наркотикам МОЗ Украины. Данные относительно численности госпитализированных в стационары в областных центрах были собраны сотрудником Украинского медицин-

- ского и мониторингового центра по алкоголю и наркотикам в телефонном режиме. В ходе сбора этих данных были уточнены показатели госпитализации в Закарпатской и Херсонской областях.
3. Сведения об учете лиц, допускающих немедицинское употребление наркотических средств, психотропных веществ и их аналогов. Данные предоставлены ДИТ МВД Украины.
 4. Данные базы данных «SugEx» – количество клиентов-ПИН, которые в течение года бесплатно получили шприцы в рамках программной деятельности, по отчетам субгрантеров по проектам Глобального фонда и проекта «Усиление ответа на эпидемию ВИЧ/СПИД в Украине путем предоставления услуг и информации (SUNRISE)».
 5. Оценки численности ПИН вычисленные методом «наращивание социальных сетей» с коррекцией погрешности неисключенности ответов респондентов.
 6. Оценки численности ПИН вычисленные методом «коэффициентов» на основе показателей «госпитализации» в наркологические и психиатрические диспансеры.
 7. Оценки численности ПИН, вычисленные методом «коэффициентов» на основе показателей охвата услугами (раздача шприцов), которые предоставляются в рамках профилактических программ субгрантерами проектов Глобального фонда и проекта «Sunrise».
 8. Региональные оценки численности ПИН, рекомендуемые к использованию членами Межведомственной рабочей группы по вопросам мониторинга и оценки эффективности выполнения программных мероприятий по противодействию ВИЧ-инфекции/СПИДу.
 9. Региональные оценки численности ПИН, утвержденные/принятые к сведению Межрегиональными рабочими группами по вопросам МИО и Областными советами по вопросам противодействия туберкулезу и ВИЧ-инфекции/СПИДу.

Приложение 2. Данные относительно количества ЖКС в разрезе областей и отдельных городов

№	1	2	3	4	5	6
АР Крым	697	9100	2200	4000	4000	4000
г. Симферополь	454		400			
г. Евпатория	243					
Винницкая	264	4000	300	1200	1200	1200
г. Винница	264		200			
Волынская	152	500	200	700	700	1000
г. Луцк	152		100			
Днепропетровская	1671	4700	3400	9800	9800	3700
г. Днепропетровск	387		700			
г. Днепродзержинск	117					
г. Кривой Рог	708					
г. Никополь	330					
г. Ордженикидзе	4					
г. Павлоград	125					
Донецкая	1045	9500	13 300	10 700	10 700	10 700
г. Донецк	366					

АР Крым / Область / Город	1 Данные Альянса за период (с 01.10.2007 по 30.09.2008)	2 Оценка численности ЖКС методом «наращивание социальных сетей», 2009 год	3 Оценка численности ЖКС методом «коэффициентов» на основе показателей «двойной проблематики», базирующихся на региональных оценках численности ПИН на основе показателя «госпитализация», 2009 год	4 Оценка численности ЖКС методом «коэффициентов» на основе показателей «двойной проблематики», базирующихся на региональных оценках численности ПИН, 2009 год	5 Рекомендованные к утверждению региональные оценки численности ЖКС	6 Согласованные на региональном уровне оценки численности ЖКС
г. Горловка	144					
г. Константиновка	97					
г. Краматорск	2					
г. Макеевка	128					
г. Мариуполь	207					
г. Славянск	101					
Житомирская	0	2500	1100	1200	1200	1200
г. Житомир			700			
Закарпатская	27	1500	500	500	500	500
г. Ужгород	27		200			
Запорожская	85	13 600	2200	4500	4500	4500
г. Запорожье	85		1100			
Ивано-Франковская	166	1100	300	600	600	1500
г. Ивано-Франковск	166		200			
Киевская	142	2100	200	2700	2700	2700
г. Белая Церковь	142					
Кировоградская	116	2300	600	2200	2200	230
г. Знамянка	116		200			
Луганская	205	9200	1300	4100	4100	4100

АР Крым / Область / Город	Данные Альянса за период (с 01.10.2007 по 30.09.2008)						Согласованные на региональном уровне оценки численности ЖКС
	1	2	3	4	5	6	
№							
г. Луганск	205						
Львовская	1066	3200	800	1600	1600	1600	1600
г. Львов	1066		200				
Николаевская	3845	1400	1400	2900	2900	2900	2900
г. Николаев	3845						
Одесская	128	2200	8200	7100	7100	7100	8000
г. Одесса	123		3000				
г. Коминтерново	5						
Полтавская	99	2600	1000	1500	1500	1500	1500
г. Полтава	99		600				
Ровенская	256	600	300	600	600	600	600
г. Ровно	256		100				
Сумская	153	1800	300	1800	1800	1800	1800
г. Сумы	153		200				
Тернопольская	0	300	200	600	600	600	600
г. Тернополь			100				
Харьковская	846	5900	1500	2300	2300	2300	2300
г. Харьков	846						
Херсонская	217	4000	1100	1500	1500	1500	1500

АР Крым / Область / Город	Данные Альянса за период (с 01.10.2007 по 30.09.2008)						Согласованные на региональном уровне оценки численности ЖКС
	1	2	3	4	5	6	
№							
г. Херсон	217		400				
Хмельницкая	93	2000	800	1500	1500	1500	
г. Хмельницкий	93		400				
Черкасская	527	2900	800	2000	2000	2000	
г. Черкаassy	409		600				
г. Смела	43						
г. Умань	75						
Черновицкая	416	1000	200	500	500	500	
г. Черновцы	416		100				
Черниговская	0	500	300	1200	1200	1200	
г. Чернигов			100				
г. Киев	738	2000	13 800	6800	6800	6800	
г. Севастополь	652	500	500	1000	1000	1000	

Источники:

1. Данные базы данных «SugEx» – количество клиентов–ЖКС, которые в течение года бесплатно получили презервативы в рамках программной деятельности, по отчетам субгрантеров по проектам Глобального фонда и проекта «Усиление отчета на эпидемию ВИЧ / СПИД в Украине путем предоставления услуг и информации (SUNRISE)».
2. Оценки численности ЖКС, рассчитанные методом «наращивание социальных сетей» с коррекцией погрешности неискренности ответов респондентов.
3. Оценки численности ЖКС, рассчитанные методом «коэффициентов» с учетом уровня распространения «двойной проблемы» (по результатам поведенческого исследования среди ПИН и ЖКС в 2008 году), базирующиеся на региональных оценках численности ПИН по показателю «госпитализация».
4. Оценки численности ЖКС, рассчитанные методом «коэффициентов», с учетом уровня распространения «двойной проблемы» (по результатам поведенческого исследования среди ПИН и ЖКС в 2008 году), базирующихся на региональных оценках численности ПИН, рекомендованных к использованию членами Межведомственной рабочей группы по вопросам МиО эффективности выполнения программных мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции/СПИДа.
5. Региональные оценки численности ЖКС, рекомендованные к использованию членами Межведомственной рабочей группы по вопросам МиО эффективности выполнения программных мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции/СПИДа.
6. Оценки численности ЖКС, утвержденные/принятые к сведению Межрегиональными рабочими группами по вопросам МиО и Областными советами по вопросам профилактики туберкулеза и ВИЧ-инфекции/СПИДа.

Приложение 3. Данные по количеству МСМ в разрезе областей и отдельных городов

АР Крым / Область / Город	Оценка численности МСМ методом «наращивание социальных сетей», 2009 год	Оценки численности МСМ, рассчитанные методом «коэффициентов», базирующиеся на результатах опроса общего населения в 2004 году, 2009 год	Рекомендованные к утверждению региональные оценки численности МСМ	Согласованные на региональном уровне оценки численности МСМ
№	1	2	3	4
АР Крым	6200	6513	4000	4000
Винницкая	700	5284	3300	3300
Волынская	0	3478	2100	1000
Днепропетровская	2800	11 294	7000	7000
Донецкая	1200	14786	9100	9100
Житомирская	600	4240	2600	2600
Закарпатская	500	4334	2700	1
Запорожская	2200	6023	3700	3700
Ивано-Франковская	400	4720	2900	300
Киевская	500	5776	3600	3600
Кировоградская	1000	3282	2000	1500
Луганская	800	7812	4800	4800
Львовская	4100	8835	5400	5400
Николаевская	200	4010	2500	2000
Одесская	400	8166	5000	5500
Полтавская	1100	4931	3000	3000
Ровенская	700	3916	2400	700
Сумская	100	3858	2400	1200
Тернопольская	600	3626	2200	2200
Харьковская	4300	9510	5900	5900
Херсонская	700	3695	2300	2300
Хмельницкая	0	4340	2700	2700
Черкасская	1000	4150	2600	2600
Черновицкая	300	3041	1900	1900
Черниговская	200	3504	2200	2200
г.Киев	600	9614	14000	14000
г. Севастополь	800	1275	800	800

Источники:

1. Оценки численности МСМ методом «наращивание социальных сетей» с коррекцией погрешности неискренности ответов респондентов.
2. Оценки численности МСМ методом «коэффициентов» на основе показателей, полученных по результатам опроса молодежи (14–24 года) и взрослого населения (25–49 лет) в 2004 г.
3. Региональные оценки численности МСМ, рекомендованные к утверждению Межведомственной рабочей группой по вопросам МиО эффективности выполнения программных мероприятий по противодействию ВИЧ-инфекции/СПИДу.
4. Оценки численности МСМ, согласованные на заседании межрегиональной рабочей группы по вопросам МиО и Областных советов по вопросам противодействия туберкулезу и ВИЧ-инфекции/СПИДу.

Приложение 4. Перечень источников статистической информации

1. Отчет о численности спецконтингента в учреждениях Департамента /Ф.1-УВП / по состоянию на 01.01.2008 г., Государственный Департамент Украины по вопросам исполнения наказаний.
2. Распределение постоянного населения Украины по полу и возрасту. По состоянию на 1 января 2008 г.- К.: Государственный комитет статистики Украины, 2008.
3. Распределение постоянного населения Украины по полу и возрасту: экспресс-выпуск Государственного комитета статистики Украины.- № 146 от 18.06.2008.
4. Статистический ежегодник Украины за 2007 год. – К.: - Государственный комитет статистики Украины, 2008.
5. Данные официального сайта Всеукраинской переписи населения 2001 года о численности этнических групп (www.ukrcensus.gov.ua/results/general/general/nationality).
6. Данные территориальных органов государственной статистики в 24 областях Украины, АР Крым, г. Киев и г. Севастополь (www.ukrstat.gov.ua/work/regions.htm).
7. Закон Украины «Об общей структуре и численности Министерства Внутренних Дел Украины» от 10.01.2002 г. –№2925-III (с последними изменениями от 18.05.2004 г.).
8. Раздел «статистическая информация» на официальном сайте Государственного комитета статистики Украины (www.ukrstat.gov.ua).
9. Официальное письмо от председателя Высшей аттестационной комиссии Украины «О численности кандидатов и докторов наук, получивших научную степень, начиная с 1992 г.» от 12 декабря 2008 г.
10. Официальное письмо от начальника Департамента информационных технологий МВД Украины «Ведомости об учете лиц, допускающих употребление наркотических средств, психотропных веществ и их аналогов на 01.01.2009» от 16 января 2009 г.
11. Данные Украинского медицинского мониторингового центра по алкоголю и наркотикам МОЗ Украины «Отчет о заболеваниях лиц с расстройствами психики и поведения по причине употребления психоактивных веществ» за 2007 и 2008 гг.