

Аналітичний звіт за результатами дослідження
2008 року

МОНІТОРИНГ ПОВЕДІНКИ СПОЖИВАЧІВ ІН'ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ

Підготовлено ТОВ «СОЦІС-ЦСПД»
та МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні»
в рамках реалізації програми
“Подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні”,
підтриманої Глобальним Фондом
для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією

Київ 2008

АВТОРСЬКИЙ КОЛЕКТИВ

Погоріла Наталія Борисівна
Дієва Тетяна Сергіївна
Максимов Михайло Юрійович
Аналітики «СОЦІС-ЦСПД»

Автори висловлюють щирі подяку за допомогу при аналізі даних, а також за цінні зауваження:

Лізі Джонстон, незалежному експерту з RDS
Юрію Тарану, докторанту Graduate school for Social Research,
Polish Academy of Sciences
Юрію Кобиці, World Health Organization
Ользі Балакіревій, Інститут економіки та прогнозування НАН України

ЗМІСТ:

Розділ I	МЕТОДОЛОГІЧНИЙ ВСТУП.....	4
	1.1. Мета дослідження та основні гіпотези.....	5
	1.2. Метод дослідження.....	6
	1.3. Організація дослідження.....	7
	1.4. Етичні засади дослідження.....	8
	1.5. Структура звіту та значення статистичних показників.....	8
Розділ II	ДЕМОГРАФІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОПИТАНИХ ТА ЇХ МЕРЕЖ.....	10
Розділ III	РІВЕНЬ ОБІЗНАНОСТІ СПОЖИВАЧІВ ІН'ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ У СФЕРІ ВІЛ/СНІД	15
	3.1. Національний показник «Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які правильно визначають шляхи передачі ВІЛ та знають, як ВІЛ не передається».....	15
	3.2. Аналіз запитань, які не входять до Національного показника	17
Розділ IV	ПОВЕДІНКА У СФЕРІ, ПОВ'ЯЗАНІЙ З РИЗИКОМ ЗАРАЖЕННЯ ВІЛ/СНІД	19
	4.1. Статеві контакти.....	19
	4.1.1. Сексуальна активність СІН.....	19
	4.1.2. Використання презервативів	22
	4.1.3. Причини відмови від використання презервативів	24
	4.1.4. Шляхи отримання презервативів	25
	4.2. Характеристика вживання наркотиків ін'єкційним шляхом	27
	4.2.1. Тривалість та регулярність вживання наркотиків	27
	4.2.2. Поширеність різних видів наркотиків	30
	4.2.3. Вживання ін'єкційного інструментарію	31
	4.3. Рівень інфікування ВІЛ та фактори ризику інфікування ВІЛ.....	35
	4.3.1. Відсоток ВІЛ-інфікованих СІН за результатами зв'язаного дослідження..	35
	4.3.2. Результати логістичної регресії.....	37
Розділ V	КОРИСТУВАННЯ ПОСЛУГАМИ З ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ.....	46
	5.1. Користування послугами медичних закладів та профілактичних програм ..	46
	5.2. Звернення за тестуванням.....	50
	ВИСНОВКИ	53
	РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	55
	ДОДАТОК А	57

ГЛОСАРІЙ СПЕЦИФІЧНИХ ТЕРМІНІВ

RDS (Respondent-driven sampling) – методика пошуку та відбору респондентів з важкодоступних популяцій – споживачів ін'єкційних наркотиків, працівників секс-бізнесу. Методика є вдосконаленим варіантом методу «снігової кулі»: респонденти-рекрутери, котрих відібрано не випадковим чином, розпочинають відбір інших респондентів, причому число «запрошень» є фіксованим. У разі належного дотримання вимог методика дає можливість ліпшої репрезентації популяції, ніж інші методи не випадкового відбору.

Первинні респонденти (seeds) – респонденти-рекрутери, які розпочинають відбір інших респондентів. У кожному місті, де проводиться дослідження (the site), за допомогою ВІЛ-сервісних організацій відбирають респондентів, спроможних контактувати з іншими представниками важкодоступної популяції та запросити їх до участі в дослідженні. При відборі первинних респондентів можна встановлювати певні вікові та статеві квоти, проте в методиці закладено, що при належному виконанні завдання демографічні характеристики кінцевої вибірки не залежать від демографічних параметрів первинних респондентів. Кожен первинний респондент отримує фіксовану кількість купонів-запрошень, щоб запросити до участі наступних респондентів, яким, у свою чергу, після інтерв'ю також пропонують стати рекрутером наступних респондентів. Респонденти-рекрутери отримують винагороду як за інтерв'ю, так і за кожного нового респондента.

Вторинні респонденти – усі респонденти, крім тих, яких запросили організатори дослідження, включаючи рекрутерів.

«Хвиля» – етап, коли нова група респондентів приходить для інтерв'ю та запрошує наступних. Респонденти, яких запросили «первинні респонденти», є першою хвилею, вони запрошують «другу хвилю» респондентів і так далі. Аби досягти різномірної вибірки, рекомендується одночасне проходження всіх хвиль починаючи від первинних респондентів.

«Ланцюжок» – усі респонденти, які потрапили в дослідження внаслідок рекрутування даним первинним респондентом; довгий ланцюжок забезпечує більш ретельне виконання методики.

RDSAT – програмне забезпечення, яке дозволяє аналізувати дані, що їх було зібрано за методикою RDS. Головне завдання – створити ваги, які коригують значення відповідей, зважаючи на величину мережі знайомих респондента.

Мережа (network) – група респондентів, пов'язаних між собою зв'язками особистого знайомства. Наявність мереж у важкодоступній популяції є необхідною передумовою використання RDS. Ця методика дає можливість включити до вибірки як тих респондентів, що мають великі мережі, так і тих, що мають малі.

Гомофілія (homophily) – схильність рекрутерів запрошувати респондентів, подібних до них за певною ознакою (стать, вік, близькість до НУО). Оцінюється в RDSAT як показник для кожної змінної.

Момент стабілізації вибірки (equilibrium point) – визначення хвилі, після якої певний статистичний показник вже більше не змінюється.

BOOT STRAP – метод обрахування довірчих інтервалів для малих вибірок. У RDSAT обраховується тільки для локальних мереж.

Розділ I

МЕТОДОЛОГІЧНИЙ ВСТУП

Пропоноване дослідження було проведено Центром соціальних та політичних досліджень "СОЦІС-ЦСПД" за фінансової підтримки МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні" в рамках реалізації програми "Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні", підтриманої Глобальним Фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією в рамках грантової угоди UKR-102-604-H-00.

У пропонованому звіті представлено аналіз результатів дослідження поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) у 16 містах обласних центрів України, що його було реалізовано за методом RDS, з одночасним тестуванням крові на ВІЛ¹.

■ 1.1. Мета дослідження та основні гіпотези

Мета дослідження – відстежити тенденції обізнаності, ставлення, практик та моделей поведінки серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) у зв'язку із рівнем поширення серед них ВІЛ-інфекції. Зокрема досліджувалися:

- поінформованість та поведінка споживачів ін'єкційних наркотиків (за індикаторами, що внесені до Національних показників моніторингу та оцінки ефективності заходів, які забезпечують контроль за епідемією ВІЛ/СНІД);
- фактори, які призвели до інфікування ВІЛ споживачів ін'єкційних наркотиків;
- доступність послуг з профілактики ВІЛ;
- рівень поширення ВІЛ серед опитаних респондентів.

Інструментарій дослідження базується на досвіді попередньої дослідницької практики, досвіді міжнародних організацій. Методологія, методика та інструментарій дослідження були узгоджені зі спеціалістами Держдепартаменту, координатором МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», а також пройшли експертизу Соціологічної асоціації України, комісії з біоетики (протокол № 3 від 26 квітня 2007 року).

Основними гіпотезами, які висунула робоча група в цьому дослідженні, є такі:

1. Головним чинником інфікування ВІЛ є небезпечні практики вживання ін'єкційних наркотиків, користування нестерильним інструментарієм, незахищений секс.
2. Ймовірність інфікування ВІЛ залежить від тривалості та частоти небезпечних практик: стажу вживання ін'єкційних наркотиків, регулярності користування нестерильним інструментарієм, кількості партнерів для незахищеного сексу та ін'єкцій, регулярності небезпечних сексуальних стосунків.
3. Частка ВІЛ-позитивних може бути більшою серед жінок через певні фізіологічні та соціальні фактори.
4. ВІЛ-інфікуванню сприяє вживання наркотиків у поєднанні з алкоголем.
5. Частка ВІЛ-позитивних може бути більшою серед студентів та учнів через імовірну високу соціабельність цієї групи (проживання у гуртожитках).
6. Серед молодшого покоління СІН вживання стимуляторів набуває більшої популярності, ніж опіатів.
7. Між регіонами України спостерігається значна варіація у демографічному складі СІН, охопленні профілактичними заходами та відсотку проведених тестувань на ВІЛ.

¹ Попередні дослідження з проблематики ВІЛ/СНІД серед споживачів ін'єкційних наркотиків: 2000 рік – пілотний проект з протидії ВІЛ/ІПСШ на замовлення Фонду народонаселення ООН; 2000–2001 роки – за фінансової підтримки ФНООН було реалізовано проект «Запобігання ВІЛ/СНІД/ІПСШ у ЗСУ»; 2002–2003 роки було проведено поведінкове дослідження серед споживачів ін'єкційних наркотиків; 2004 рік – на замовлення МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», підтриманої Глобальним фондом боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією Український інститут соціальних досліджень (УІСД) провів дослідження «Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідагляду другого покоління за ВІЛ»; 2007 рік – на замовлення ООН у рамках програми «Профілактика ВІЛ-інфекції та інфекцій, що передаються статевим шляхом» УІСД було проведено дослідження серед споживачів ін'єкційних наркотиків вперше за методом RDS.

Основними параметрами, у розрізі яких ми розглядаємо результати дослідження, є наступні:

- 1) вік СІН,
- 2) стать СІН,
- 3) стаж споживання наркотику,
- 4) регіон проживання СІН.

■ 1.2. Метод дослідження

Усі етапи роботи було узгоджено з Робочою групою з моніторингу та оцінки.

Для реалізації вибіркової сукупності СІН було використано методику RDS (respondent driven sampling)². Методика передбачає визначення розмірів вибірки в обраних містах України на підставі експертної оцінки чисельності СІН та реалізацію її за допомогою «первинних респондентів». Число первинних респондентів було прив'язано до розміру вибіркової сукупності, становило 6–8 для міст, де було опитано 400 осіб, та 4 для всіх інших, а у випадках труднощів з проведенням рекрутування, кількість первинних респондентів збільшували на 1–2. Кількість купонів–запрошень для рекрутування учасників було обмежено трьома на одну особу. Нижче наведено розміри вибірок, реалізованих у 16 обласних центрах України.

Треба зазначити, що необхідність збільшити кількість рекрутерів виникла тільки у Києві, Львові та Хмельницькому. У решті міст ланцюжки були достатньо довгими, аби відповідати меті методики і сягали 13–16 хвиль. Моменту стабілізації вибірки за ознаками статі та віку було досягнуто на 2–4-й хвилі.

Таблиця 1.2.1. Міста, у яких було проведено опитування, кількість первинних та вторинних респондентів

Міста	Кількість первинних респондентів (N=86)	Кількість опитаних (вторинних) респондентів (N=3711)
Дніпропетровськ	6	113
Донецьк	6	400
Київ	8	400
Кіровоград	4	175
Луганськ	6	200
Луцьк	4	175
Львів	7	175
Миколаїв	6	260
Одеса	6	400
Полтава	4	200
Сімферополь	5	265
Суми	5	173
Харків	5	175
Херсон	4	225
Хмельницький	7	200
Черкаси	3	175

² Douglas D. Heckathorn. 1997. Respondent-Driven Sampling: A New Approach to the Study of Hidden Populations. Ст.174-199 у Social problems, V.44, N2.

■ 1.3. Організація дослідження

Дослідження 2008 року було «зв'язаним», тобто передбачало опитування СІН, що проводилося працівниками СОЦІС-ЦСПД, разом з дозорним епідеміологічним наглядом, який здійснювався Українським центром профілактики і боротьби зі СНІДом у співпраці з обласними центрами профілактики і боротьби зі СНІДом (центри СНІДу). 99,5% опитаних пройшли тестування на ВІЛ з подальшою перевіркою первинно позитивних зразків в Українському центрі СНІДу. Підтверджені результати тестування використовувалися під час аналізу як головна змінна, варіацію якої належало пояснити.

Рекрутинг первинних респондентів здійснювався за допомогою працівників обласних центрів СНІДу та працівників неурядових організацій. Опитування та тестування крові на ВІЛ проводилося в приміщеннях центрів СНІДу.

Перед початком дослідження регіональні супервайзери опитувальної мережі СОЦІС-ЦСПД та координатори проекту пройшли тренінг із застосування методики RDS у м. Києві 15–16 квітня 2008 року.

Польовий етап дослідження проходив з 8 червня по 15 жовтня 2008 року.

■ 1.4. Етичні засади дослідження

1. Участь в анкетуванні була добровільною, і кожен респондент мав право відмовитися від неї.
2. Учасникам гарантувалася конфіденційність.
3. Усі дані використовувалися лише в узагальненому вигляді.

■ 1.5. Структура звіту та значення статистичних показників

У розділі 2 наведено ключові демографічні характеристики респондентів та їх мереж. Методика RDS дає змогу оцінити не тільки структуру сукупності, а й внутрішні характеристики мережі респондентів та їх рекрутерів. Зокрема вона дає можливість оцінити:

- так звану «гомофілію» мережі – тобто, схильність респондента-рекрутера запрошувати до дослідження людей, подібних до нього за важливими характеристиками;
- момент стабілізації вибірки (equilibrium point), або визначення хвилі, після якої певний статистичний показник вже більше не змінюється.

Ці характеристики є важливими індикаторами того, наскільки спроба досягти репрезентативної вибірки була вдалою у кожному конкретному місті дослідження. Там, де мережа спрацьовувала в специфічний спосіб, який міг призвести до порушення принципу репрезентативності, на це буде звернено увагу. У розділі 2, де представлені демографічні дані вибірки СІН, цей аналіз займає особливе місце, оскільки вік та стать є тими змінними, за якими найчастіше спостерігається деформація випадкового відбору.

У розділі 3 наведено дані про рівень обізнаності СІН у сфері ВІЛ/СНІДу. Розділ 4 містить у собі інформацію про сексуальну поведінку СІН та про практику вживання наркотиків. Цей розділ також містить статистичну багатовимірну модель (логістична регресія) відносного впливу різноманітних факторів на інфікування ВІЛ, побудова якої стала можливою завдяки даним зв'язаного дослідження. Розділ 5 присвячено аналізу послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу, зокрема досвіду тестування серед СІН.

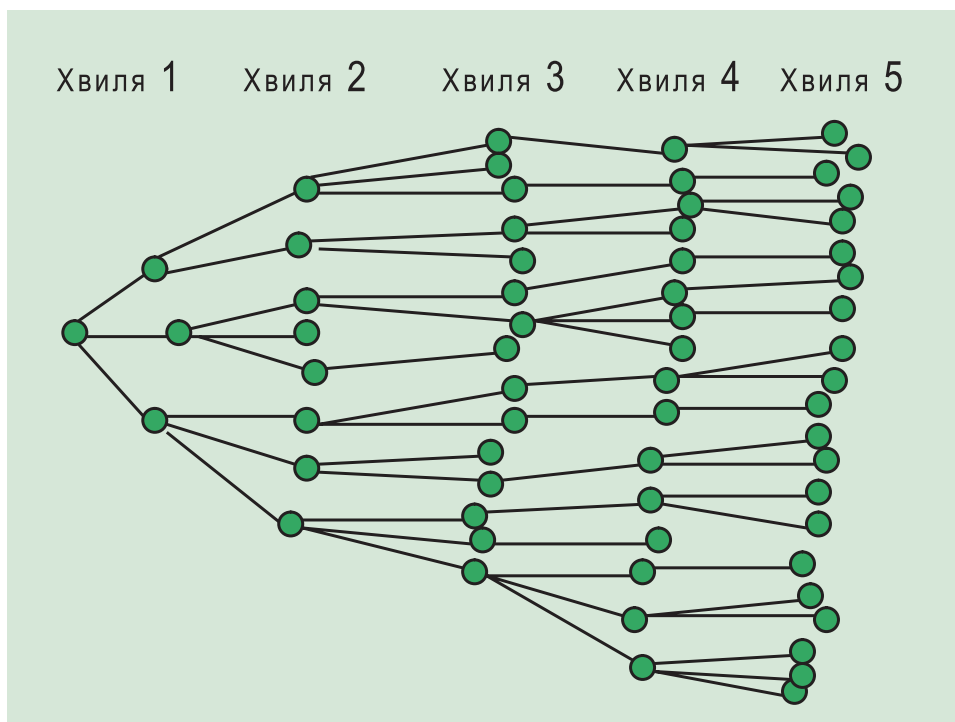
Національні показники моніторингу та оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль за епідемією ВІЛ/СНІДу, серед СІН (5 показників) розраховано та подано у відповідних розділах. Розподіл Національних показників за обласними центрами, з вибірковою та оціночними характеристиками за RDS подано у додатку, а інтерпретацію результатів наведено в основному тексті. Результати такої оцінки є набагато точнішими, ніж звичайні вибіркові середні, оскільки програма RDSAT при розрахунку оцінки та довірчих інтервалів враховує розмір мережі та різні способи рекрутування респондентів. RDSAT дає можливість побудувати індекси, тобто визначити «вагу» (вагомість, важливість), які приписуються кожній змінній масиву даних. Ця «вага» враховує розміри мережі знайомих СІН кожного респондента, і є вищою для тих СІН, які мають малу мережу

знайомих, та нижчими для тих, хто має велику. Таке зважування допомагає зменшити похибку вибірки, притаманну методів «снігової кулі», яка полягає у над- або недопрезентації певних груп через причину саморекрутування активної частини популяції.

Взагалі обробка даних за допомогою пакета обробки RDSAT передбачає роботу з локальними мережами, внутрішньо пов'язаними відносинами знайомства, для яких тільки і розраховуються довірчі інтервали за методом BOOT STRAP. Проте для точнішої оцінки Національних показників на національному рівні можна уживати індекси ваги (вагомості), розраховані в RDSAT. Усі відсотки, подані в таблицях і на діаграмах розділів 3–5 основного тексту, вираховувалися на основі масиву, зваженого за ознакою віку, оскільки саме при оцінці розміру вікових груп трапляється найбільше похибок в оцінці. Логістичну регресію було побудовано в статистичному пакеті SPSS на основі масиву, зваженого за показником інфікованості ВІЛ, отриманим за допомогою RDSAT.

Значущість усіх відмінностей у показниках на національному рівні між різними групами перевірялася за статистичними критеріями значимості Пірсона. Вислів «різниця значима на рівні 1%» означає, що відмінність є статистично значимою, а ймовірність похибки становить 1%. Вислів «різниця значима на рівні 5%» означає, що відмінність є статистично значимою, а ймовірність похибки становить 5%. Вислів «різниця незначима» слід розуміти так, що ця відмінність, попри її очевидність, може бути результатом похибки вимірювання. Слід зазначити, що на вибіркових сукупностях, близьких до 1000 респондентів, навіть невеликі відмінності у відсотках (окрім тих, де розподіл наближується до 50х50) будуть статистично значимими. Тому ми не завжди коментуємо усі відмінності, а зазначаємо тільки найбільш суттєві і не вказуємо на їх значимість.

Рис. 1.5.1. Принцип роботи методики RDS при пошуку респондентів



Розділ II

ДЕМОГРАФІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОПИТАНИХ ТА ЇХ МЕРЕЖ

У цьому розділі представлені соціально-демографічні характеристики опитаних споживачів ін'єкційних наркотиків. Нижче наведено розподіл опитаних за національною вибіркою, реалізованою у 16 обласних центрах України.

Як бачимо, чоловіки становлять три четверті популяції СІН. У додатку наведено розподіл за цими самими параметрами в обласних центрах, а також наведено оцінки чисельності за методом RDS (табл. 1А–6А). Спираючись на ці оцінки, можемо відзначити, що частка чоловіків сягає найвищих показників у Луганську (92%), Кіровограді (88%), Львові (87%) та Черкасах (85%). Найбільш до середньостатистичного показника частки чоловіків в Україні (46%)³ наближаються показники в Донецьку (55%), Харкові (57%), Києві (63%) та Сімферополі (64%). Можливо, це пов'язано з особливостями наркосцени в цих містах. Проте це може означати, що в містах, де частка жінок-СІН виявилася невеликою, вони рекрутувалися менш активно, ніж чоловіки, і тому частку жінок, пропорційну їх фактичній чисельності, просто не встигли рекрутувати. На користь цього припущення говорить те, що в містах, де жінок було рекрутовано найбільше (окрім Донецька), момент стабілізації для показника статі настав на другій хвилі, тобто всі подальші хвилі не принесли змін у цьому показнику. У Донецьку спостерігався високий рівень гомофільії (схильність рекрутерів рекрутувати собі подібних) (0,442), що свідчить про те, що чоловіки частіше рекрутували чоловіків. Проте і там момент стабілізації настав на 4-й хвилі опитування – тобто частка жінок вже не зменшувалась, і не збільшувалась у наступній хвилі. Але ефект гомофільії вдалось врахувати: розмір популяції чоловіків було оцінено як 55%, а не 64%.

Розподіл за віком показує досить невелику кількість опитаних у віці 19 років та молодше – 119 осіб; серед них 11 осіб неповнолітніх та 46 – у віці 18 років. Така мала кількість опитаних не дає можливості надійної оцінки розподілів, і тому аналіз на національному рівні проведено на підгрупі 16–19 років. Аналіз на рівні областей проведено на підгрупі 16–24 років задля забезпечення надійності оцінки.

Оцінка популяції СІН за віком вказує, що найбільше споживачів у віці до 24 років проживає у Донецьку – 46%, у Луганську та Харкові частка молодих становить 43%. У цих містах момент стабілізації за статтю було досягнуто на 3-й хвилі, тобто, оціночні дані є достатньо стабільними. Досить великою часткою молоді серед СІН є у Кіровограді – за оцінкою RDS – 38%, причому ця оцінка перевищує вибіркочну частку на 10 пунктів. Так сталося через те, що молодші СІН з Кіровограда мали значно меншу мережу знайомств, ніж старші.

Подібна ситуація склалася в Полтаві, де популяція молодих СІН становила 10%, тоді як за оцінкою RDS вона становить 21,6%, а чисельність популяції СІН у віці від 35 років було переоцінено на 10%. Це також сталося завдяки тому, що СІН у віці понад 35 років мають значно більші мережі знайомих СІН, а отже, мають більші шанси бути представленими у вибірці. Проте метод RDS дозволив врахувати цю похибку.

В Одесі, Миколаєві, Черкасах, Херсоні та Сімферополі частки молодих СІН становлять від 9 до 11%. Проте малий розмір цієї групи закладає велику похибку, і за оцінкою RDS реальна частка молодих СІН у цих містах може сягнути 16–17% популяції СІН (верхня межа довірчого інтервалу за оцінкою RDS). Найменшою часткою наймолодших СІН вирізняється Львів – 3%. Показник гомофільії – 1 (подібно, як у Черкасах) вказує на те, що всіх молодих людей було рекрутовано кимось із осіб, старших за 24 роки. Можливо, у цих двох містах наймолодші СІН є ізольованою групою через високий рівень стигматизації.

У цілому треба зазначити, що Південний регіон вирізняється найбільшою часткою респондентів у віці від 35 років і старше – близько половини вибірки, а Східний регіон – часткою респондентів у віці, молодшому за 24 роки, крім Дніпропетровська, де опитали тільки 113 осіб. Київ вирізняється найбільшою часткою СІН у віці від 25 до 34 років – 60%.

У групу респондентів з початковою освітою (112) було об'єднано осіб, які закінчили 9 класів основної школи або менше. Тільки мінімальну частину цієї групи складають учні та студенти, решта – люди, що вже закінчили навчання.

Найнижчі частки СІН з вищою освітою спостерігаються у Луцьку (2%), Сумах (5%), Миколаєві та Полтаві (по 6%). За показником освіти ці міста далеко відстають від інших, де частка

³ Статистичний щорічник України за 2006 рік / за ред. О.Г. Осауленка. – К.: Консультант, 2007. – С. 70.

респондентів–СІН з вищою освітою наближається до середньої в Україні (18% серед дорослих⁴). Найвищою частка респондентів з вищою освітою є у Києві (28%) та у Хмельницькому (27%). Якщо у Києві таку високу частку можна пояснити тим, що це – університетське місто зі значною часткою висококваліфікованої робочої сили, то про Хмельницький сказати цього не можна. Отже там з якихось причин споживання наркотиків ін'єкційним шляхом набуло популярності серед молодих спеціалістів більшою мірою, ніж у Києві.

Серед СІН Луганська, Херсона, Луцька та Кіровограда спостерігається досить високий відсоток осіб з освітою 9 класів середньої школи та менше – 33–35%. Оскільки у Луганську та Кіровограді частка молоді у віці до 24 років серед СІН є досить великою, то можна припустити, що в цих містах споживання ін'єкційних наркотиків набуло поширення серед учнів ПТУ або молоді без середньої освіти.

За підсумком пропорцій різних видів освіти найменш освіченими є СІН Луцька та Миколаєва.

50% вибірки становлять респонденти, що не є одруженими або не проживають разом із сексуальним партнером. 7% повідомили, що є одруженими, але не проживають зі своїм чоловіком/дружиною, а 43% проживають з постійним партнером, причому дві третини цієї групи становлять ті, хто не перебуває в зареєстрованому шлюбі.

Відповідно до великої частки молоді серед СІН у вибірках у Донецьку, Луганську та Кіровограді і найбільші частки респондентів, які є неодруженими і не проживають разом із сексуальним партнером (68%, 72% та 60% відповідно). У Черкасах та Луцьку частка неодружених також є високою (70% та 62% відповідно). Треба зазначити, що й у решті областей відсоток одружених є нижчим від статистичної середньої в Україні – 56% дорослих громадян. Проте в Полтаві вони становлять 73%, що, зважаючи на відносно молодий вік всієї популяції СІН, є дуже багато. У цьому ж місті проживає найбільша частка респондентів, які є одруженими, але не проживають зі своїми чоловіками/жінками або з жодним з партнерів, тобто є в сепарації – 14%, тоді як в інших містах ця частка коливається в межах від 3 до 8%.

У середньому серед СІН менше працюючих (тих, хто має постійну роботу або випадкові заробітки), ніж у середньому в Україні (близько 62% дорослих у віці до 70 років)⁵, проте в Луганську цей відсоток становить 77%, у Львові – 75%, а в Одесі – 72%. Відтак можна зробити висновок про те, що СІН у Луганську – це переважно молоді робітники з початковою освітою чоловічої статі. У Києві частка працюючих СІН, за оцінкою RDS, становить 64%, тоді як у вибірці вона є на 7% меншою. Найбільшою часткою безробітних та непрацевдатних СІН вирізняються Дніпропетровськ (51%), Миколаїв (48%), Полтава (42%) та Суми (41%). Відтак можна припустити, що серед респондентів Полтави та Миколаєва переважають безробітні сім'ї з тією різницею, що СІН з Миколаєва є менш освіченими та старшими за віком.

Учні та студенти становлять разом невелику групу, яка, тим не менш, є дуже важливою для аналізу, тому в подальшому вони розглядатимуться як окрема група учнів та студентів. Постійну роботу мають тільки 23% опитаних, ще 37% повідомляють про нерегулярні заробітки. Таким чином, працююча популяція становить 60% опитаних, які в подальшому аналізуються як одна окрема група. Безробітні, домогосподарки, непрацевдатні та інші категорії аналізуються як окрема група, яка становить 37%, причому переважну частку її складають безробітні.

Оцінка частки студентської та учнівської молоді серед СІН є надзвичайно важливою, але і досить проблематичною через низькі абсолютні величини. Тільки щодо Харкова можна стверджувати, що частка студентів та учнів становить 15%, а може сягати, за оцінкою, 25%. Щодо решти міст, то частка студентів та учнів навіть у Києві є занадто малою, аби надійно оцінити розмір її реальної популяції.

Більшість опитаних народилися в місті опитування, 18,5% народилися в інших місцевостях, причому близько 10% з них проживає в місті опитування менше року, а ще 10% – 1–2 роки. 2% опитаних знаходились у місті опитування проїздом.

Частка респондентів, які не є корінним населенням, є найвищою серед СІН Черкас – 37%. Факт поширення споживання ін'єкційних наркотиків серед прибулих до Черкас може пояснюватись їх дезадаптованістю до нового середовища. Досить високий відсоток прибулих до регіону – 32% – спостерігається також серед СІН Одеси.

Відсоток осіб, які приїждять до обласних пунктів на короткий термін, є відносно малим – 1–5%. Найбільше приїжджих у Херсоні та Кіровограді – по 9%. Слід звернути увагу на показник

⁴ Паніна Н.В. 2006. Українське суспільство. Соціологічний моніторинг 1992–2006 / Ін-т соціології НАН України. – К., 2006.

⁵ Розраховано за: Паніна Н.В. Українське суспільство. Соціологічний моніторинг 1992–2006. / Ін-т соціології НАН України. – К., 2006.

гомофільії, який для приїжджих є близьким до $-1,0$. Це означає, що приїжджі СІН рекрутували майже виключно з числа місцевих респондентів, тобто, мають зв'язки з місцевою популяцією СІН і, можливо, приїхали з метою контакту з ними. Тільки Херсон становить виняток, оскільки показник гомофільії близький до 0 свідчить про те, що рекрутували в однаковій мірі з приїжджих та місцевих.

Таблиця 2.1. Розподіл споживачів ін'єкційних наркотиків за статтю, віком, освітою, сімейним станом, місцем проживання та родом діяльності

Стать	Кількість у вибірці	Частка у вибірці
Чоловіча	2768	74,6%
Жіноча	943	25,4%
Вік		
16–19	112	3,0%
20–24	634	17,1%
25–34	1643	44,3%
35+	1322	35,6%
Освіта		
Початкова	712	19,2%
Середня	2399	64,6%
Вища	598	16,1%
Сімейний стан		
Неодружені	1857	50,0%
Одружений	1602	43,2%
В сепарації, не живуть з чоловіком/ жінкою	252	6,8%
Род діяльності		
Учні шкіл та ПТУ	18	0,5%
Студенти ВНЗ та технікумів	101	2,8%
Постійна робота	846	22,8%
Випадкові заробітки	1366	36,8%
Безробітні	1000	26,9%
Домогосподарка	197	5,3%
Непрацездатний (інвалід)	143	3,9%
Інше	40	1,1%
Місце народження та проживання		
Народився в місті проживання	2951	79,5%
Перебуває тимчасово	74	2,0%
Народився в іншій місцевості	686	18,5%

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ II

- Аналіз соціально-демографічного складу СІН показав, що споживання ін'єкційних наркотиків притаманне переважно чоловікам. Проте у великих східних містах, Харкові та Донецьку, співвідношення статей серед СІН наближається до середньо статистичного в Україні.
- У цьому дослідженні досить мало були представлені наймолодші СІН та неповнолітні. Можна стверджувати, що найбільшою є їх частка у східних містах України
- – Харкові, Донецьку та Луганську, де частка СІН у віці до 24 років може сягнути половини. У свою чергу, Південний регіон вирізняється високою часткою СІН, старших 35 років.
- Рівень освіченості СІН у цілому відповідає загальному рівню в Україні. У деяких обласних центрах частка респондентів з незакінченою вищою освітою сягає третини (Луцьк, Луганськ, Кіровоград, Херсон та Харків). Причому більшість із цих респондентів вже припинили навчання. У Києві та Хмельницькому, навпаки, спостерігається дуже висока частка СІН з вищою освітою – більше чверті. Частка студентської молоді найчастіша в Донецьку та Харкові.
- Серед СІН є досить поширеним проживання з партнером у незареєстрованому шлюбі. У цілому серед них вільний цивільний стан є більше представлений, ніж серед загального населення, але в Полтаві та Миколаєві частка одружених СІН є вищою, ніж національна (56%).
- Стан зайнятості найбільше відрізняє популяцію СІН від загального населення: тільки 23% зайнятих у порівнянні з 62% серед загально населення працездатного віку. При цьому ще 37% повідомляють про випадкові заробітки. У Луганську та Львові частка тих та інших разом становить близько трьох чвертей популяції СІН, тоді як у Миколаєві та Дніпропетровську зовсім не працюють близько половини опитаних.
- Близько 80% СІН є корінними мешканцями своїх міст, що цілком відповідає соціальній структурі України⁶. Тільки в Одесі та Черкасах прибулі з інших населених пунктів становлять більше третини.
- У кінцевому підсумку можна сказати, що деякі міста можна охарактеризувати як такі, що мають свою соціально-демографічну специфіку наркосцени. Так, Луганськ та Кіровоград вирізняються чоловічим профілем СІН, молодим віком та низьким рівнем освіти. У Донецьку та Харкові виразно представлена жіноча частина СІН, молодь, учні та студенти. Миколаїв та Полтаву вирізняють одружені респонденти (в офіційному та неофіційному шлюбі) та безробітні, Львів – працюючі з середньою освітою. Одесу також вирізняють працюючі респонденти та досить велика частка некорінного населення, як і Черкаси, причому у Черкасах це – переважно чоловіки. Київ та Хмельницький вирізняються значною часткою респондентів з вищою освітою. Загалом старший вік відрізняє СІН Південного регіону від СІН Східного.

⁶ Паніна Н.В. – Там само.

Розділ III

РІВЕНЬ ОБІЗНАНОСТІ СПОЖИВАЧІВ ІН'ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ У СФЕРІ ВІЛ/СНІД

Ризик передачі ВІЛ у середовищі СНІ зумовлений небезпечними моделями поведінки (вживання наркотичних речовин та небезпечною сексуальною поведінкою), а отже, поінформованість СНІ про шляхи передачі ВІЛ має сприяти зниженню ризикованості їх поведінки. Національний показник «Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які правильно визначають шляхи передачі ВІЛ та знають, як ВІЛ не передається» дозволяє скласти певне уявлення про рівень інформованості СНІ.

■ 3.1. Національний показник «Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які правильно визначають шляхи передачі ВІЛ та знають, як ВІЛ не передається»

Респондентам пропонувалося відповісти на 10 запитань стосовно шляхів передачі ВІЛ для того, щоб визначити рівень обізнаності щодо інфекції. На основі шести з цих запитань розраховується національний показник «Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які правильно визначають шляхи передачі ВІЛ та знають, як ВІЛ не передається». Це такі запитання:

1. Чи можливо знизити ризик передачі ВІЛ, якщо мати статеві контакти лише з одним вірним, неінфікованим партнером?
2. Чи можливо знизити ризик передачі ВІЛ, якщо зменшити кількість сексуальних партнерів?
3. Чи може здорова на вигляд людина бути ВІЛ-інфікованою?
4. Чи можна інфікуватися ВІЛ, якщо пити по черзі з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною?
5. Чи можна інфікуватися ВІЛ через спільне з ВІЛ-інфікованою людиною користування туалетом, басейном, сауною?
6. Чи можна інфікуватися ВІЛ через спільне використання ін'єкційного інструментарію (наприклад голки) з ВІЛ-інфікованою людиною?

Кожне з цих питань передбачає три варіанти відповіді: «Так», «Ні» і «Не знаю».

Аналіз даних показав, що 49,6% опитаних споживачів ін'єкційних наркотиків дали правильні відповіді на всі шість основних запитань, що й визначило величину національного показника. За даними попереднього дослідження (2007 рік) Національний показник становив 46,7%. За даними дослідження 2008 року цей показник становить 49,6%. Зауважимо, що методика проведення дослідження була різною: у 2007 році до вибірки було включено набагато більше середніх та малих міст і менше великих міст із Західної України.

Вартим уваги є також той факт, що отримане значення Національного показника обізнаності щодо ВІЛ (49,6%) є дещо вищим від орієнтовно очікуваних 40%⁷.

Нижче наведено детальний розподіл відповідей по кожному із цих питань.

⁷ Universal Access Target Settings: Ukraine

Таблиця 3.1.1. Обізнаність споживачів ін'єкційних наркотиків щодо шляхів передачі ВІЛ/СНІД, відсотки

Зміст запитань	Зміст відповідей	Усі СН		
		Усі СН	Жінки	Чоловіки
Можна знизити ризик передачі ВІЛ, якщо мати статеві контакти лише з одним вірним, неінфікованим партнером	Так	85,8	85,5	86,0
	Ні	11,8	12,2	11,6
	Не знаю	2,4	2,4	2,4
	Загалом	100,0	100,0	100,0
Можна знизити ризик передачі ВІЛ, якщо зменшити кількість сексуальних партнерів	Так	79,0	78,3	79,2
	Ні	17,8	17,9	17,8
	Не знаю	3,2	3,7	3,0
	Загалом	100,0	100,0	100,0
Здорова на вигляд людина може бути ВІЛ-інфікованою	Так	89,2	89,6	89,1
	Ні	7,1	7,0	7,1
	Не знаю	3,7	3,4	3,8
	Загалом	100,0	100,0	100,0
Можна інфікуватися ВІЛ, якщо пити по черзі з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною	Так	13,1	11,5	13,7
	Ні	82,8	85,5	81,9
	Не знаю	4,1	3,0	4,4
	Загалом	100,0	100,0	100,0
Можна інфікуватися ВІЛ через спільне з ВІЛ-інфікованою людиною користування туалетом, душем, сауною	Так	15,2	16,1	14,9
	Ні	78,4	76,5	79,1
	Не знаю	6,4	7,4	6,0
	Загалом	100,0	100,0	100,0
ВІЛ-інфекцією можна заразитися, користуючись голкою для ін'єкції, яка була використана іншою людиною	Так	96,8	98,0	96,0
	Ні	2,5	1,6	2,8
	Не знаю	0,6	0,6	0,7
	Загалом	100,0	100,0	100,0

Отже, Національний показник обізнаності з питань ВІЛ/СНІДу становить 49,6%. Це відсоток тих, хто дав правильні відповіді на всі шість ключових запитань. Проте питання виявилися для багатьох неоднаковими за складністю: перші три запитання викликали менше труднощів, ніж два інших (про можливість передачі ВІЛ, якщо спільно з ВІЛ-інфікованими особами пити з однієї склянки та користуватися туалетом, душем, сауною).

Аналіз у регіональному розрізі виявив високу нерівномірність обізнаності: найвищий показник обізнаності спостерігається в Миколаєві – 81%, а показник у Харкові – більш ніж у 4 рази менший – 17%. Також низькими є показники серед СН Черкас (23,5%), Полтави (33%) та Одеси (34%).

З розподілу відповідей на ключові запитання щодо рівня обізнаності можемо зробити висновки, що стосовно деяких запитань жінки демонструють вищу обізнаність, ніж чоловіки. Це стосується запитання про можливість інфікуватися, якщо пити по черзі з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною (правильні відповіді дали майже 82% чоловіків та 85,5% жінок) та запитання про можливість зараження через користування голкою для ін'єкцій, яка була вже використана іншою людиною (96% чоловіків та 98% жінок дали правильні відповіді) – різниця значима на рівні 5% у першому випадку, та на рівні 1% – у другому. Проте щодо решти запитань розподіл відповідей є протилежним – чоловіки давали правильні відповіді дещо частіше від жінок, що в підсумку й

спричинило вище значення показника обізнаності для чоловіків (50,3% проти 47,6%). Нижче у табл. 3.1.2 можна побачити розподіл Національного показника обізнаності про шляхи передачі ВІЛ серед чоловіків та жінок та різних вікових груп.

Таблиця 3.1.2. Національний показник обізнаності про шляхи передачі ВІЛ/СНІДу, відсотки

Стать	Чоловіча	50,3
	Жіноча	47,6
Вік	16–19	34,8
	20–24	49,4
	25–34	49,3
	35+	51,4
Усі СН		49,6

Можемо спостерігати суттєву відмінність між показником обізнаності серед СН молодшої групи та іншими віковими групами (відмінність значима на рівні 1%). Статистично значимих відмінностей між рештою вікових груп знайдено не було. Не було виявлено статистично значимого зв'язку між показником обізнаності та цивільним статусом, а також рівнем освіти опитаних СН.

■ 3.2. Аналіз запитань, які не входять до Національного показника «Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які правильно визначають шляхи передачі ВІЛ через статевий контакт та знають, як ВІЛ не передається»

Хоча нижченаведені запитання не є обов'язковими для підрахунку Національного показника, вони можуть допомогти одержати ширшу картину знань стосовно ВІЛ. Наводимо розподіл відповідей на ці запитання.

Таблиця 3.2.1. Обізнаність споживачів ін'єкційних наркотиків про шляхи передачі ВІЛ, відсотки

Зміст запитань	Зміст відповідей	Усі СН	Жінки	Чоловіки	16–19	20–24	25–34	35+
Можна заразитися ВІЛ-інфекцією через укуси комара	Так	15,5	12,7	16,4	26,2	18,5	13,9	15,2
	Ні	77,0	80,5	75,8	64,5	73,8	79,1	76,8
	Не знаю	7,5	6,8	7,8	9,3	7,7	7,0	8,0
	Загалом	100	100	100	100	100	100	100
ВІЛ-інфекція може передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини під час вагітності	Так	87,5	89,9	86,6	81,9	83,8	87,9	89,1
	Ні	4,4	5,1	4,2	7,6	5,2	4,0	4,4
	Не знаю	8,1	4,9	9,2	10,5	11,0	8,1	6,5
	Загалом	100	100	100	100	100	100	100
ВІЛ-інфекція може передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини при пологах	Так	85,4	90,3	83,7	73,3	78,2	85,8	89,4
	Ні	4,6	4,2	4,8	11,4	6,1	4,7	3,3
	Не знаю	9,9	5,4	11,5	15,2	15,7	9,5	7,3
	Загалом	100	100	100	100	100	100	100

ВІЛ-інфекція може передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини при годуванні дитини груддю	Так	77,5	86,5	74,3	73,1	74,1	77,9	78,8
	Ні	8,5	4,5	9,9	10,6	7,2	8,2	9,5
	Не знаю	14,0	8,9	15,8	16,3	18,7	13,9	11,7
	Загалом	100	100	100	100	100	100	100

Розподіл відповідей на запитання «Чи можна заразитися ВІЛ-інфекцією через укуси комара?» показав, що жінки є більш обізнані порівняно з чоловіками (правильну відповідь дали 80,5% жінок порівняно з 75,8% чоловіків) – різниця значима на рівні 1%. Відмітимо також, що респонденти віком від 16 до 19 років продемонстрували найнижчу обізнаність порівняно з респондентами інших вікових груп (відмінність значима на рівні 5%)

Значимі відмінності існують у відповідях на запитання про передачу інфекції від матері до дитини під час вагітності (жінки частіше давали правильні відповіді, ніж чоловіки – відмінність значима на рівні 1%; найбільш обізнані найстарші респонденти – відмінність порівняно з іншими віковими групами на рівні 1%). Відповідаючи на запитання про передачу ВІЛ-інфекції при пологах, жінки частіше за чоловіків давали правильні відповіді (відмінність значима на рівні 1%). Респонденти двох молодших вікових груп рідше давали правильну відповідь на це запитання, ніж більш старші респонденти.

Запитання про передачу ВІЛ-інфекції при годуванні дитини груддю було одним з найважчих. Значимі відмінності спостерігаються у відповідях жінок та чоловіків (останні рідше давали правильну відповідь на це запитання, відмінність значима на рівні 1%). Між віковими групами статистично значимих відмінностей не було виявлено.

Таким чином, можемо констатувати, що на запитання про передачу ВІЛ від матері до дитини жінки значимо частіше, ніж чоловіки, давали правильні відповіді. Також, можна говорити про те, що загалом молодші респонденти рідше давали правильні відповіді на запитання, ніж респонденти старшого віку.

Розділ IV

ПОВЕДІНКА У СФЕРІ, ПОВ'ЯЗАНІЙ З РИЗИКОМ ЗАРАЖЕННЯ ВІЛ/СНІД

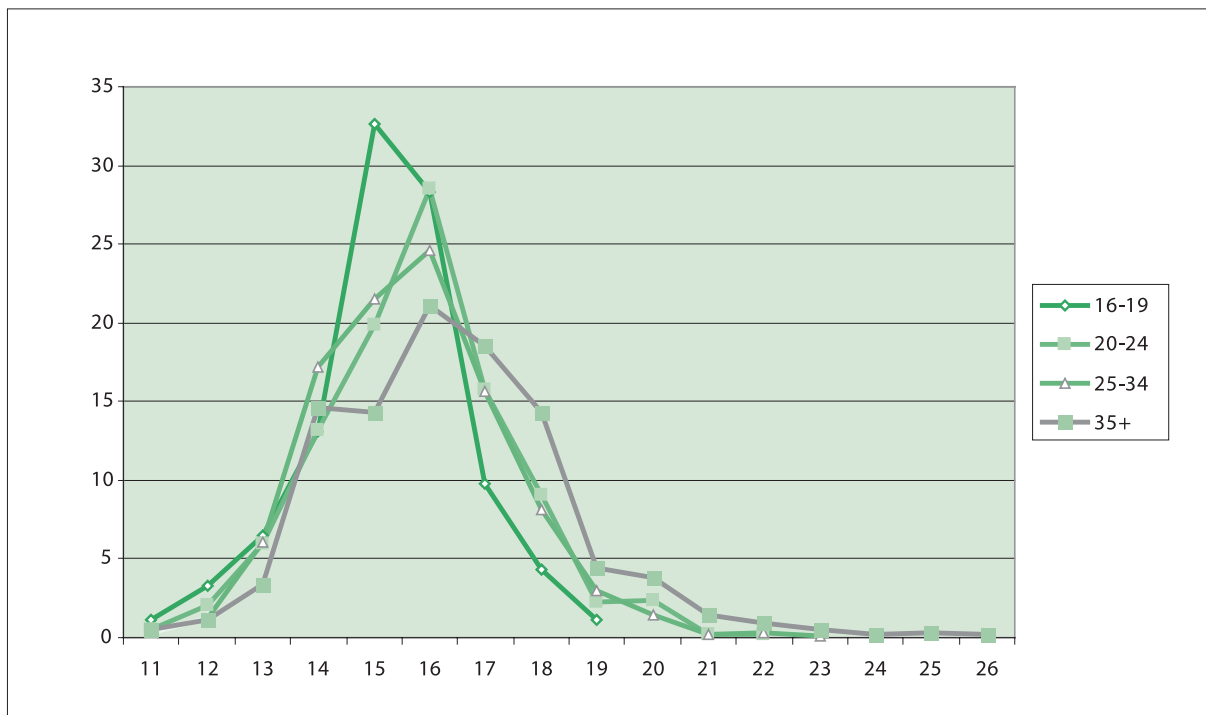
4.1. Статеві контакти

4.1.1. Сексуальна активність СН

Сексуальна активність СН варта особливої уваги з огляду на досить високий рівень поширення ВІЛ серед представників цієї категорії.

Дані показують, що більшість споживачів ін'єкційних наркотиків мали сексуальний контакт принаймні раз у житті (97,9%). 39,8% опитаних набули сексуальний досвід у віці до 15 років (включно), а 48,6% у віці від 16 до 18 років. Нижче представлено розподіл віку набуття першого сексуального досвіду за віком тих респондентів, які мали хоча б один статевий контакт.

Рис. 4.1.1.1. Розподіл відповідей на запитання «В якому віці Ви вперше вступили в статевий зв'язок?» у чотирьох вікових групах, відсотки в кожній групі.



Можемо сказати, що наймолодші СН набули сексуального досвіду в молодшому віці, ніж СН старших вікових когорт: серед них модальний вік вступу становить 15 років, тоді коли для інших – 16,5 років.

Дані показують, що 87,7% споживачів ін'єкційних наркотиків мали сексуальні контакти протягом останніх 12 місяців, а 86% мали статеві контакти протягом останніх трьох місяців. У цей період 76,2% споживачів ін'єкційних наркотиків, які мали сексуальні стосунки протягом трьох місяців, мали статеві контакти з постійними партнерами, 37,5% СН мали статеві контакти з випадковими партнерами, 5,3% – з комерційними, а 3,4% самі надавали секс-послуги за винагороду.

Для детальнішого аналізу сексуальної поведінки було виділено «чисті» категорії сексуальних партнерів. Такий крок спричинений тим фактом, що всі три групи сексуальних партнерів (постійні, випадкові, комерційні) значною мірою перетинаються: 22,3% тих, хто мав постійних партнерів, вступав також у випадкові зв'язки, приблизно по 3% користувалися сексуальними послугами або самі надавали їх. Виділення умовно «чистих» груп дозволяє провести більш чіткий аналіз

того, яким саме групам притаманна найбільш ризикована поведінка.

Перша категорія – один постійний партнер – включає СІН, які повідомили, що протягом останніх трьох місяців мали сексуальні контакти з одним постійним партнером. Їх можна вважати категорією з відносно низьким рівнем вірогідності інфікування ВІЛ статевим шляхом. До другої категорії – випадкові партнери (включаючи тих, хто має постійного партнера) – потрапили СІН, які зазначили, що мали сексуальні контакти з випадковим партнером, маючи в той же час постійного. Наявність випадкового партнера вже істотно збільшує ризикованість сексуальної поведінки, отже цю категорію можна вважати такою, що дещо більшою мірою наражається на ризик зараження. Третя категорія включає тих СІН, які протягом останніх трьох місяців мали декількох постійних партнерів, тобто чоловіка/дружину або іншу особу, з якою респондент/ка мав/ла тривалі стосунки. Наявність декількох, хоча і постійних партнерів, вже збільшує ступінь ризикованості поведінки. Четверта категорія – це СІН, які мали сексуальні контакти з комерційними партнерами, включаючи тих, хто має постійного партнера та мав випадкові контакти. Наявність сексуальних контактів з такими різними типами партнерів дозволяє говорити про особливо високий ступінь ризикованості сексуальної поведінки.

Нижче наведено розподіл середньої кількості сексуальних партнерів кожного типу за статтю та віком респондента.

Таблиця 4.1.1.1. Кількість сексуальних партнерів кожного типу, з якими був сексуальний контакт протягом останніх трьох місяців (N=3109), відсотки

	Один постійний партнер	Випадкові партнери, включаючи тих, хто має постійного партнера	Кілька постійних партнерів	Комерційні партнери, включаючи тих, хто має постійного партнера та мав випадкові контакти	Усі типи партнерів разом
Жінки	66,3	21,0	2,6	10,1	100,0
Чоловіки	51,4	37,2	3,8	7,6	100,0
16–19	38,4	51,5	3,0	7,1	100,0
20–24	48,1	41,5	2,8	7,6	100,0
25–34	55,4	31,7	3,8	9,2	100,0
35+	62,0	27,1	3,3	7,6	100,0
Одружені	73,8	18,0	3,0	5,2	100,0
Неодружені	38,2	46,7	3,9	11,3	100,0
Усі разом	55,7	32,6	3,4	8,3	100,0

Як свідчать дані табл. 4.1.1.1. третина опитаних СІН, які мали сексуальні стосунки протягом останніх трьох місяців, мали випадкові статеві контакти (не залежно від того, чи є у них постійний партнер). 8,3% платили за секс або надавали сексуальні послуги, 3,4% мали кількох постійних партнерів, решту складають ті, хто мав одного партнера.

Жінки мали менше випадкових контактів, ніж чоловіки, але вони дещо частіше практикували комерційний секс. Треба звернути увагу на значний зворотній зв'язок між віком та часткою випадкових контактів: серед молоді у віці до 20 років половину зв'язків становлять саме випадкові. При цьому частка комерційних партнерів та тих, хто мав багатьох постійних партнерів, у цій групі не є меншою, ніж у старших вікових групах. Зв'язків з непостійними партнерами удвічі менше серед одружених, ніж серед неодружених.

Розглядаючи поширення випадкових зв'язків у регіональному розрізі, слід відзначити найбільшу поширеність їх на Сході країни – 40,1% (відмінність з іншими регіонами статистично значима на рівні 1%). Варто відзначити Луганськ, де 50% опитаних СІН мали випадкового партнера, та Суми, де відповідний показник становить 40,3%.

Регіон має також значення стосовно поширення платного сексу. Варто відмітити Луцьк, де відсоток СІН, які за останні три місяці мали контакти з комерційними партнерами (включаючи тих, хто мав постійного партнера або/та випадкові сексуальні контакти), сягнув 42,3%. Такий показник можна назвати дещо неочікуваним, адже, загалом, у Західному регіоні досить

сильними є традиційні настанови. Для порівняння, у Львові відповідний показник становить 2,6%, а в Хмельницькому 4,4%. Досить високими є також показники в Сімферополі (19,9%), Дніпропетровську (17,0%), Харкові (15,9%) та Києві (10,3%).

Щодо сімейного стану, то випадкових статевих відносин в одружених майже вдвічі менше, ніж у неодружених. Можемо констатувати наявність статистично значимого зв'язку між сімейним станом та схильністю мати випадкові статеві контакти. Не було виявлено впливу освіти на кількість таких контактів.

Дані дозволяють також простежити вплив поєднання вживання алкоголю з наркотиками на сексуальну поведінку. Нижче в табл. 4.1.1.2. представлений розподіл тих СІН, які повідомили про поєднання алкоголю з різноманітними наркотиками протягом останнього місяця в залежності від типу сексуальних партнерів.

Таблиця 4.1.1.2. Поєднання алкоголю з різними наркотиками в залежності від типу сексуального партнера, відсотки

	Поєднували	Не поєднували	
Один постійний партнер N=1669	8,0	92,0	100,0
Випадкові партнери, включаючи тих, хто має постійного партнера N=1068	10,1	89,9	100,0
Кілька постійних партнерів N= 99	12,3	87,7	100,0
Комерційні партнери, включаючи тих, хто має постійного партнера та мав випадкові контакти N=298	16,3	83,7	100,0
Усі типи партнерів разом, N=3134	9,5	90,5	100,0

Відмітимо, що серед тих СІН, котрі мали одного постійного партнера, протягом останнього місяця поєднували вживання алкоголю із різними наркотичними речовинами у два рази рідше, ніж ті, хто мав секс з комерційними партнерами. Ця частка також є вищою серед тих, у кого був випадковий секс та багато постійних партнерів, проте відмінність не є статистично значимою.

Аналіз виявив також залежність між кількістю сексуальних партнерів усіх типів та статтю, віком, і громадянським станом опитаних СІН. У табл. 4.1.1.3. наведено розподіл респондентів за кількістю сексуальних партнерів усіх типів.

Таблиця 4.1.1.3. Загальна кількість сексуальних партнерів/рок за останні три місяці, N=3134, відсотки

	Жодної/го партнерки/ра	Один/а партнер/ка	2–5	6–12	Більше 12 партнерок/ів	Разом
Жінки	2,0	65,4	21,1	7,5	4,1	100
Чоловіки	2,0	53,3	33,1	9,0	2,6	100
16–19	2,2	34,8	36,0	19,1	7,9	100
20–24	2,3	45,0	36,9	10,6	5,1	100
25–34	1,6	55,0	31,0	9,2	3,1	100
35+	2,4	65,9	24,7	5,8	1,2	100
Одружені	0,6	72,2	19,4	6,3	1,6	100
Неодружені	3,3	41,5	40,1	10,8	4,3	100
Усі разом	2,0	56,3	30,1	8,6	3,0	100

Як видно з табл. 4.1.1.3. жінки загалом, частіше, ніж чоловіки, мали одного сексуального партнера протягом останніх трьох місяців. Різниця між СІН різних вікових груп, які мали одного партнера/ку складає майже 10%, найбільше таких серед найстаршої вікової групи. Найчастіше міняли партнерів/ок молодші СІН – відмінність між двома молодшими групами і двома старшими статично значима. Майже у третини одружених СІН протягом останніх трьох місяців було більше,

ніж один сексуальний партнер, в той час як майже однакова кількість неодружених СІН мали одного або від двох до п'яти партнерів. Не було встановлено зв'язку між кількістю сексуальних партнерів та освітою опитаних СІН.

Дані дозволяють відзначити, що трохи більше за 35% опитаних надавали комерційний секс за плату один – два рази за останній місяць, решта – від трьох до п'ятдесяти разів.

■ 4.1.2. Використання презервативів

Для споживачів ін'єкційних наркотиків значення Національного показника «Відсоток СІН, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту» становить 53,8%; саме стільки споживачів ін'єкційних наркотиків повідомили, що під час останнього сексуального контакту використовували презерватив.

Таблиця 4.1.2.1. Національний показник «Відсоток СІН, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту», відсотки

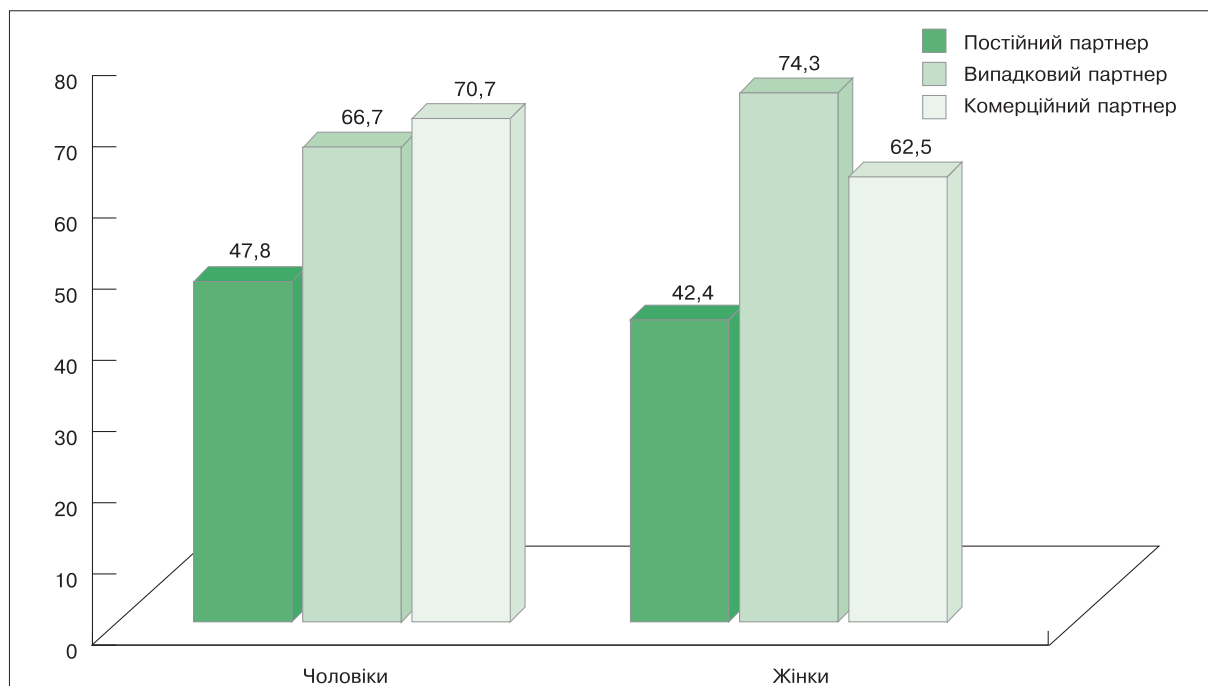
Стать	Чоловіча	55,3
	Жіноча	49,6
Вік	16–19	57,3
	20–24	58,3
	25–34	56,3
	35+	47,7
Цивільний стан	Одружені	47,5
	Неодружені	57,3
Усі СІН		53,8

Спостерігається деяка залежність між статтю, віковими групами, цивільним станом та безпечністю статевої поведінки. Поведінка жінок є дещо менш безпечною, ніж чоловіків, такою ж є поведінка СІН у віці старше від 35 років. Відзначимо також, що одружені СІН рідше використовують презервативи, аніж неодружені (відмінність статистично значима на рівні 1%).

У регіональному розрізі можемо сказати, що найбільш безпечна поведінка була зафіксована серед споживачів ін'єкційних наркотиків Полтави, Херсона (по 67%), Миколаєва та Сімферополя (66 та 64% відповідно) (табл. 8А у додатку). Набагато рідше презерватив використовували СІН у Кіровограді (29%), Дніпропетровську, Луцьку, Харкові та Львові (приблизно по 40%).

Маємо можливість порівняти значення Національного показника «Відсоток СІН, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту» за результатами досліджень у 2007 та 2008 роках: 53,8% (дані 2008 року) порівняно із 54,9% (дані 2007 року). Відмінність не є значимою на рівні 5%. Таким чином, можемо констатувати, що рівень використання презерватива під час останнього статевого контакту серед СІН залишився майже таким самим.

Рис. 4.1.2.1. Використання презерватива під час останнього статевого контакту з різними категоріями сексуальних партнерів, чоловіки та жінки, відсотки



Можемо констатувати наявність відмінностей щодо рівня безпечної поведінки з різними типами сексуальних партнерів між чоловіками та жінками. Чоловіки, загалом, демонструють відносно більш безпечну поведінку як з постійними, так і з комерційними партнерами – в обох випадках виявлена статистично значима відмінність на рівні 5% порівняно з жінками. Незважаючи на досить помітну різницю між рівнем безпечної поведінки чоловіків та жінок щодо контактів з випадковими партнерами, ця відмінність не є статистично значимою.

Таблиця 4.1.2.2. Регулярність використання презервативів протягом останнього року за категорією сексуальних партнерів, відсотки

	Постійні партнери, N=2395	Випадкові партнери/ки, N=1289	Комерційні партнери/ки, N=296
Завжди	27,7	43,5	45,3
Більш ніж у половині випадків	12,5	18,1	21,3
Приблизно у половині випадків	7,4	9,7	6,4
Менш ніж у половині випадків	13,4	9,3	8,1
Ніколи	36,1	12,1	6,8
Не пам'ятають/Відмова від відповіді	2,8	7,3	12,2
Разом	100	100	100

Як видно з табл. 4.1.2.2., 36,1% респондентів, які мали сексуальні контакти із постійними партнерами протягом останнього року, зазначили, що ніколи не використовують презерватив із постійними партнерами. У той же час, 27,7% респондентів зазначили, що завжди використовують презерватив. Серед тих, хто мав сексуальні контакти із випадковими та комерційними партнерами, 43,5% та 45,3% становлять ті, хто завжди використовує презервативи, тобто поведінка тих, хто мав ризиковані контакти є більш обережною в порівнянні з тими, хто мав постійних партнерів. Проте, враховуючи ризикований характер випадкового сексу, треба визнати, що більше половини СІН, які мали досвід такого сексу, демонструють ризиковану поведінку. Слід звернути окрему увагу на значну частку тих, хто відмовився або не зміг дати відповідь на запитання про використання презерватива серед тих, хто послуговувався комерційним сексом.

■ 4.1.3. Причини відмови від використання презервативів

Респондентів, які не використовували презерватив під час останнього статевого акту, запитували, чому вони не користувалися презервативом. Причини відмови від використання презервативів дещо відрізняються в залежності від типу сексуального контакту.

Таблиця 4.1.3.1. Причини відмови від презерватива під час останнього статевого контакту, відсотки*

	З постійним партнером, (N=1268)	З випадковим партнером, (N=371)	З комерційним партнером, (N=66)
Презерватива не було під рукою	7,5	30,2	22,7
Його використання знижує чуттєвість	41,2	32,1	37,9
Дуже дорого коштує	1,3	1,9	–
Партнер був проти презерватива	5,3	5,1	21,2
Не вважали це необхідним	30,4	14,0	10,6
Не думали про це	14,2	8,9	10,6
Був у алкогольному сп'янінні	0,9	9,7	10,6
Знаходився під впливом наркотиків	3,2	28,3	28,8
Став/ла жертвою сексуального насилля	0,4	1,6	–
Інше	16,9	3,0	3,0
Важко відповісти	2,8	3,8	4,5

*Відсоток у стовпчику не дорівнює 100, оскільки респонденти могли обрати кілька відповідей

Так, основною причиною відмови від використання презерватива виступала переконаність, що він знижує чуттєвість. Таку відповідь дали 41,2% тих, респондентів, котрі відповідали на запитання. Другою за популярністю причиною серед тих, хто не використав презерватив з постійним партнером, було те, що респонденти не вважали це за необхідне – 30,4%. На третьому місці за частотою стоїть варіант “не думали про це” – 14,2%. Таких, у кого не було з собою презерватива, або тих для, кого він є занадто дорогим, виявилось 7,5% та 1,3% відповідно.

Дещо іншими є причини відмови від використання презерватива під час сексуального контакту із випадковим та комерційним партнером. На другому місці – ті, хто відповідав “Презерватива не було під рукою” – 30,2% та 22,7% відповідно. Відсоток тих, хто відмовився від презерватива через перебування під впливом наркотиків, становить 28,3% та 28,8% відповідно.

Серед респондентів, що відмовилися від використання презерватива під час останнього комерційного сексуального контакту, на четвертому місці ті, у кого партнер був проти, – 21,2%.

Практично ніхто з опитаних не вказав дорожнечу презерватива як причину відмови від його використання.

■ 4.1.4. Шляхи отримання презервативів

Дані дослідження дають змогу визначити місця, де СІН найчастіше купують або отримують презервативи.

Таблиця 4.1.4.1. Розподіл відповідей на запитання «Чи купували/отримували Ви презерватив протягом останнього місяця в перелічених місцях?», відсотки

Де купували/отримали	
Аптека, магазин, кіоск	44,9
Пункт обміну шприців	26,6
Центр соціальних служб для молоді	4,7
Центр планування сім'ї	0,3
Неурядова організація	4,1
Підчас громадських акцій	5,0
Інше	–

Як показують дані, найчастіше СІН купували презервативи в аптеках, магазинах або кіосках. На пунктах обміну шприців презервативи отримували 22,6% респондентів. Досить мало респондентів повідомили про отримання/купівлю презервативів в решті перелічених місць.

Оцінка самими респондентами частки презервативів, куплених та отриманих безкоштовно, дала такі результати.

Таблиця 4.1.4.2. Розподіл відповідей на запитання «Яку частку презервативів із загальної кількості, що Ви придбали або отримали за останній місяць, становлять куплені або отримані безкоштовно?», відсотки

Частка куплених /	Частка отриманих	Відсотки
100%	0%	38,6
75–99%	1–25%	7,5
50–74%	26–50%	26,1
26–51%	51–74%	6,8
1–25%	75–99%	13,1
0	100%	7,7
–	–	–

Здебільшого СІН купували презервативи; тільки четверта частина отримала приблизно половину презервативів безкоштовно. 7,7% взагалі всі презервативи протягом місяця отримали безкоштовно.

■ 4.2. Характеристика вживання наркотиків ін'єкційним шляхом

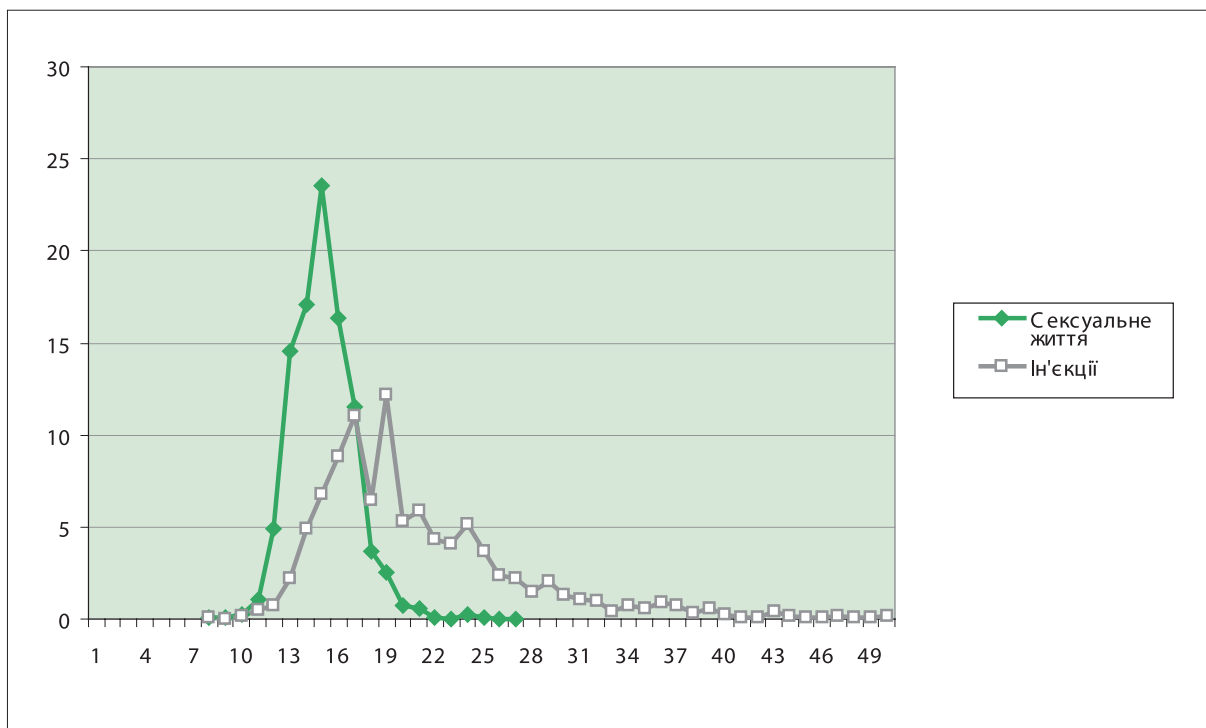
■ 4.2.1. Тривалість та регулярність вживання наркотиків

Дані показують, що 46% опитаних почали вживати наркотики ін'єкційним шляхом до досягнення ними віку 20 років, 27% до 18 років, а 4% – у віці до 15-ти років. Треба звернути увагу на те, що 2% СІН почали ін'єкційні практики після досягнення віку 40 років.

Сексуальне життя зазвичай починається раніше, ніж вживання ін'єкційних наркотиків: у середньому у 18 років проти 23. Якщо абсолютна більшість має сексуальний досвід до досягнення 20 років, то ін'єкції можуть розпочинати люди, яким вже виповнилось 40 років. Саме

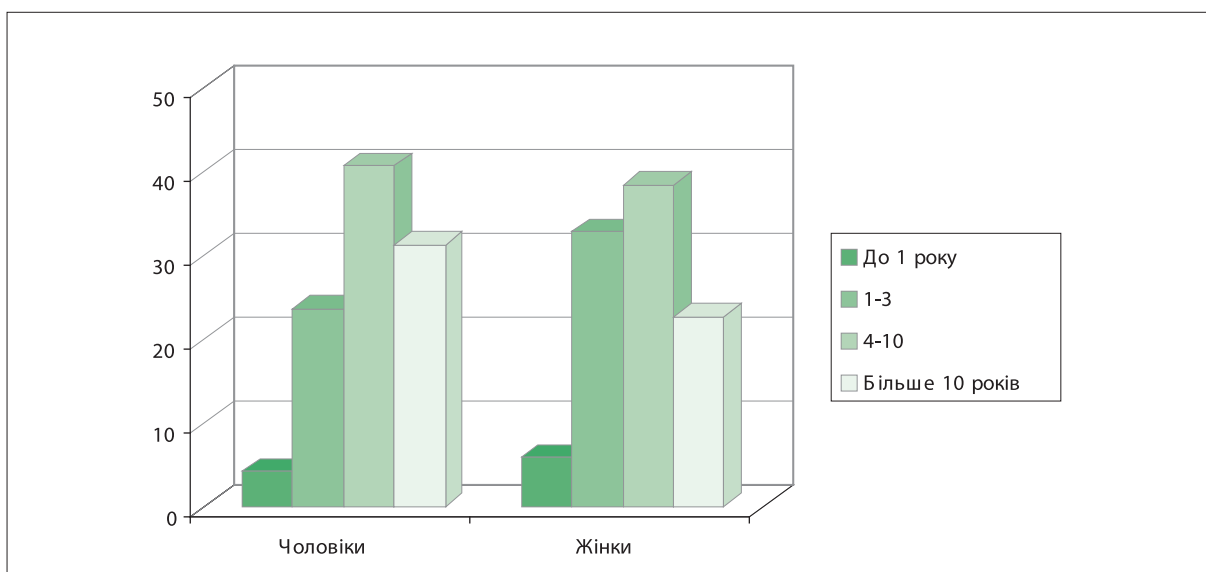
тому важко прослідкувати на цих даних, чи зменшується вік початку ін'єкційних практик у нових генераціях СІН, адже в усіх групах є «початківці», які, відповідно збільшують середній вік початку ін'єкцій у групі.

Рис. 4.2.1.1. Розподіл відповідей на запитання «В якому віці Ви вперше спробували вживати наркотики ін'єкційним шляхом?» та запитання «Скільки Вам було років, коли Ви вступили в перший статевий зв'язок?», відсотки



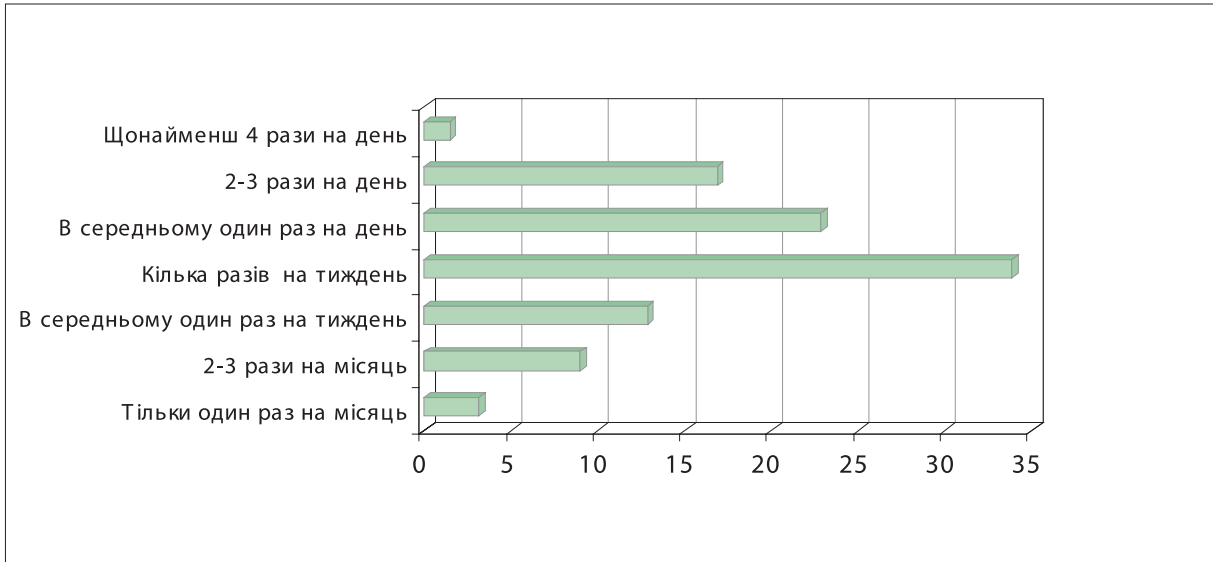
Середній вік чоловіків-СІН є вищим, ніж жінок-СІН на два роки – 32,7 проти 30,8 року (відмінність статистично значима на рівні 1%). Проте вік початку ін'єкційних практик за статтю не відрізняється, що означає, що середній вік мав би бути однаковим у чоловіків та жінок. Можливо, це пояснюється більшою смертністю жінок-СІН. Відповідно у чоловіків-СІН більший стаж ін'єкцій: у середньому 9 років проти 7 років у жінок. Нижче (рис. 4.2.1.2) представлено розподіл респондентів за стажем вживання ін'єкцій, який показує, що в групі чоловіків є значно більшою частка СІН зі стажем 10 років вживання наркотику і більше.

Рис. 4.2.1.2. Розподіл відповідей на запитання «Скільки років (місяців) Ви вживаєте наркотики ін'єкційним шляхом?» серед чоловіків та жінок, відсотки



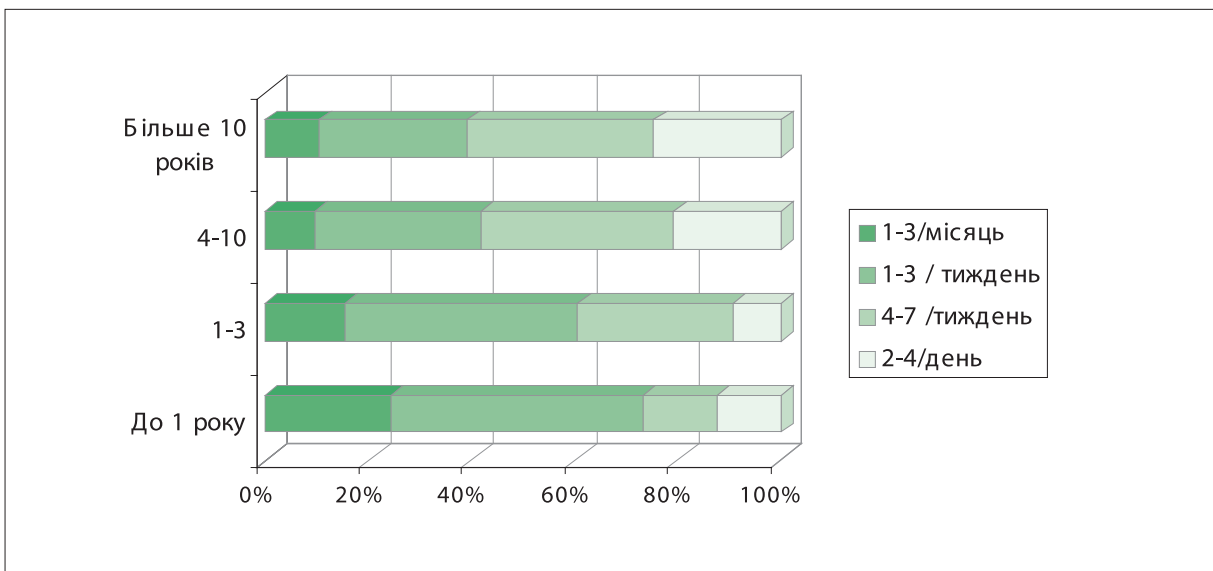
Нижче представлено розподіл того, як часто респонденти робили ін'єкції наркотичних речовин протягом останніх 30 днів. Три чверті СІН вживають наркотики частіше, ніж раз на тиждень, а 41% вживають наркотики щоденно.

Рис. 4.2.1.3. Розподіл відповідей на запитання «Як часто Ви робили ін'єкції наркотичних речовин протягом останніх 30 днів?», відсотки



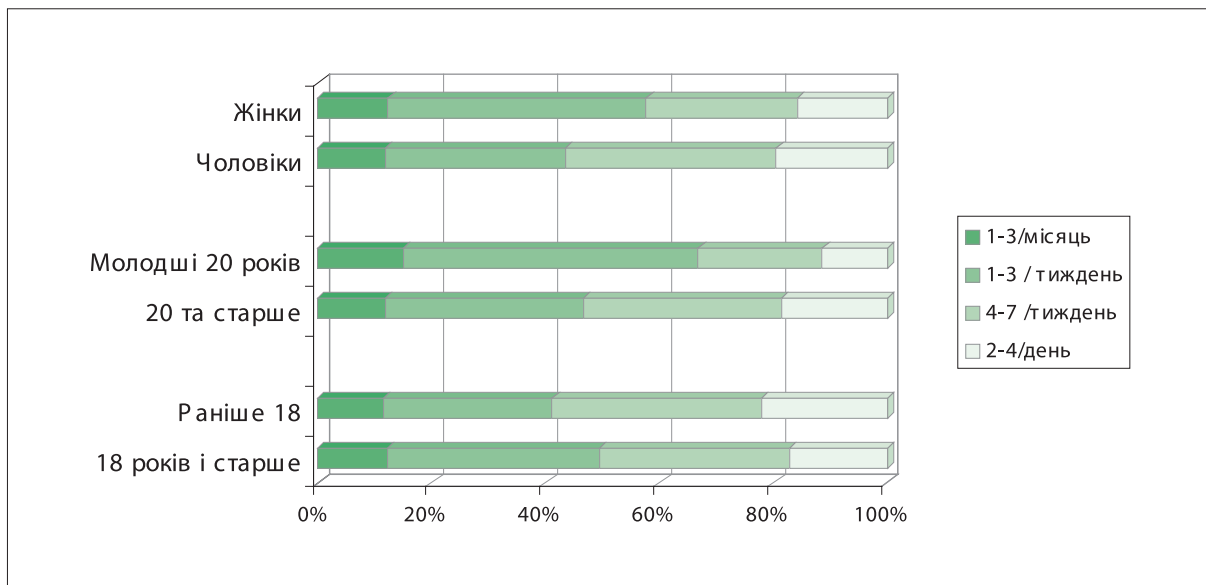
Простежується зв'язок між стажом вживання наркотиків та частотою ін'єкцій: після досягнення стажу 4 роки ін'єкції стають практично щоденними для більшості СІН, тоді як під час першого року ін'єкційного досвіду практично щоденні ін'єкції роблять тільки 25% опитаних (рис. 4.2.1.4).

Рис. 4.2.1.4. Розподіл відповідей на запитання «Як часто Ви робили ін'єкції наркотичних речовин протягом останніх 30 днів?» за стажом споживання наркотиків, відсотки



Спостерігається також, хоч і набагато слабкіший, ніж зі стажом, зв'язок частоти ін'єкцій зі статтю, віком респондента та віком початку ін'єкцій. Чоловіки швидше переходять на практично щоденний режим ін'єкцій, ніж жінки. За віком тільки наймолодша група відрізняється дещо від усіх інших меншою частотою ін'єкцій. А от молодший вік початку ін'єкцій означає дещо вищу їх частоту. Це означає, що якогось б віку не був СІН, якщо ін'єкційні практики він розпочав неповнолітнім, то є більша ймовірність, що він швидше перейде до вищої частоти ін'єкцій (рис.4.2.1.5).

Рис. 4.2.1.5. Розподіл відповідей на запитання «Як часто Ви робили ін'єкції наркотичних речовин протягом останніх 30 днів?» за статтю, віком респондента та віком розпочатку ін'єкції, відсотки



4.2.2. Поширеність різних видів наркотиків

Нижче (табл. 4.2.2.1) представлено дані про поширення видів наркотиків, що їх вживали ін'єкційним шляхом протягом останніх 30 днів, серед СІН. Там, де кількість респондентів дозволяла робити статистичні узагальнення, було оцінено також медіану частоти вживання.

Таблиця 4.2.2.1. Види наркотиків, які СІН вживали ін'єкційним шляхом протягом останніх 30 днів, відсотки, та медіана частоти вживання

Вид наркотика	Вживали протягом 30 днів	Медіана частоти вживання
Опіати (кустарні опіати – екстракт маку(“ширево”, “чорна”)/відвар макової соломки, героїн)	77,5	11,5
Медичні наркотичні анальгетики – ампуловані морфін, омнопон, промедол, бупренорфін, трамадол, метадон, трамал, трамалгін)	9,9	9,5
Канабіоїди (препарати конопель: анаша, гашиш, марихуана, „план”, „травка”, „драп”, „шмаль”, „гандж”)	4,4	9
Стимулятори (амфетаміни, „ефедрин”, „ефект”, колдакт, первітин (метамфетаміни), „вінт”)	26,5	4,5
Екстазі	0,9	--
Кокаїн	0,5	--
Інгалянти (летючі розчини)	0,2	--
Снодійні (транквілізатори)	3,6	5
Галюциногени (ЛСД – „кислота”, „марки”, барбітурати)	0,6	--
Засоби для наркозу (фентаніл; каліпсол, кетамін; Na оксибутират, „ксюша”, „оксік”)	1,2	2,5
Поєднання різноманітних наркотиків (екстракт маку + снодійні, екстракт маку + транквілізатори, екстракт маку + димедрол; героїн + кокаїн, героїн + крек, „спідболл”)	15,7	4,5
Поєднання алкоголю з різноманітними наркотиками (алкоголь + опіати, алкоголь + стимулятори, алкоголь + канабіоїди, алкоголь + димедрол, алкоголь + тарен)	9,3	4,5

Найпоширенішим наркотиком в Україні лишається екстракт алкалоїдів опію – їх уживали три чверті опитаних. Цей наркотик вживають також частіше, ніж інші наркотики, – у середньому кожного третього дня.

Друге місце за популярністю посідають так звані стимулятори, похідні ефедрину. Їх вживала приблизно четверта частина опитаних. Ін'єкції роблять у два з половиною рази рідше, приблизно раз на тиждень. На третьому місці – ампуловані анальгетики, які вживали 10% опитаних; але ін'єкції робили удвічі частіше, ніж у випадку стимуляторів.

Слід звернути увагу на досить високу популярність комбінованого вживання наркотиків, на яке вказали 16% опитаних, та на комбінування наркотичних речовин з алкоголем – 9% опитаних.

Окремо треба зазначити, що споживачі найбільш поширених опіатів також є споживачами й інших видів наркотиків, зокрема, стимуляторів: 17% з них вживає також і стимулятори, а половина «стимуляторників» вживає опіати. Взагалі змішане споживання становить 15% від обох груп СІН узятих разом. «Опіатники», як «чисті», так і ті, що вживають інші наркотики, показують у два з половиною рази вищу частоту ін'єкцій, ніж «чисті» стимуляторники.

Нижче наведено дані про частоту вживання кожного виду наркотиків серед представників наймолодшої групи респондентів 16–19 років та решти вікових груп.

Таблиця 4.2.2.2. Види наркотиків, які СІН вживали ін'єкційним шляхом протягом останніх 30 днів за двома віковими групами, відсотки

	Молодше 20 років	20 та старше
Опіати (кустарні опіати – екстракт маку(“ширево”, “чорна”)/відвар макової соломки, героїн	49,9	78,5
Медичні наркотичні анальгетики – ампуловані морфін, омнопон, промедол, бупренорфін, трамадол, метадон, трамал, трамалгін	11,5	9,8
Канабіоїди (препарати конопель: анаша, гашиш, марихуана, „план”, „травка”, „драг”, „шмаль”, „гандж”)	6,9	4,3
Стимулятори (амфетаміни, „ефедрин”, „ефект”, колдакт, первітин (метамфетаміни), „вінт”)	51,1	25,6
Екстазі	--	0,9
Кокаїн	--	0,6
Інгалянти (летючі розчини)	--	0,2
Снодійні (транквілізатори)	3,0	3,6
Галюциногени (ЛСД – „кислота”, „марки”, барбітурати)	0,3	0,6
Засоби для наркозу (фентаніл; каліпсол, кетамін; На оксibuтират, „ксюша”, „оксік”)	0,5	1,2
Поєднання різноманітних наркотиків (екстракт маку + снодійні, екстракт маку + транквілізатори, екстракт маку + димедрол; героїн + кокаїн, героїн + крек, „спідболл”)	11,2	15,9
Поєднання алкоголю з різноманітними наркотиками (алкоголь + опіати, алкоголь + стимулятори, алкоголь + канабіоїди, алкоголь + димедрол, алкоголь + тарен)	4,1	9,5

Варто відзначити очевидну перевагу, яку наймолодші СІН надають стимуляторам над опіатами: частка споживання опіатів у півтора разу менша, а стимуляторів – у два рази більша, ніж у старших. При цьому важливо також те, що молоді меншою мірою схильні змішувати наркотики. Наприклад, групи «опіатників» та «стимуляторників» перетинаються серед молодих тільки на 9%.

Жінки також проявляють більшу схильність до стимуляторів (30 проти 25% у чоловіків), ніж до опіатів (71 проти 80%), проте зв'язок є набагато слабкішим.

Таблиця 4.2.2.3. Деякі параметри груп СІН, що переважно вживають «опіати» або «стимулятори», відсотки

	«Опіатники»	«Стимуляторники»
Частка жінок	25,7	32,2
Частка респондентів у віці до 19 років	2,3	6,9
Частка тих, хто мав більше 3 сексуальних партнерів за 3 місяці	19,1	24,7
Частка тих, хто мав більше 3 ін'єкційних партнерів	16,2	24,9
Частка ВІЛ-інфікованих	35,4	26,6

Табл. 4.2.2.3. показує деякі демографічні та поведінкові відмінності між СІН, що переважно вживають «опіати» або «стимулятори». Крім того факту, що жінки та молоді СІН частіше надають перевагу стимуляторам, ми також бачимо, що «стимуляторники» вирізняються більшою сексуальною активністю та більшими розмірами груп, у яких вони вживали наркотики, використовуючи спільний шприц. Попри ці фактори відсоток ВІЛ інфікування серед стимуляторників є значно нижчим, ніж серед опіатників.

■ 4.2.3. Вживання ін'єкційного інструментарію

Для споживачів ін'єкційних наркотиків Національний показник «Відсоток СІН, які використовували стерильні ін'єкційні матеріали під час останньої ін'єкції» становить 83,8%; саме стільки споживачів ін'єкційних наркотиків відповіли «Ні» на запитання, чи використовували вони під час останнього споживання наркотиків спільний шприц або голку⁸.

Таблиця 4.2.3.1. Національний «Відсоток СІН, які використовували стерильні ін'єкційні матеріали під час останньої ін'єкції», відсотки

Стать	Чоловіча	85,1
	Жіноча	80,2
Вік	16–19	90,2
	20–24	89,4
	25–34	81,9
	35+	82,6
	До 1 року	91,5
Стаж вживання наркотиків	1–3	84,2
	4–10	84,3
	Більше 10 років	81,3
	Усі СІН	83,8

Спостерігається деяка залежність між статтю, віковими групами та використанням нестерильного інструментарію під час останньої ін'єкції. Поведінка жінок є дещо менш безпечною, як і поведінка СІН у віці старшому від 25 років. Проте, якщо взяти до уваги стаж ін'єкцій, то відмінність спостерігається тільки між респондентами, що мають стаж менше одного року, та усіма іншими. Тобто, незалежно від віку, зі збільшенням стажу кількість безпечних ін'єкцій дещо зменшується.

Використання стерильного інструментарію дещо варіюється залежно від регіону України. Найчастіше стерильний інструментарій застосовують у Луганську та Кіровограді – 96 та 92,5% відповідно. Найнижчі показники безпечної поведінки спостерігається у Сумах (72%), Полтаві (76%), Донецьку, Дніпропетровську та Миколаєві (по 79%). У решті міст показник коливається від 80 до 90%.

⁸ Національний показник становить 83,8%. Проте, якщо запитати не про останній випадок уживання наркотиків, а про вживання наркотиків із допомогою вже наповненого шприца хоча б раз протягом останнього місяця, то вже 55% дають ствердну відповідь. Це означає, виключаючи тих, хто не впевнений у своїй відповіді, що відсоток небезпечної поведінки вже становить 44%. Усі решта, згідно з формулюванням запитання, не бачили, як наповнювався шприц, а отримали його вже наповненим.

Національний показник становить 83,8%. Проте, якщо запитати не про останній випадок уживання наркотиків, а про регулярність вживання стерильного інструментарію протягом останнього місяця, то вже тільки 80,4% опитаних кажуть, що жодного разу не вживали спільний інструментарій (табл. 4.2.3.1).

Стосовно регулярності уживання спільного інструментарію протягом останнього місяця отримано такі дані:

Таблиця 4.2.3.2. Регулярність використання спільного інструментарію протягом останнього місяця за статтю, відсотки

	Завжди	Більш ніж у половині випадків	Приблизно в половині випадків	Менш ніж у половині випадків	Ніколи	Не знаю
До 1 року	1,7	2,3	1,1	4,5	90,3	0,0
1–3	2,0	3,0	5,6	7,8	80,7	0,8
4–10	1,9	3,4	4,0	9,1	80,4	1,1
Більше 10 років	1,2	4,6	5,6	8,8	78,6	1,2
Разом	1,8	3,6	4,8	8,4	80,4	1,0

Дані показують, що певна невелика частина тих, хто вказав, що не використовував спільного інструментарію під час останньої ін'єкції (близько 4%), робить так не завжди.

Жінки показують таку тенденцію частіше, ніж чоловіки, старші респонденти частіше, ніж молодші, проте відмінності не є великими. Найбільш помітні відмінності спостерігаються за стажем споживання наркотиків: ті, хто має стаж понад 10 років, практикують хоча б іноді ін'єкції зі спільним інструментарієм у 20% випадків, а ті, хто менше року, – у 10%.

Тих респондентів, які хоч іноді використовували спільний інструментарій протягом останнього місяця (753 респонденти), питали, чи дезінфікували вони шприц перед ін'єкцією і якщо так, то як часто. Відповіді розподілилися таким чином:

Таблиця 4.2.3.3. Регулярність дезінфікування використання спільного інструментарію протягом останнього місяця за статтю (N=753), відсотки

	Завжди	Більш ніж у половині випадків	Приблизно в половині випадків	Менш ніж у половині випадків	Ніколи	Не знаю
Чоловіки (N=519)	36,4	16,2	12,1	15,6	15,4	4,3
Жінки (N=234)	45,0	16,7	10,8	12,6	13,5	1,4
Разом	39,2	16,4	11,7	14,6	14,8	3,4

Дані показують, що, хоча жінки й вирізняються дещо частішим використанням спільних шприців або голок, ніж чоловіки, серед них є більше таких, що завжди дезінфікують шприц перед ін'єкцією.

Цих респондентів питали також, з ким вони робили спільні ін'єкції. Відповіді розподілилися наступним чином:

Таблиця 4.2.3.4. Партнери, з якими використовували спільний інструментарій протягом останнього місяця (N=753) , відсотки

	Так	Ні	Немає відповіді	Разом
Вашим постійним сексуальним партнером	34,2	57,1	8,7	100
Непостійним сексуальним партнером	5,7	84,9	9,5	100
Випадковим сексуальним партнером	5,3	85,0	9,7	100
Малознайомою особою, яка не була Вашим сексуальним партнером	9,5	80,1	10,5	100
Другом/подругою, знайомим/знайомою	59,7	36,2	4,1	100
Дилером (наркоторговцем)	2,7	91,3	6,0	100
Дружиною/чоловіком	8,1	83,3	8,6	100

Найчастіше спільні ін'єкції роблять з добре знайомими людьми, причому з друзями – у два рази частіше, ніж з постійними сексуальними партнерами (окрім членів подружніх пар). Малознайомі СІН частіше виступають партнерами для спільних ін'єкцій, ніж нерегулярні сексуальні партнери та наркодилери.

Хоча малознайомі партнери усіх типів рідше виступають у ролі напарників при проведенні спільних ін'єкцій, ніж знайомі, чисельність групи малознайомих СІН, яким разом робили ін'єкцію, може бути більшою. Проведений дисперсійний аналіз підтвердив існування такої закономірності.

Таблиця 4.2.3.5. Середня кількість партнерів, з якими використовували спільний інструментарій протягом останнього місяця за категорією партнерів (N=753)⁹, середні та показники кореляції

	Середнє	F-статистика	ϵ^2
Вашим постійним сексуальним партнером	1,9	4,8	0,008 *
Непостійним сексуальним партнером	4,2	33,6	0,054 **
Випадковим сексуальним партнером	4,6	45,0	0,071 **
Малознайомою особою, яка не була Вашим сексуальним партнером	4,4	68,4	0,105 **
Другом/подругою, знайомим/знайомою	2,6	21,4	0,033 **
Дилером (наркоторговцем)	5,1	28,6	0,046 **
Дружиною/чоловіком	1,6	5	0,009 *

ϵ^2 – показник статистичної кореляції між номінальною (типи партнерів) та метричною (розмір групи) змінними. Ближчий до «1» ϵ^2 та високе значення F-статистики вказують на те, що зв'язок існує: середні значимо відрізняються між групами (типами партнерів).

Аналіз засвідчив, що власне ті СІН, які відзначили, що вживали наркотик спільно з малознайомими людьми, вказали більшу кількість осіб, з якими вони спільно вживали наркотик протягом останніх 30 днів. Це означає, що з малознайомими партнерами ін'єкції роблять у більших групах, ніж з добре знайомими партнерами для ін'єкцій; або тим, хто не має близького партнера для ін'єкцій, притаманно зустрічатися частіше з різними категоріями малознайомих партнерів. Особливо високий коефіцієнт кореляції при значенні «Малознайома особа, яка не була Вашим сексуальним партнером» вказує на те, що саме групи з ледь знайомих СІН бувають більшими від усіх інших.

Аналіз також показав, що спільні ін'єкційні сесії з більшою кількістю партнерів проводять ті, хто отримав платні сексуальні послуги протягом останніх 90 днів, – 4,1 партнера в середньому, та ті, хто зустрічався з випадковими сексуальними партнерами, – 2,8. Сімейний стан також має певний, хоча й невеликий вплив на кількість партнерів, з якими робили ін'єкції: середня кількість – 2,6 ін'єкційного партнера серед самотніх респондентів проти 1,95 – серед одружених. Стать, вік та освіта помітного впливу на кількість партнерів для ін'єкцій не мають.

Респондентів також запитували про регулярність використання спільного посуду для приготування наркотику. Нижче (табл. 4.2.3.6) наведено спільний розподіл двох змінних – спільного використання шприців та посуду.

⁹ Питання звучало таким чином: «Назвіть приблизну кількість інших споживачів ін'єкційних наркотиків, з якими Ви разом використовували шприц для ін'єкцій впродовж останніх 30 днів».

Таблиця 4.2.3.6. Регулярність використання спільного посуду та використання спільного інструментарію протягом останнього місяця, відсотки

	Завжди	Більше ніж у половині випадків	Приблизно в половині випадків	Менш ніж у половині випадків	Ніколи	Не знаю
Голки, шприца	1,8	3,6	4,8	8,4	80,4	1,0
Посуду	30,1	8,0	9,1	9,9	41,5	1,4

З розподілу добре видно, що навіть якщо більшість використовує індивідуальний інструментарій, то тільки в половину менше респондентів також ніколи не набирає наркотик зі спільного посуду. Для 30% СІН набирання наркотику з посуду, де він готувався, разом з іншими учасниками сесії, є постійною практикою.

Окрім показника вживання стерильного інструментарію, вживається також показник «Частка СІН, які почали дотримуватися поведінки, що знижує ризик передачі ВІЛ». У дослідженні 2008 року це показник становить 48,5%, що майже вповоловину менше, ніж перший. Нижче наведений порівняльний розподіл обох показників за демографічними групами.

Таблиця 4.2.3.7. Національні показники безпечної поведінки

при уживанні наркотиків: вживання стерильного інструментарію під час останньої ін'єкції (1) та вживання стерильного інструментарію під час останньої ін'єкції та презерватива під час останнього статевого акту (2), відсотки

		(1)	(2)
Стать	Чоловіча	85,1	49,7
	Жіноча	80,2	45,5
Вік	16–19	90,2	64,9
	20–24	89,4	54,3
	25–34	81,9	48,4
	35+	82,6	43,8
Стаж вживання наркотиків	До 1 року	91,5	51,7
	1–3	84,2	49,6
	4–10	84,3	49,4
	Більше 10 років	81,3	45,5
Усі СІН		83,8	48,5

Частка безпечної поведінки серед жінок є трохи меншою, ніж серед чоловіків. З віком другий показник стрімко падає, що можна пояснити тим, що серед старших СІН є більше одружених, які відносно рідко вживають презерватив при сексуальному контакті з чоловіками/дружинами. Зі збільшенням стажу показник зменшується, але в порівнянні з віком, не дуже істотно.

У розрізі обласних центрів вищими показниками безпечної поведінки вирізняються Херсон та Черкаси (54,9 та 49,3% відповідно), а Кіровоград (16,3%), Харків (26,3%) та Дніпропетровськ (30,8%) – низькими.

Зазначимо також, що отримані дані за Національним показником «Відсоток СІН, які почали дотримуватися поведінки, що знижує ризик передачі ВІЛ (ті, що використовують стерильні ін'єкційні матеріали та презервативи)» є лише на 1,5% нижчими, ніж прогнозовані 50%¹⁰.

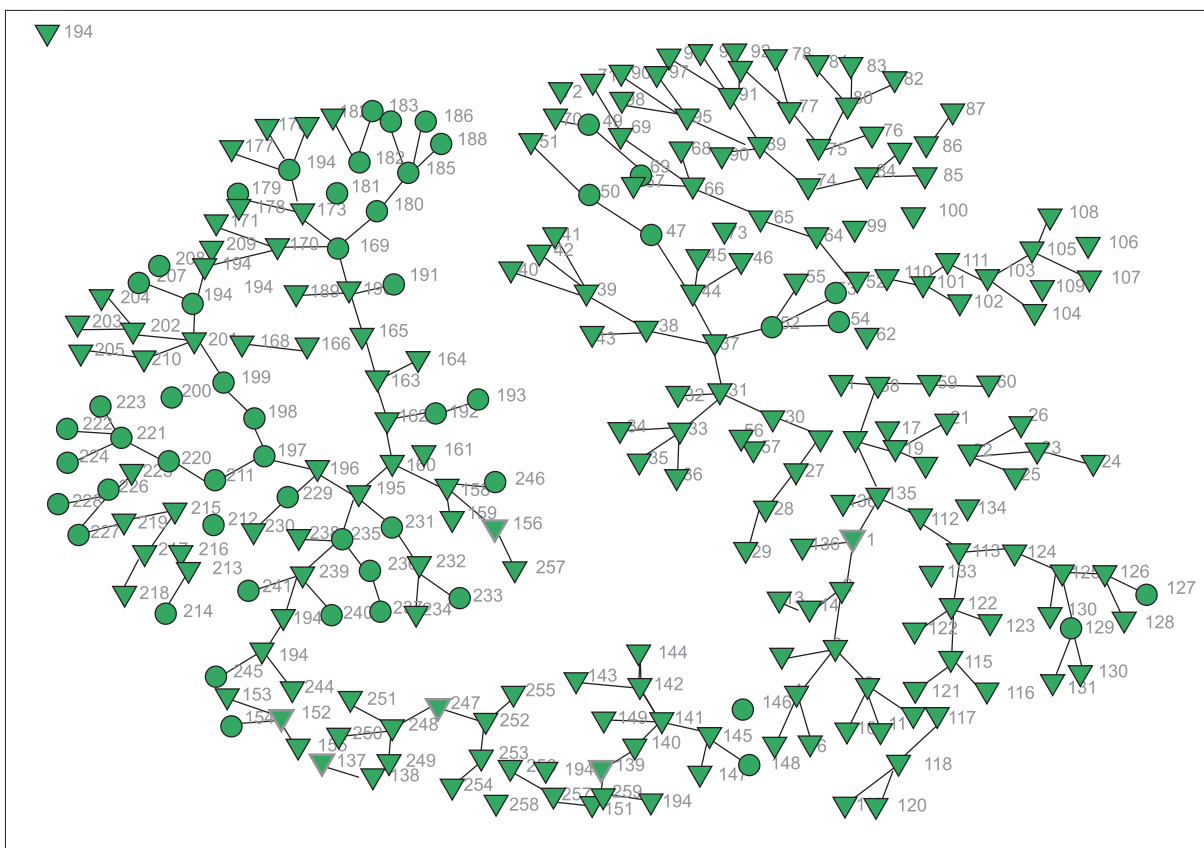
4.3. Рівень інфікування ВІЛ та фактори ризику інфікування ВІЛ

4.3.1. Відсоток ВІЛ-інфікованих СІН, за результатами зв'язаного дослідження

Основним показником зв'язаного дослідження у моніторингу поведінки СІН є відсоток респондентів, які за результатами аналізу отримали підтверджений ВІЛ-статус. У дослідженні 2008 року 99,5% (3694 з 3711) опитаних пройшли тестування на ВІЛ; у 34,3% аналізів було виявлено ВІЛ за незваженим масивом. Якщо зважувати масив за ознакою віку, то показник ВІЛ-інфікованості знижується до 32,8%, а якщо за ознакою ВІЛ-інфікованості, то до 32,1%. У подальшому подаються результати, зважені за рівнем ВІЛ-інфікованості.

Показник інфікованості ВІЛ показує надзвичайно велику варіацію між містами України: від 80% у Миколаєві до 8% у Луганську. Високий показник інфікованості та обізнаності серед СІН Миколаєва, може говорити про те, що мережа СІН у Миколаєві є досить щільно організованою навколо НУО, куди, ймовірно, звертаються СІН вже заражені, або про те, що охоплення СІН є там дійсно значним і відображає реальну картину епідемії. Там усі 6 первинних респондентів були інфіковані, проте один з них не знав про свій ВІЛ-статус, а інший не захотів повідомити про свій статус; у Сімферополі (65,5% інфікованих) троє СІН були заражені, один – ні (але його ланцюжок включав тільки 6 респондентів). Нижче подано ілюстрацію мережі у Миколаєві (рис. 4.3.1.1), яка показує, що мережа СІН № 1 дійсно складається майже виключно з інфікованих СІН, проте мережа рекрутера № 156 (того самого, що не повідомив про результати свого попереднього тестування) включає рівною мірою і неінфікованих респондентів, які, у свою чергу, у пізніших хвилях рекрутували інфікованих.

Рис. 4.3.1.1. Мережа рекрутингу у Миколаєві, червоним зазначено первинних респондентів, трикутниками – усіх, хто мав позитивний статус у зв'язаному дослідженні, колами – тих, хто мав негативний.



ВІЛ – показник гомофільії за ознакою ВІЛ-інфікування у Миколаєві становить 0, показник гомофільії за цією ознакою становив 0,168, що значно менше ніж у Києві (0,273), де було виявлено 30,8% інфікованих та в Сумах, де показник гомофільії становив 0,192 при 9,3% позитивних тестів. Тобто стверджувати про якусь закономірність у залежності між ВІЛ-статусом СІН та відсотком ВІЛ-інфікованих респондентів не можливо.

Показники інших міст Південного регіону, Одеси та Херсона є у два–три рази меншими, ніж у Миколаєві та Херсоні. Серед інших міст відносно високим рівнем поширеності ВІЛ вирізняється Дніпропетровськ – 40%.

Слід зауважити, що в Луганську спостерігається дуже низький рівень безпечної поведінки під час ін'єкцій і низький рівень інфікування, тоді як у Сумах низький рівень інфікування виступає поряд із відносно високим показником безпечності поведінки.

Дані показують, що відсоток ВІЛ–позитивних різко збільшується з віком, причому пороговими значеннями є вік 19 та 24 роки; після цього відсоток вже не збільшується так різко. Серед жінок відсоток зараження на 10,6% вищий, ніж серед чоловіків. Ймовірність інфікування дещо зменшується з підвищенням освіти.

Таблиця 4.3.1.1. Частка ВІЛ–позитивних СІН у різних демографічних групах, відсотки

Стать	Чоловіча	29,1
	Жіноча	39,7
Вік	16–19	3,8
	20–24	16,0
	25–34	35,4
	35+	38,8
Освіта	Початкова	33,2
	Середня	32,8
	Вища	28,1

Якщо розглядати окремо групу СІН, які використовували спільний ін'єкційний інструментарій (557 осіб), то розрив у рівні інфікування між жінками та чоловіками збільшується до 23%: серед жінок цієї категорії більше половини є інфікованими. Проте в максимальній мірі відсоток ВІЛ–інфікованості пов'язаний зі стажем вживання наркотиків: у міру збільшення стажу від 1 року до 10 ймовірність інфікування зростає в 5 разів. Рівень ризикованості сексуальних зв'язків також є дещо пов'язаним з рівнем інфікованості: ті СІН, хто купував сексуальні послуги, мають відсоток ВІЛ–позитивних у 1,5 разу вищий, ніж ті, хто не купував сексуальних послуг. Також є дещо вищим за середній показник інфікованості ВІЛ серед тих, хто надавав сексуальні послуги за плату. Проте показник інфікованості серед тих, хто мав випадкових сексуальних партнерів протягом 3 місяців, був нижчим за середню в популяції.

Таблиця 4.3.1.2. Частка ВІЛ–позитивних СІН у різних групах ризикованої поведінки, відсотки

Вживання спільного інструментарію (N=557)	Чоловіча	33,5
	Жіноча	56,7
Стаж вживання наркотику (N=3711)	До 1 року	11,4
	1–3	16,4
	4–10	31,6
	Більше 10 років	50,3
Наявність сексуальних партнерів протягом 3 місяців (N=3166)	Постійні	31,8
	Випадкові	25,4
	Комерційні (платили за секс)	44,3
	Комерційні (їм платили за секс)	34,3

Подальший аналіз ризикованої поведінки показав, що регулярність дезинфекції ін'єкційного інструментарію, кількість сексуальних партнерів та партнерів для ін'єкцій, регулярність ін'єкцій та сексуальних контактів, цивільний стан та показник обізнаності щодо шляхів передачі ВІЛ не впливають на частоту інфікованості ВІЛ або впливають у непередбаченому напрямі: більш

безпечна поведінка корелює з вищим показником ВІЛ-інфікованості. Можна припустити, що ситуація є такою через те, що у вибірці є респонденти, які знали про свій позитивний ВІЛ-статус ще до проведення дослідження, відповідно, їхня більш обережна поведінка після зараження не може розглядатися як фактор ризику інфікування. Після видалення цієї групи (586 осіб) з аналізу зв'язок між переліченими видами поведінки та ВІЛ-інфікованістю не спостерігався. Можливо, це пояснюється тим, що більш безпечна поведінка є пов'язаною зі стажем споживання наркотиків та статтю, потужними детермінантами ВІЛ-інфікування. Для того, аби перевірити цю гіпотезу та показати диференційований ефект різних факторів на інфікування ВІЛ, при аналізі було об'єднано всі значимі фактори інфікування в одну модель.

4.3.2. Результати логістичної регресії

Метод логістичної регресії оснований на обрахуванні для ряду незалежних змінних, або предикторів, ймовірності того, що певні респонденти потраплять до однієї з двох категорій. Ця ймовірність розраховується тільки в порівнянні з якоюсь групою, значення для якої приймаються за пункт віднесення. Такі групи називаємо референтними та відносимо до них одну групу з кожної змінної, де є більш ніж одна категорія відповіді. Для змінних, де є тільки одна категорія змістовної відповіді (наприклад, стать або наявність статевих контактів протягом року), такою референтною групою виступає та частина популяції, яка не є носієм певного змісту і має значення «0». Наприклад, жінки є референтною групою для чоловіків; ті, хто не мав сексу протягом року, для тих, хто мав і т.п. Коефіцієнти логістичної регресії в нашій моделі являють собою оцінку шансу того, що ми знайдемо представників певної групи (чоловіків) серед тих, хто є ВІЛ-інфікованим згідно з даними нашого зв'язаного дослідження. Допоміжною оцінкою якості моделі є так званий псевдо-R², який показує відсоток варіації, поясненої за допомогою нашого пакета незалежних змінних (предикторів). Проте цей показник є відносним; більш важливим показником є значимість моделі: усі моделі, наведені нижче, є статистично значимими.

Специфіка інтерпретації результатів логістичної регресії закладає необхідність кодування усіх змінних, включаючи метричні, як біноміальні (ті, що мають два значення, наприклад, «1» та «0»). Отже, нижче представлено моделі логістичної регресії, де залежною змінною є дані про результати тестування на ВІЛ: «1» – позитивний, «0» – негативний.

У нашому дослідженні ми використовуємо логістичні моделі для того, щоб перевірити гіпотези про чинники інфікування ВІЛ, які ми сформуваємо у методологічному вступі, а саме:

- Ймовірність інфікуватися ВІЛ залежить від небезпечних практик: вживання нестерильного інструментарію, незахищеного сексу.
- Ймовірність інфікуватися ВІЛ залежить від тривалості та обсягу небезпечних практик: стажу вживання ін'єкційних наркотиків, регулярності вживання нестерильного інструментарію, кількості партнерів для незахищеного сексу та ін'єкцій, регулярність небезпечних сексуальних стосунків.
- Частка ВІЛ-позитивних може бути більшою серед жінок через певні фізіологічні та соціальні фактори.
- ВІЛ-інфікуванню сприяє вживання наркотиків у поєднанні з алкоголем.
- Частка ВІЛ-позитивних може бути більшою серед студентів та учнів через ймовірно високу соціабельність цієї групи (проживання в гуртожитках).

Для перевірки цих гіпотез ми вже вживали кореляційні (перехресні) таблиці. Проте на відміну від такого типу аналізу логістична регресія показує вплив кожного з предикторів із врахуванням взаємного впливу всіх незалежних змінних. Так, за видимим зв'язком між, наприклад, частотою ін'єкцій та ВІЛ-інфікуванням може стояти вплив загального стажу ін'єкцій, який позитивно корелює з частотою ін'єкцій. Відповідно, ми отримуємо коефіцієнти вже з поправкою на цю кореляцію. Коефіцієнти, представлені у табл. 4.3.2.1., так звані Exp (B), є вищими від «1», коли вони показують шанс для певної категорії потрапити до ВІЛ-інфікованих вищий, ніж у референтної групи; а коефіцієнти нижчі від «1» – коли ці шанси нижчі.

Логістичній регресії, як і всім іншим регресійним моделям, притаманне певне обмеження, так звана мультиколінеарність: незалежні змінні (предиктори) не можна включати до рівняння, якщо парна кореляція (Пірсона) між ними сягає 0,5. Саме тому, у моделях, наведених нижче, бракує змінних «вік» та «вік початку ін'єкційних практик»: їх кореляція зі стажем вживання наркотичних речовин є досить високою. Стаж є важливим показником ризику ВІЛ-інфікування, тому саме він представлений у моделях.

Нижче представлено кілька логістичних моделей, котрі вирізняються визначенням популяції, яка слугувала базою для моделювання. Перша модель («загальна») бере до уваги всіх респондентів, які пройшли аналіз крові на ВІЛ та відповіли на запитання стосовно загальних факторів ризику: регулярності ін'єкцій, вживання нестерильного інструментарію та посуду, вживання алкоголю та досвіду сексуальних стосунків. Друга («скорочена»), третя («статевий шлях») та четверта («випадкові зв'язки») моделі обмежують досліджувану популяцію тільки тими респондентами, які отримали ВІЛ-позитивний статус тільки під час дослідження, та тих, що мають негативні результати тестування. Логіка полягає в тому, що інші респонденти вже знали про свій ВІЛ-статус, та, відповідно могли змінити поведінку на більш обережну після того, як дізналися про цей факт. Відтак використання презервативів не може слугувати фактором, який зменшує ризик зараження самого респондента.

Отже, друга модель відрізняється від першої тільки розміром вибірки, але не набором змінних-предикторів. Третя модель є додатково обмеженою тими респондентами, хто мав досвід сексуальних стосунків протягом минулого року. Вона дала змогу перевірити вплив деяких характеристик сексуальних практик – використання презерватива, кількості сексуальних партнерів, типу сексуальних контактів – на ВІЛ-інфікування. Четверту модель було додатково обмежено тими респондентами, хто протягом трьох минулих місяців мав сексуальні контакти з випадковими партнерами, що надало можливість перевірити вплив регулярності використання презервативів, кількості партнерів та регулярності контактів у групі тих, хто практикує небезпечний секс. Групи СІН, що практикують ін'єкції спільним інструментарієм, або ті, хто практикує комерційний секс, виявилися занадто малими, аби отримати статистично значиму модель впливу таких змінних, як регулярність дезинфекції інструментарію, використання презерватива та регулярності контактів. Отже, деякі гіпотези можна перевірити тільки на зменшених групах, що іноді призводить до зменшення коефіцієнтів.

Таблиця 4.3.2.1. Предиктори ймовірності зараження ВІЛ, коефіцієнти логістичної регресії (exp(B))

	Модель I (загальна) (N=3552)	Модель II (скорочена) (N=2977)	Модель III (статевий шлях) (N=2546)	Модель IV (випадкові зв'язки) (N=800)
Стаж споживання ін'єкційних наркотиків				
1. До 1 року	Референтна група			
2. 1–3 роки	1,53	1,93**	1,61	1,3
3. 3 роки 3 місяці – 10 років	3,64***	3,76***	3,13***	3,14**
4. Більше 10 років	8,05***	5,80***	4,56***	3,97**
Стать(чоловіки – «1», жінки – «0»)	0,48***	0,50***	0,46***	0,43***
Освіта				
1. Початкова (9 класів та менше)	1,19*	1,17	1,18	1,98***
2. Середня та незакінчена вища	Референтна група			
3. Закінчена вища	0,87	0,87	0,93	1,15
Рід зайняття:				
Студенти та учні – «1», усі решта – «0»	0,31***	0,36**	0,30***	0,71
Показник обізнаності щодо шляхів передачі ВІЛ				
Вірні відповіді – «1», невірні – «0»	1,25***	0,97	1,03	1,41*
Вживання алкоголю разом з наркотиками протягом місяця				
Вживали – «1», не вживали – «0»	1,17	1,32*	1,48**	1,83**
Частота вживання наркотиків протягом місяця за категоризованою шкалою				
1–3 на місяць	1,91***	1,67***	1,51**	1,13
1–3 рази на тиждень	1,29**	1,31	1,00	0,72
4–7 разів на тиждень	1,16	1,01	0,91	0,74
Кілька разів на день	Референтна група			

Вживання спільних голок або шприців протягом місяця за категоризованою шкалою				
Завжди	1,12	0,41*	0,42*	1,68
Інколи (у 50% випадків, менше або більше 50%)	1,22**	1,10	1,10	1,63*
Ніколи	Референтна група			
Вживання спільного посуду для ін'єкцій протягом місяця за категоризованою шкалою				
Завжди	1,29***	1,31**	1,47***	1,60*
Інколи (у 50% випадків, менше або більше 50%)	1,10	1,28**	1,38**	1,37
Ніколи	Референтна група			
Чи вступали в сексуальні стосунки протягом року				
«Так» – «1», «ні» – «0»	0,71***	1,06	---	---
Типи сексуальних партнерів: комерційні				
Ті, хто платив комерційним партнерам	---	---	2,12***	---
Ті, хто отримував гроші за секс	---	---	0,79	---
Кількість сексуальних партнерів усіх типів протягом 3-х місяців				
Один сексуальний партнер	Референтна група			
2-3 партнери	---	---	1,00	---
Більше 3 партнерів	---	---	0,97	---
Використання презерватива при останньому сексуальному контакті з будь-яким типом партнера				
«Так» – «1», «ні» – «0»	---	---	1,97***	---
Використання презерватива при останньому сексуальному контакті з випадковим партнером				
«Так» – «1», «ні» – «0»	---	---	---	1,7
Регулярність використання презерватива при контактах з випадковим партнером протягом року				
Завжди	---	---	---	1,92**
Інколи (у 50% випадків, менше або більше 50%)	Референтна група			
Ніколи	---	---	---	1,02
Кількість випадкових партнерів за 3 місяці				
1 партнер	Референтна група			
2-3 партнери	---	---	---	0,80
Більше 3 партнерів	---	---	---	1,00
Кількість контактів з випадковими партнерами за місяць				
Раз у місяць	Референтна група			
2-7 у місяць	---	---	---	1,38
Більше 7 разів за місяць	---	---	---	0,85
Intercept	-1,74	-2,344	-2,443	-3,177
Псевдо-R2 : Cox and Snell	0,113	0,057	0,077	0,098
Псевдо-R2 : Nagelkerke	0,158	0,089	0,120	0,161

Level of significance: *: < 0,1, **: < 0,05, ***: < 0,01.

Отже, всі чотири моделі показують надзвичайно сильний вплив стажу на ймовірність заразитися ВІЛ – фактор наявності стажу більш ніж три роки є найсильнішим предиктором ВІЛ-інфікування. За оцінкою першої моделі наявність 3–10-річного стажу збільшує ймовірність інфікування у 3,6 рази в порівнянні з тими, у кого досвід менше року, а наявність 10-річного стажу збільшує цю ймовірність у 8 разів. Щоправда, сила цього впливу зменшується у моделях II–IV, хоч і залишається значною. Зменшення коефіцієнта в моделі II пояснюється тим, що ВІЛ-інфікованих, які довідалися про свій стан до проведення дослідження, було виключено з вибірки, а половину цієї популяції становили СІН із 10-річним стажем. Вплив освіти простежується в першій, а надто

– в четвертій моделі: наявність початкової освіти збільшує ймовірність ВІЛ-інфікування майже у два рази в порівнянні з СІН із середньою освітою. З якихось причин цей вплив є відчутним саме в підвбірці респондентів з ризикованою сексуальною поведінкою.

Гіпотеза про більшу ймовірність зараження серед студентів не тільки не підтвердилась, але й справдилась протилежна теза – ймовірність знайти студента серед ВІЛ-інфікованих на 30% менша, ніж серед СІН інших категорій – працюючих або непрацюючих. Вочевидь отримання освіти, вище 9 класів має стримуюче значення для ВІЛ-інфікування. Проте вплив обізнаності про шляхи передачі ВІЛ на рівень інфікованості не є очевидним. Він є значущим тільки в першій моделі, причому правильні відповіді на запитання національного індикатора знання підвищують ймовірність зараження. Це може бути пов'язане з тим, що вже заражені СІН усвідомлюють рівень небезпечності різних шляхів завдяки контактам з НУО та медичними установами. Дійсно, коли раніше інфікованих ВІЛ виключили з вибірки (модель II), коефіцієнт знизився до незначущого.

Що стосується сексуального життя взагалі, то його досвід не має очевидної інтерпретації. Наявність сексуального досвіду протягом минулого року навіть зменшує ймовірність інфікування. Наявність партнерів, які надавали сексуальні послуги за плату (переважно, у чоловіків-СІН), збільшує ймовірність інфікування у два рази в порівнянні з тими, хто не практикував такої поведінки. Проте наявність партнера, який платив за секс (переважно, у жінок-СІН), не має жодного впливу на ймовірність зараження.

Гіпотеза про провокуючий вплив поєднання алкоголю з наркотиками на рівень інфікованості справджується найпомітніше у групах СІН з досвідом сексуальних контактів та небезпечного сексу зокрема – у цій моделі поєднання алкоголю з наркотиками підвищує ймовірність інфікування у 1,8 разу. Можна говорити про формування певного стилю поведінки, де фактори ризику зараження підсилюють один одного – алкоголь, наркотики та безконтрольна сексуальна поведінка.

Вживання спільного посуду для приготування наркотику становить значний предиктор зараження: ті, хто завжди вживав спільний посуд впродовж останнього місяця, мають на 29–60% більший шанс бути ВІЛ-інфікованим, ніж ті, хто його не вживав жодного разу. У вибірках, з яких вилучено ВІЛ-інфікованих з раніше встановленим статусом, ймовірність бути зараженим є більшою на 28–38% також і для тих, хто вживав часом стерильний, а часом спільний посуд, у порівнянні з тими, хто не вживав спільний посуд жодного разу.

Інтерпретація позосталих значимих коефіцієнтів становить певну проблему: виявилось, що частота ін'єкцій, використання інструментарію та презервативів з випадковим партнером показують вплив, протилежний тому, який очікувався. Це означає, що СІН, які роблять ін'єкції 1–3 рази на місяць, вживають хоча б інколи стерильний інструментарій та використовували презерватив під час останнього контакту з будь-яким, а також зокрема з випадковим партнером, мають більший шанс заразитися ВІЛ, ніж ті, що роблять ін'єкції кілька разів на день, завжди вживають стерильний інструментарій, та не використовували презервативів під час останнього сексуального контакту. Можливі два способи пояснення такої ситуації. Перший – це нещирість відповідей респондентів, які практикують особливо небезпечну поведінку, яка й призвела до зараження ВІЛ. Проте таке припущення означає, що і ті СІН, які практикують ризиковану поведінку, але не є зараженими, мали бути б теж нещирими; і тоді не існувало б жодної кореляції. Друге припущення полягає в тому, що інфіковані респонденти, які не знали про факт свого зараження перед проведенням дослідження, провадили дуже небезпечний спосіб життя в недавньому минулому, але якийсь час тому (рік або більше), його змінили. Причому таку зміну в поведінці не можна тісно пов'язувати зі стажем, адже не простежується зв'язку між безпечною поведінкою та стажем, а частота ін'єкцій зі стажем навіть зростає. Під впливом погіршення стану здоров'я або профілактичних програм вони дійсно стали провадити віднедавна більш безпечне життя, але виявилось вже запізно – вони вже інфікувалися.

Що стосується кількості сексуальних партнерів, зокрема випадкових та вживання презервативу, треба пригадати відмінність у поведінці між «копіатниками» та «стимуляторниками». Попри той факт, що стимуляторники мають більше партнерів до сексу та ін'єкцій, в них показник зараження ВІЛ нижчий. Отже, відсутність впливу кількості партнерів та неочікуваний напрямок впливу використання презервативів, можливо, пояснюється присутністю «стимуляторників» у вибірці.

Відмінності між чоловіками та жінками СІН у рівні ВІЛ-інфікування, а також багатьох інших показників поведінки, наштовхує на думку про те, що чинники інфікування можуть відрізнятися за статтю. Нижче (табл. 4.3.2.2.) наведено моделі I та III з розбивкою за статтю.

Таблиця 4.3.2.2. Предиктори ймовірності зараження ВІЛ, коефіцієнти логістичної регресії (exp(B), загальна вибірка, чоловіки та жінки (модель I)

	Модель I (загальна) (N=3552)	Модель I, чоловіки (N=2551)	Модель I, жінки (N=1001)
Стаж споживання ін'єкційних наркотиків			
1. До 1 року	Референтна група		
2. 1–3 роки	1,53	3,10**	1,01
3. 3 роки 3 місяці – 10 років	3,64***	8,31***	1,93**
4. Більше 10 років	8,05***	18,55***	3,66***
Стать(чоловіки – «1», жінки – «0»)	0,48***	---	---
Освіта			
1. Початкова (9 класів та менше)	1,19*	1,33**	0,87
2. Середня та незакінчена вища	Референтна група		
3. Закінчена вища	0,87	0,94	0,69*
Рід заняття:			
Студенти та учні – «1», усі решта – «0»	0,31***	0,20**	0,43*
Показник обізнаності з шляхів передачі ВІЛ			
Вірні відповіді – «1», невірні – «0»	1,25***	1,35**	1,08
Вживання алкоголю разом з наркотиками протягом місяця			
Вживали – «1», не вживали – «0»	1,17	1,23	0,88
Частота вживання наркотиків протягом місяця за категоризованою шкалою			
1–3 на місяць	1,91***	2,41***	1,05
1–3 рази на тиждень	1,29**	1,53***	0,78
4–7 разів на тиждень	1,16	1,43***	0,59**
Кілька разів на день	Референтна група		
Вживання спільних голів або шприців протягом місяця за категоризованою шкалою			
Завжди	1,12	1,02	0,99
Інколи (у 50% випадків, менше або більше 50%)	1,22**	1,12	1,57**
Ніколи	Референтна група		
Вживання спільного посуду для ін'єкцій протягом місяця за категоризованою шкалою			
Завжди	1,29***	1,17	1,68***
Інколи (у 50% випадків, менше або більше 50%)	1,10	1,08	1,07
Ніколи	Референтна група		
Чи вступали в сексуальні стосунки протягом року			
«Так» – «1», «ні» – «0»	0,71***	0,72**	0,68*
Intercept	-1,74	-3,442	-0,575
Псевдо-R2 : Cox and Snell	0,113	0,115	0,118
Псевдо-R2 : Nagelkerke	0,158	0,163	0,159

Level of significance: *: < 0,1, **: < 005, ***: < 0,01.

Таблиця 4.3.2.2. показує набагато більше значення, яке стаж має для зараження чоловіків-СІН, ніж для зараження жінок-СІН: ймовірність інфікування у групі чоловіків-СІН зі стажем більш ніж 10 років, аж у 18,5 разів вищій, ніж у групі зі стажем до 1 року. При цьому відсоток чоловіків-СІН у групі з найменшим стажем становить 5%, а відсоток жінок-СІН – 17,5%. У найстаршій за стажем групі чоловіків відсоток ВІЛ-позитивних становить 26%, а жінок – 44%. Це означає, що жінки-СІН інфікуються набагато швидше, ніж чоловіки, тому для них стаж грає значно меншу

роль, адже значно більша їх частка інфікується протягом перших років ін'єкційних практик.

Серед інших чинників, які відрізняють модель для чоловіків від моделі для жінок, треба відзначити освіту: початкова освіта більше сприяє інфікуванню ВІЛ серед чоловіків, а вища освіта запобігає інфікуванню жінок. Ризик інфікування чоловіків–СІН, які роблять ін'єкції 1–3 рази на місяць у 2,4 разу більший, ніж у чоловіків, які їх роблять кілька разів на день. Більш ретельний аналіз (зміна референтної групи) показав, що насправді статистично значимі відмінності існують тільки між цими двома групами. Це може означати, що в групі тих, хто робить ін'єкції досить рідко, є респонденти зі стажем, які можуть контролювати регулярність споживання наркотику, не збільшуючи дозу. Проте ризик інфікування серед них все-таки високий через тривалість ін'єкційних практик.

Для жінок значимими факторами зараження виступають нерегулярне вживання стерильного інструментарію (збільшує ризик зараження на 57%) та постійне вживання спільного посуду (збільшує ризик зараження на 68%); для чоловіків відповідні коефіцієнти є незначимими.

Нижче наведено розбивку за статтю для моделі III, побудованої при виключенні респондентів, які вже знали про свій ВІЛ-статус на момент дослідження, та тих, хто не вступав у статеві стосунки протягом останнього року. Отже, якщо ті СІН, що довідалися про свій ВІЛ-статус іще до даного дослідження, змінили поведінку після цього моменту, то відмінності даних з двох таблиць, 4.3.2.2 та 4.3.2.3, це покажуть.

Таблиця 4.3.2.3. Предиктори ймовірності зараження ВІЛ, коефіцієнти логістичної регресії (exp(B), ті, хто мав сексуальні контакти, без тих, хто вже знав про свій ВІЛ-позитивний статус, чоловіки та жінки (модель III)

	Модель III (статевий шлях) (N=2546)	Модель III, чоловіки, (N=1849)	Модель III, жінки (N=697)
Стаж споживання ін'єкційних наркотиків			
1. До 1 року	Референтна група		
2. 1–3 роки	1,61	2,57*	1,00
3. 3 роки 3 місяці – 10 років	3,13***	5,15***	1,85
4. Більше 10 років	4,56***	6,89***	3,44**
Стать(чоловіки – «1», жінки – «0»)	0,46***	---	---
Освіта			
1. Початкова (9 класів та менше)	1,18	1,25	1,05
2. Середня та незакінчена вища	Референтна група		
3. Закінчена вища	0,93	1,10	0,64*
Рід зайняття:			
Студенти та учні – «1», усі решта – «0»	0,30***	0,23**	0,46
Показник обізнаності з шляхів передачі ВІЛ			
Вірні відповіді – «1», невірні – «0»	1,03	1,04	1,01
Вживання алкоголю разом з наркотиками протягом місяця			
Вживали – «1», не вживали – «0»	1,48**	1,39*	0,51
Частота вживання наркотиків протягом місяця за категоризованою шкалою			
1–3 рази на місяць	1,51**	2,22***	0,59
1–3 рази на тиждень	1,00	1,15	0,78
4–7 разів на тиждень	0,91	1,18	0,46***
Кілька разів на день	Референтна група		
Вживання спільних голів або шприців протягом місяця за категоризованою шкалою			
Завжди	0,42*	0,71	0,06**
Іноколи (у 50% випадків, менше або більше 50%)	1,10	1,01	1,25
Ніколи	Референтна група		

Вживання спільного посуду для ін'єкцій протягом місяця за категоризованою шкалою			
Завжди	1,47***	1,43**	1,77**
Інколи (у 50% випадків, менше або більше 50%)	1,38**	1,45**	1,23
Ніколи	Референтна група		
Типи сексуальних партнерів: комерційні			
Ті, хто платив комерційним партнерам	2,12***	2,48***	0,50
Ті, хто отримував гроші за секс	0,79	1,59	0,56
Кількість сексуальних партнерів усіх типів протягом 3-х місяців			
Один сексуальний партнер	Референтна група		
2-3 партнери	1,00	0,89	0,53*
Більше 3 партнерів	0,97	0,68**	0,95
Використання презерватива при останньому сексуальному контакті з будь-яким типом партнера			
«Так» – «1», «ні» – «0»	1,97***	1,89***	2,40***
Intercept	-2,443	-3,861	-1,604
Псевдо-R ² : Cox and Snell	0,077	0,064	0,120
Псевдо-R ² : Nagelkerke	0,120	0,105	0,173

Level of significance: *: < 0,1, **: < 0,05, ***: < 0,01.

Зменшення бази для моделі спричиняє певне зменшення коефіцієнтів для стажу та обізнаності про шляхи передачі ВІЛ, причини якого вже розглядалися раніше. Розбивка за статтю дала приблизно такі ж самі результати, як і в попередній таблиці. Проте знайдено важливу відмінність: у моделі III фактор використання спільного посуду для чоловіків став статистично значимим – він збільшує ймовірність зараження майже у півтора разу в порівнянні з тим, хто ніколи не набирає наркотик зі спільного посуду, тоді як для жінок він і був значимим. Фактично спільний посуд виступає фактором ризику як для чоловіків, так і для жінок, проте цього не спостерігалося у моделі I, оскільки там були чоловіки, які вже знали про свій ВІЛ-статус. Це означає, що після того, як чоловіки дізналися про свій ВІЛ-позитивний статус, вони свою поведінку змінили, зменшивши використання спільного посуду. У жінок такої зміни ми не спостерігаємо – ті, хто є інфікований ВІЛ і знає про це, ймовірно, продовжують використовувати спільний посуд. Відповідний розподіл даних це підтверджує: серед тих чоловіків, що пройшли тестування та дізналися про свій позитивний статус, постійне використання спільного посуду становить 29% проти 33% серед тих, хто дізнався про свій негативний ВІЛ-статус, тоді як серед жінок відповідні відсотки становлять 44% та 35%. Можливо, це пояснюється пасивною роллю жінки в процесі приготування наркотику: ймовірно, через те, що жінки не готують наркотику, вони отримують свою частку вже з наповненого шприца. Проте, ймовірно, має місце статева специфіка реакції на шокуючу новину про інфікування.

У моделі III з'являються нові змінні, пов'язані із сексуальною поведінкою, які показують значимі коефіцієнти. Зокрема, наявність сексуальних контактів, за які платять, збільшує ризик зараження у 2,5 разу для чоловіків. Проте для жінок-СІН, які надають секс-послуги за плату, такого впливу не спостерігається. Несподіваними є значення коефіцієнтів для використання презерватива під час останнього контакту та кількості партнерів: наявність значної кількості партнерок зменшує ризик зараження ВІЛ для чоловіків, а використання презерватива збільшує ризик зараження для обох статей. Стосовно презерватива можна зазначити, що його використовують для запобігання вагітності, а не тільки для уникнення інфікування ВІЛ чи ІПСШ, і тому спостерігається така кореляція. Це також може означати те, що презервативи використовують ті СІН, які самі практикують найбільш ризиковану поведінку або розцінюють поведінку своїх партнерів як небезпечну, а відтак використовують презервативи. Проте інфікуються вони, ймовірно, не статевим шляхом.

Стосовно впливу кількості партнерів слід ще раз зазначити складний взаємозв'язок різних факторів ризику. Ймовірним поясненням є зменшення сексуальних партнерів унаслідок виснаження фізичних та матеріальних ресурсів у СІН зі стажем. Це може пояснювати менший ризик для чоловіків, які мали більше трьох сексуальних партнерок, та для жінок, що мали 2-3 партнери протягом 3 місяців, у порівнянні з тими, хто мав тільки одного партнера.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛІВ III–IV

- Сексуальні стосунки СІН відзначаються доволі високою часткою контактів з постійними партнерами. Це, зокрема, пояснює відносно невеликий відсоток тих, хто використовував презерватив під час останнього статевого контакту. Доволі часто ці партнери виступають також і партнерами під час ін'єкцій. Проте 22% тих, хто мав постійних партнерів, протягом трьох останніх місяців також вступали й у випадкові сексуальні стосунки, а також невелика частина користувалася послугами або надавала послуги платного сексу.
- Ті СІН, котрі мали контакти з випадковими та комерційними партнерами відносно частіше, ніж інші, вживали алкоголь у поєднанні з наркотиком. Ті з них, хто не використовував презерватив під час останнього контакту, доволі часто мотивували це тим, що були в стані наркотичного сп'яніння.
- Якщо аналізувати в розрізі міст, то презервативи частіше використовують у тих обласних центрах, де переважають старші за віком СІН, одружені, а також уже інковані ВІЛ. У цих самих обласних центрах менше дотримуються стерильних ін'єкцій. Менше використовують презервативи СІН в містах, де переважають серед СІН чоловіки, молодші за віком, неодружені та менш освічені респонденти. Рівень вживання стерильного інструментарію та поширення ВІЛ у таких областях варіюється.
- Використання спільного посуду для приготування ін'єкцій СІН визнавали набагато частіше, ніж використання спільної голки та шприца.
- Близько третини СІН є інфікованими ВІЛ. Стаж ін'єкційних практик є найважливішим фактором ВІЛ-інфікування попри інтенсивність небезпечної сексуальної та ін'єкційної поведінки. Іншими важливими факторами ризику є жіноча стать – жінки-СІН інфікуються набагато частіше та швидше, ніж чоловіки; користування спільним посудом та поєднання алкогольних напоїв з наркотиками. Для жінок значимими чинниками інфікування виступають нерегулярне використання стерильного інструментарію та постійне користування спільним посудом, а для чоловіків – стаж вживання наркотиків.
- Чоловіки зменшують користування спільним посудом після того, як дізнаються про свій ВІЛ-позитивний статус. У жінок такої зміни ми не спостерігаємо – ті, хто є ВІЛ-інфікованим і знає про це, продовжують користуватися спільним посудом.
- Попри той факт, що стимуляторники мають більше партнерів до сексу та ін'єкцій, у них показник інфікування ВІЛ нижчий.
- Вплив обізнаності про шляхи передачі ВІЛ, використання презервативів та стерильних шприців, кількості сексуальних партнерів та регулярності ін'єкцій на ВІЛ-інфікування не підлягає однозначній інтерпретації. Дані в розрізі обласних центрів дещо прояснюють у цій залежності. Тільки в деяких обласних центрах рівень показників ВІЛ-інфікованості відповідає рівню ризикованих практик. Так, у Дніпропетровську відносно високий рівень інфікування відповідає відносно невисокому відсотку тих, хто використовував стерильний інструментарій та тих, хто використовував презервативи, а в Луганську низькому рівню інфікування відповідає високий рівень використання стерильного інструментарію та досить високий – презервативів. У решті областей ці показники мало відповідають один одному. Миколаїв є прикладом найбільших розбіжностей – при найвищому рівні обізнаності про шляхи передачі там зареєстровано найвищий рівень інфікування, при цьому рівень використання стерильного інструментарію – низький, а презервативів – високий. Подібна ситуація спостерігається і в Полтаві. У Кіровограді спостерігається низький рівень ВІЛ-інфікування при ризикованих практиках, у Сумах – при відносно поширеному використанні спільного інструментарію.

Розділ V

КОРИСТУВАННЯ ПОСЛУГАМИ З ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ

■ 5.1. Користування послугами медичних закладів та профілактичних програм

Нижче наведено дані про те, з якою періодичністю СІН зверталися по медичну допомогу.

Таблиця 5.1.1 Звернення до наступних установ протягом останніх трьох місяців за медичними послугами (консультації, обстеження, лабораторні аналізи, лікування, та ін.)

	Чи зверталися Ви до таких установ? (N=3711)			Скільки разів? (Серед тих, хто відповів «Так») (N=2497)		
	Так	Ні	Немає	1 раз	2–3 рази	Більше 3 разів
Поліклініка, фельдшерський пункт або лікарняна амбулаторія/лікувально-профілактична установа	44,6	55,3	0,1	60,8	31,4	7,8
Швидка медична допомога	10,7	89,1	0,1	64,4	31,5	4,1
Спеціалізована лікарня (вказіть спеціалізацію)	7,4	92,3	0,2	57,3	25,5	17,2
Туберкульозний диспансер	8,8	91,1	0,2	69,0	20,5	10,5
Шкірно-венерологічний диспансер	3,5	96,2	0,3	79,6	18,9	1,5
Психіатричний та наркологічний диспансер	10,6	89,3	0,2	64,8	28,2	7,0
Інший диспансер	0,7	98,2	1,1	51,0	26,0	23,0
Центр СНІДу	17,0	83,0	0,0	52,8	28,9	18,3
Жіноча консультація	7,2	92,4	0,5	67,5	25,0	7,5
Кабінет довіри/КП „Довіра”	4,0	95,9	0,0	55,6	33,8	10,6
Пологовий будинок чи відділення	0,2	99,5	0,3	87	13	0,0
Приватна лікарня	1,0	99,0	0,0	82,3	16,4	1,2
Приватна поліклініка	1,0	98,8	0,1	87,5	10,6	1,8
Приватна лабораторія	1,7	98,3	0,0	73,3	26,7	0,0
Неурядові організації	1,7	98,2	0,1	58,6	23,7	17,7
Знайомий або „рекомендований” медичний працівник	2,7	97,2	0,1	75,6	21,3	3,1
Інше	0,5	0,0	99,5	53,7	46,3	0,0
Відсоток тих, хто звертався по будь-яку допомогу				67,3		
Відсоток тих, хто жодного разу не звертався по допомогу				32,7		

Перш за все слід відзначити, що частіше за все СІН звертаються до поліклінік та фельдшерських пунктів (44,6%). В усіх інших випадках звернення до інших установ з метою отримання медичної допомоги не перевищує 10%. Виняток можуть становити Центри СНІДу, до них звертаються 17% опитаних. Також серед зазначених установ можна виділити такі, як швидка медична допомога

та психіатричні і наркологічні диспансери. Серед опитаних до цих установ звертаються 10,7% та 10,6 % відповідно. Слід додатково зазначити, що подані відсоткові розподіли розраховуються окремо для кожного закладу, виходячи з 100%.

Іншим аспектом звернення до перелічених установ за медичними послугами є частота цих звернень. Здебільшого споживачі ін'єкційних наркотиків зверталися до цих установ протягом останніх трьох місяців 1 раз. Частіше за все 1 раз зверталися до приватних поліклінік (82,3%) та лікарень (87,5%). Це є цілком прогнозованим, оскільки відвідування таких закладів є досить дорогим (ціна візиту може перевищувати 1000 грн.). Можливо, саме тому до цих закладів звертається тільки 1% респондентів.

Заклади, які респонденти позначали частіше за все у відповідях на попереднє запитання (поліклініка, Центр СНІДу, швидка медична допомога), переважна кількість респондентів також відвідала 1 раз за останні 3 місяці. Показник становить 60,8%, 52,8% та 64,4% відповідно. Загалом, якщо підсумувати, загальна кількість звернень респондентів за медичною допомогою протягом останніх трьох місяців рідко коли перевищує 3 рази. В основному кількість тих, хто звертається до установ більше трьох разів, не перевищує 10% для кожної установи. Проте до інших диспансерів, до центрів СНІДу та неурядових організацій досить часто зверталися більше 3 разів (23,0%, 18,3% та 17,7% відповідно).

Підсумовуючи, можна сказати, що кількість респондентів, які зверталися по будь-яку допомогу протягом останніх трьох місяців становить 67,3% від загальної вибірки. Враховуються респонденти, які зверталися хоча б раз до будь-якої із зазначених установ протягом останніх трьох місяців.

До попередніх даних можна додати більш розгорнуті, які стосуються регулярності звернення респондентів по будь-яку медичну допомогу протягом останніх 12 місяців.

Таблиця 5.1.2 «Як часто протягом останніх 12 місяців Ви звертались по будь-яку медичну допомогу?», відсотки

1 раз на рік	28,9
2 рази на рік / 1 раз на півроку	18,2
3–4 рази на рік / 1 раз на квартал	14,9
5–12 разів на рік / кожного місяця	6,9
Щотижня	0,4
1 раз на 2 тижні	0,5
2 рази на тиждень	0,3%
Жодного разу	29,9%
	100

З наведених даних видно, що переважна більшість респондентів або не звертається по медичну допомогу взагалі (29,9%), або звертається не більше одного разу на рік (28,9%). Зі збільшенням кількості звернень зменшується кількість респондентів, які потрапляють у зазначені групи. Також цікавою є вікова структура тих, хто звертається по медичну допомогу. Якщо кількість тих, хто звертається по медичні послуги один раз на рік, є приблизно однаковою для всіх вікових груп (близько 29%), то кількість звернень збільшується з віком. Відсоток тих, хто звертався по медичні послуги 3–4 рази на рік, серед осіб у віці до 24 років становить 10,3%, для 25–34 років – 16,2%, а для осіб у віці понад 35 – 16,1%. Ця тенденція спостерігається і для 5–12 звернень на рік. Відповідні показники становлять 3,4%, 7,4% та 8,4%.

Різні підходи практикуються в питаннях оплати за медичні послуги. Відсотки випадків, коли респондентам доводилося сплачувати за медичні послуги, ілюструє табл. 5.1.3.

Таблиця 5.1.3. «Як часто Вам доводилося сплачувати за медичні послуги?», відсотки

Жодного разу не сплачував/ла (у 0% випадків)	46,9
Іноді сплачував/ла (у 25% випадків)	18,9
У половині випадків (у 50% випадків)	9,9
У більшості випадків (у 75% випадків)	5,3
Кожного разу сплачував/ла (у 100% випадків)	12,7
	100

Наведені дані свідчать, що майже половина (46,9%) респондентів жодного разу не сплачувала за надані медичні послуги. Досить істотній частині респондентів (18,9%) у певних випадках доводилося сплачувати за медичні послуги. Також досить значною є кількість респондентів, яким доводиться постійно сплачувати за медичні послуги, їх частка становить 12,7%.

Дані показують, що протягом останніх 12 місяців 34,4% СІН проходили діагностику інфекцій, що передаються статевим шляхом. Серед цієї групи респондентів діагностику ІПСШ пройшло більше жінок–СІН (41,8%), ніж чоловіків (31,4%). Найчастіше діагностику проходили респонденти, вік яких перевищує 35 років, їх частка становить 38,5%. Найменше діагностику проходили респонденти молодшого віку (до 19 років), їх частка – 16,7%.

Таблиця 5.1.4 Частка СІН, що проходили діагностику ІПСШ протягом останніх 12 місяців, відсотки

Стать	Чоловіча	31,4
	Жіноча	41,8
Вік	16–19	16,7
	20–24	26,8
	25–34	35,5
	35+	38,4
ВІЛ-статус	Проходили тест	65,3
	Не тестувалися/Не знають результатів	34,7
Усі СІН		34,4

Також цікавим буде розглянути питання діагностики ІПСШ в розрізі проходження тесту на ВІЛ. Як показують отримані дані, 65,3% з тих, хто проходив діагностику ІПСШ, проходили тест і на ВІЛ.

Частка респондентів, які не проходили діагностику ІПСШ, складає 65,6%. 30,5% респондентів цієї групи ніколи не тестувалися або не знають результатів тестування. Таким чином, можемо бачити, що загальна практика тестування більш поширена серед СІН, що проходили діагностику ІПСШ. Можливо, тести проводилися в рамках діагностики ІПСШ.

Важливим результатом реалізації профілактичних програм вважається відсоток СІН, які знають, де можна пройти добровільне тестування на ВІЛ. У дослідженні 2008 року цей відсоток становить 87,3%. Частка СІН з цього числа, які також отримували протягом останніх 12 місяців презерватив безкоштовно, становить Національний показник охоплення профілактичними програмами. У цьому дослідженні Національний показник становить 26,7%.

Таблиця 5.1.5. Показник охоплення профілактичними програмами, відсотки

Стать	Чоловіча	24.5
	Жіноча	32.2
Вік	16–19	14.4
	20–24	22.7
	25–34	30.5
	35+	25.2
Усі СН		26.7

Очевидним є те, що жінки повніше, ніж чоловіки охоплені профілактичними програмами, принаймні що стосується обізнаності, де можна пройти тестування та отримати презервативи. Наймолодша група охоплена найменше – показник охоплення у два рази менший, ніж у групі віком 25–34 роки.

У розрізі обласних центрів спостерігається цікава картина: здебільшого частка охоплених профілактичними програмами у вибірці є більшою, ніж оціночна частка. Для Дніпропетровська, Кіровограда, Черкас та Львова реальна частка виходить за межі довірчого інтервалу. У Дніпропетровську оціночна частка є меншою за вибірккову на 8%, у Кіровограді – на 10%, а в Черкасах – на 16%. Досить високий показник гомофільії в багатьох містах говорить про те, що частина мережі СН у цих містах гуртується навколо програм зменшення шкоди, і тому є охопленими профілактичними програмами. Таке можна стверджувати про Одесу (0,338), Луцьк та Черкаси (по 0,320).

За оцінкою RDS перше місце посідає Херсон (54%), потім – Полтава (50%) та Луцьк (48,5%). Решта міст, включаючи Черкаси, помітно відстають, показуючи 16–35%. У Львові, Дніпропетровську, Сумах, Одесі та Луганську охоплення становить 4–8%. Отже, про Дніпропетровськ та Одесу можна сказати, що там невелика частина вибіркової сукупності рекрутувалася через знайомих з профілактичних програм, а от у Луцьку та Черкасах ця частина є набагато більшою. Негативні значення гомофільії у Сумах (-0,283) та Луганську (-0,153), навпаки, вказують на те, що учасники профілактичних програм, яких є небагато, рекрутували респондентів з числа не-учасників програм.

Наступним показником якості роботи профілактичних програм є доступність до- і післятестової консультації у місцях проведення тестування. Нижче наведено дані, подані респондентами, які проходили тест хоча б раз у житті, про те, чи отримали вони таке консультування перед та після проведення останнього тестування.

Таблиця 5.1.6. «Чи була проведена з Вами дотестова консультація перед останнім тестом (1) та післятестова консультація після останнього тесту (2)?», відсотки

	Так	Ні	Важко відповісти
(1)	79,2	17,1	3,1
(2)	73,5	22,9	3,6

Як можна бачити з отриманих даних, частка тих, хто пройшов дотестову консультацію, становить 79,2%, післятестову – 73,5%. Тобто бачимо, що медичні працівники в абсолютній більшості випадків виконують свої обов'язки і надають принаймні інформаційну та психологічну підтримку, як того вимагають інструкції. Хоча, можливо, було б доцільніше збільшити відсоток саме післятестових консультацій, оскільки повідомлення результату та його інтерпретація мають більше значення та психологічний вплив.

Треба зазначити, що 13,6% від загального числа опитаних перебувають на диспансерному обліку у центрах СНІДу. Якщо зважити на те, що в рамках зв'язаного дослідження 2008 року частка ВІЛ-інфікованих становить 32,8%, то серед них на обліку в центрах СНІДу стоять 39,2% опитаних СН.

■ 5.2. Звернення по тестування

Проходження тесту на ВІЛ входить до переліку Національних показників і має значення для оцінки ризику інфікування ВІЛ та для знань про ВІЛ/СНІД. Загалом 56,5% опитаних проходили тестування на ВІЛ хоча б раз у житті; 57,7% з них (N=2098) пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців. Національний показник «Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які протягом останніх 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ та одержали його результати» обраховується відносно загальної кількості опитаних і становить 29,4%. Показник у дослідженні 2007 року становив 29,3%.

Найчастіше тестування споживачі ін'єкційних наркотиків проходили у Сімферополі (54%), Донецьку та Миколаєві (по 47%), у Херсоні (43%) та Хмельницькому (38%). Решта областей відстає досить помітно: у жодній показник не перевищує 31%. У Львові та Харкові показники є дуже низькими, 2 та 6% відповідно, у Сумах та Одесі – досить низькими – 13 та 16,5% відповідно.

Таблиця 5.2.1 Національний показник «Відсоток СН, які протягом останніх 12 місяців звернулися по тестування на наявність ВІЛ та одержали його результати», відсотки

Стать	Чоловіча	28,0
	Жіноча	33,0
Вік	16–19	16,5
	20–24	23,8
	25–34	31,3
	35+	31,2
Стаж	Менше 1 року	24,4
	Від 1 до 5 років	23,2
	Від 5 до 10 років	28,0
	Більше 10 років	38,0
Усі СН		29,4

З таблиці видно, що жінки проходили тестування на 5% частіше. Частка тестувань стрімко зростає з віком.

Порівнюючи дані, отримані в ході цього дослідження (29,4%), із даними дослідження 2007 року (29%), можемо констатувати відсутність значимої відмінності між значеннями показника.

Найбільша частка споживачів ін'єкційних наркотиків, які проходили тест на ВІЛ спостерігається серед тих, хто вживає наркотики більше ніж 10 років (38,0%). Зважаючи на їх тривалий стаж вживання наркотиків, вони могли також підпасти під дію багатьох проектів, де можна було пройти тестування на ВІЛ. Треба також зауважити, що показник тестування серед тих, хто має стаж менше року та 1–10 років, не дуже відрізняється.

Таблиця 5.2.2. Залежність проходження тестування на ВІЛ від звернення по медичну допомогу, відсотки (N=2099)

	Зверталися по медичну допомогу	Не зверталися по медичну допомогу
Проходили тестування на ВІЛ	75,9	24,1
Не проходили тестування на ВІЛ	43,8	56,2

Наведена вище таблиця досить чітко ілюструє, що спостерігається пряма залежність між проходженням тесту на ВІЛ та зверненням по медичну допомогу. Треба зазначити також більшу

частку СІН, які пройшли тестування на ВІЛ, серед тих, хто коли-небудь звертався по медичну допомогу (75,9%), , проти 24,1% серед тих, хто не звертався.

Таблиця 5.2.3. Розподіл відповідей на запитання «Де Ви можете в разі потреби купити/отримати новий (невикористаний) шприц?», відсотки

	Купити	Отримати безкоштовно
1. Аптека (аптечний кіоск)	96	0,6
2. Інша торгова точка (кіоск, неспеціалізований магазин)	8,4	0,4
3. Приватна лікарня	7,9	0,2
4. Громадська лікарня	8,7	1,7
5. Пункт обміну шприців	1,7	63,2
6. Продавець наркотиків	10,8	4,1
7. Друг	4,3	19,4
8. Член родини/родич	0,9	4,1
9. Сексуальний партнер	1,6	8,1
10. Інший ін'єкційний наркоман	3,2	10,1
11. Волонтери спеціальних програм обміну Шприців	0,6	11
12. На вулиці (лотки, вуличні торговці)	2,1	0,4
13. Інше (де саме) _____	0,3	1,4

Як можна бачити з наведених даних, більшість споживачів ін'єкційних наркотиків можуть купити шприц переважно в аптеках (96%), в той час як і отримати безкоштовно у пунктах обміну шприців (63,2%). В контексті продажу шприців, крім аптек, респонденти також звертаються до інших закладів та осіб: приватна лікарня (7,9%) та громадська лікарня (8,7%), продавець наркотиків (10,8%). Отримати шприци безкоштовно респонденти можуть також у друзів, які їм співчують (19,4)%, окрім того досить істотну частку складають інші СІН (10,1%) та волонтери спеціальних програм (11%), не слід також забувати і про сексуальних партнерів (8,1%).

Як видно з наведених даних, можна припустити існування певної солідарності у середовищі СІН, оскільки серед інших СІН можна частіше отримати шприци безкоштовно, ніж купити їх (10,1% проти 3,2%). Те ж саме стосується і друзів, які стають у нагоді навіть частіше, ніж інші СІН (19,4% проти 4,3%).

Таблиця 5.2.4. Перехресний розподіл ВІЛ-статусу за результатами попередніх тестувань та за результатами зв'язаного дослідження, відсотки

		ВІЛ-статус за даними зв'язаного дослідження 2008 року	
		Позитивний	Негативний
ВІЛ-статус за даними попереднього тестування	Позитивний	45,3	1,8
	Негативний	15,7	34,1
Не проходили тест, або не отримали результатів, або не захотіли повідомити про свій статус		39,0	64,1
РАЗОМ		100	100

Табл. 5.2.4. показує нам важливу інформацію. По-перше, серед ВІЛ-позитивних є 15,7% відсотків СІН, які повідомили про свій негативний статус. Можливо, це індикатор недавніх випадків інфікування. По-друге, 39% ВІЛ-позитивних не проходили тест раніше, або не знають його результату, і це може слугувати відправним пунктом для оцінки масштабів інфікування

популяції СІН. По-третє, 1,8% ВІЛ-негативних (35 осіб) СІН повідомили про свій ВІЛ-позитивний статус. Причиною може служити як помилка при попередньому тестуванні, так і відсутність післятестового консультування.

Нижче наведено деякі характеристики тих 15,7% ВІЛ-позитивних, які під час іншого, ранішого від даного, дослідження заявили, що отримали негативний результат тестування, так званих «свіжих випадків» інфікування, який допомагає відстежити динаміку чинників зараження. Їх представлено у порівнянні з тими СІН, негативний результат котрих було підтверджено під час зв'язаного дослідження.

Таблиця 5.2.5. Перехресний розподіл ВІЛ-статусу за результатами попередніх тестувань та за результатами зв'язаного дослідження, відсотки

	«Свіжі випадки» зараження (N=190)	Підтверджені негативні результати (N=851)
Частка жінок	42,9	28,4
Частка тих, хто використовує спільний інструментарій	20,5	11,8
Частка тих, хто завжди використовує спільний посуд	45,3	30,8
Частка тих, хто кому платили за секс протягом останніх 3 місяців	8,2	4,5

Отже, жінок значно більше серед «свіжих випадків» зараження. Також їх вирізняє у два рази частіше використання спільного інструментарію, та у 1,5 – спільного посуду. Серед них є удвічі більшою частка тих, хто надавав секс-послуги за гроші, хоча в абсолютному вимірі вона дуже мала. Проте ні частота ін'єкцій, ні кількість сексуальних партнерів, ні вживання презервативів не відрізняються у цих двох групах.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛІВ III–IV.

- Показник охоплення СІН профілактичними програмами та показник тестування є найбільш варіабельними показниками в обласних центрах – від 2 до 55%. Високі показники можуть означати як високий фактичний рівень охоплення в області, так і специфіку роботи мережі (Луцьк).
- Показник охоплення у розрізі обласних центрів не збігається з рівнем обізнаності про шляхи передачі ВІЛ та рівнем інфікування ВІЛ. Так, у Дніпропетровську, Луганську та Миколаєві рівень охоплення не відповідає рівню знань, який є набагато вищим, ніж показник охоплення. Проте рівень знань не стоїть на заваді високому рівню інфікування в Миколаєві та Дніпропетровську. У Луганську та Сумах відсутність профілактичного охоплення відповідає низькому рівню інфікування, а в Полтаві високий рівень охоплення не стоїть на заваді високому рівню інфікування та використанню нестерильного інструментарію.
- Порівняння результатів попередніх тестувань з результатами тестування у зв'язаному дослідженні дає змогу оцінити фактори ризику в групі «свіжих випадків», якими є стать та використання спільного ін'єкційного інструментарію.

ВИСНОВКИ

- За допомогою методу RDS вдалося побудувати вибірку СІН, у якій чоловіки та жінки є представленими в пропорціях, відповідних даним попередніх досліджень, тобто, 72 до 28%. Завдяки використанню цього методу вдалося також охопити СІН, не згуртованих навколо НУО, про що свідчить рівень показника охоплення профілактичними програмами. Рівень гомофільії (схильності рекрутувати собі подібних) не перевищував 0,4 ні за показником профілактики, ні за жодним іншим, що означає, що вдалось отримати достатньо різномірду сукупність СІН.
- У цьому дослідженні досить мало були представлені наймолодші та неповнолітні СІН. Це можна пояснити тим, що група неповнолітніх СІН може бути досить ізольованою від мереж дорослих СІН, оскільки самі себе вони ще не ототожнюють з СІН через те, що вживають наркотики не систематично. Однак більш важливою методологічною проблемою може бути зміна наркосцени, коли молодші покоління СІН поступово замінюють опіати на амфетаміни, що означає великі труднощі для мережевого пошуку СІН, адже вживання стимуляторів не висуває нагальної потреби в дилерах та знайомствах з іншими СІН.
- До вибірки потрапила значна частина СІН, старших 35 років, а також СІН із закінченою освітою та СІН одружених. Це може пояснюватись як специфікою процесу рекрутування, так і зміною наркосцени в Україні. Тим не менш, дослідження показало досить виразну відмінність між регіонами: СІН із Східного регіону є значно молодшими від СІН із Південного.
- Рівень обізнаності стосовно шляхів передачі ВІЛ є досить високим: він становить 49,6%.
- 40% СІН набули сексуальний досвід у віці до 15 років.
- 76,2% споживачів ін'єкційних наркотиків, які мали сексуальні стосунки протягом останніх трьох місяців, мали статеві контакти з постійними партнерами, 37,5% СІН мали статеві контакти з випадковими партнерами, 5,3% – з комерційними, а 3,4% самі надавали секс-послуги за винагороду. Проте 22,3% тих, хто мав постійних партнерів, вступали також у випадкові статеві зв'язки; приблизно по 3% користувалися сексуальними послугами або самі надавали їх.
- Постійні сексуальні партнери також досить часто (у третині випадків) виступали партнерами ін'єкцій зі спільним інструментарієм, але ще частіше (дві третини відповідей) такими партнерами виступали просто знайомі СІН.
- Жінок-СІН від чоловіків-СІН відрізняє те, що вони мають меншу кількість сексуальних партнерів, але рідше використовували презервативи, що особливо небезпечно у випадку комерційного сексу.
- Регулярне використання презерватива у випадку сексу з непостійними та комерційними сексуальними партнерами становить 43,5% та 45,3% відповідно.
- 27% СІН розпочали робити ін'єкції до настання повноліття.
- 31,3% чоловіків-СІН мають стаж ін'єкцій більше 10 років, а серед жінок таких – 22,7%. Хоча за віком початку ін'єкцій чоловіки та жінки не відрізняються, частка жінок у наймолодшій віковій групі становить 38%, а в найстаршій – 24%. Це може свідчити про вищу смертність жінок-СІН внаслідок неконтрольованого вживання наркотиків.
- 41% СІН вживають наркотики щоденно; після досягнення стажу 4 роки ін'єкції стають практично щоденними для більшості СІН, тоді як впродовж першого року ін'єкційного досвіду практично щоденні ін'єкції роблять тільки 25% опитаних.
- Молодший вік початку ін'єкцій означає дещо вищу їх частоту. Це означає, що якого б віку не був СІН, якщо ін'єкційні практики він розпочав неповнолітнім, то є більша ймовірність, що він швидше перейде до вищої частоти ін'єкцій.
- Опіати залишаються найбільш поширеним видом наркотику (77,5%), але стимулятори (26,5%) набувають усе більшої популярності серед молодих людей та жінок.
- Показник використання стерильного шприца становить 83%, а безпечної поведінки –

48,5%. У той же час спільний посуд для приготування наркотика використовували 57% опитаних.

- Показник інфікованості ВІЛ, за результатами зв'язаного дослідження, становить 32,1% і демонструє надзвичайно велику варіацію між містами України: від 80% у Миколаєві до 8% у Луганську.
- Вплив стажу вживання наркотиків на ймовірність інфікуватися ВІЛ є надзвичайно сильним: наявність 3–10-річного стажу збільшує ймовірність інфікування у 3,6 разу у порівняння з тими, у кого досвід менше року, а наявність 10-річного стажу збільшує цю ймовірність у 8 разів. Для жінок існує значно більший ризик інфікування, ніж для чоловіків, і вони інфікуються швидше. Для чоловіків ризик підвищується завдяки контактам з партнерками, які надають секс-послуги за гроші. Провокуючий вплив поєднання алкоголю з наркотиками на рівень інфікованості справджується найпомітніше у групах СІН з досвідом сексуальних контактів, зокрема небезпечного сексу. Використання спільного посуду для приготування наркотика, на відміну від вживання нестерильного інструментарію, становить значний предиктор інфікування ВІЛ. Споживачі опіатів мають більший ризик зараження попри менш активну сексуальну поведінку.
- Чоловіки після того, як вони дізналися про свій ВІЛ-позитивний статус, зменшують користування спільним посудом. У жінок такої зміни не спостерігається.
- СІН, які роблять ін'єкції 1–3 на місяць, використовують стерильний інструментарій та використовували презерватив під час останнього статевого контакту з будь-яким, а також зокрема з випадковим партнером, мають більший шанс інфікуватися ВІЛ, ніж ті, що роблять ін'єкції кілька разів на день, завжди використовують спільний інструментарій та не використовували презерватив під час останнього сексуального контакту. Можливе пояснення цієї ситуації полягає в тому, що інфіковані респонденти, які не знали про цей факт перед проведенням дослідження, провадили дуже небезпечне життя в недавньому минулому, але через якийсь час по тому (рік або більше), його змінили.
- Рівень показників ВІЛ-інфікованості не завжди корелює з рівнем обізнаності про шляхи передачі ВІЛ та поширенням ризикованих практик у розрізі областей. Так, у Миколаєві – при найвищому рівні обізнаності про шляхи передачі зареєстровано найвищий рівень інфікованості, при цьому рівень використання стерильного інструментарію – низький, а презервативів – високий. Подібна ситуація спостерігається і в Полтаві. І навпаки, в Кіровограді спостерігається низький рівень ВІЛ-інфікування при значному обсязі ризикованих практик, у Сумах – при відносно поширеному використанні спільного інструментарію.
- Частка СІН, охоплених профілактичними програмами, становить 31%. У Львові, Дніпропетровську, Сумах, Одесі та Луганську рівень охоплення знаходиться на дуже низькому рівні (2–8%).
- Показник охоплення профілактичними програмами у розрізі обласних центрів не завжди збігається з рівнем обізнаності про шляхи передачі ВІЛ та рівнем інфікування ВІЛ. Так, у Дніпропетровську, Луганську та Миколаєві рівень охоплення не відповідає рівню знань, який є набагато вищим, ніж показник охоплення.

РЕКОМЕНДАЦІЇ

Державним органам та установам

- Зкладам охорони здоров'я, які здійснюють добровільне консультування та тестування на ВІЛ (ДКТ): довести рівень до- та після тестового консультування до 100%. (Серед кого? Серед СІН? Чи всього населення? Чи серед «добровольців»? Уточнити.)
- Міністерству освіти та науки України забезпечити більш доброякісне викладання ОБЖ, валеології та інших дисциплін, які підсилюють духовну складову виховання, а також надають необхідні знання про сексуальну поведінку та запобігання захворюванням на хвороби, що передаються статевим шляхом, у загальноосвітніх навчальних закладах. Особливо такої роботи потребують навчальні заклади Східного регіону України.

Громадським ВІЛ-сервісним організаціям

- Координувати свою діяльність з іншими організаціями, які також мають досвід роботи з групами ризику, у напрямі проведення оцінки успішності та ефективності своєї діяльності.
- Підвищити якість профілактичних послуг, що надаються в Одесі, Харкові та Черкасах у напрямі інформування СІН про шляхи передачі ВІЛ, а у Львові, Дніпропетровську, Сумах, та Луганську – у напрямі поширення аутич-роботи та інформування про місцезнаходження пунктів добровільного тестування на ВІЛ.
- Ужити заходів щодо підвищення рівня інформованості жінок-СІН про послуги громадських організацій, залучати їх до програм, спрямованих на пропагування здорового способу життя та зменшення шкоди. Інформувати їх про рівень ризику інфікування ВІЛ під час статевих контактів, сприяти формуванню навичок переконувати партнера в необхідності використання презерватива, зокрема з випадковими або комерційними партнерами.

Науково-дослідним організаціям та міжнародним організаціям, які здійснюють дослідження щодо СІН

- Удіалозі з представниками академічної науки, епідеміологами та ВІЛ-сервісними організаціями узгоджувати доцільність та періодичність проведення досліджень за допомогою RDS, беручи до уваги їх значну ресурсомісткість та зміни наркосцени в Україні.
- У співпраці із зарубіжними спеціалістами з методики RDS узгоджувати розміри вибірки та формат аналізу даних, притаманний RDS.
- Більш широко популяризувати досвід західних зарубіжних колег з проведення опитувань за допомогою RDS у країнах Третього світу, розміщаючи переклади їхніх публікацій на спеціалізованих інтернет-сайтах.
- Організувати тренінги з використання методології RDS при опитуванні груп ризику для соціологів, інтерв'юерів та працівників НУО.
- При обговоренні запитальників для проведення досліджень враховувати думку соціологів з приводу меж компетентності респондентів, а також особливостей пам'яті та здібностей калькуляції у респондентів-СІН під час відповіді на запитання, які перепедбачають оперування з числами та датами.
- Розвивати різноманітні підходи до вимірювання ризикованої поведінки у метричних шкалах та в шкалах з віялом з багатьох альтернатив (ротація альтернатив), враховуючи психологію респондента при роботі з такими шкалами.
- Розвивати та пропагувати багатофакторне моделювання для пояснення різноманітних ризиків, що становитиме якісно новий крок в епідеміологічних дослідженнях, які на даний момент спираються здебільшого на двомірні розподіли.
- При удосконаленні інструментарію враховувати те, що з кожним наступним моніторингом у дослідженні все частіше братимуть участь СІН, які вже знають про свій ВІЛ-позитивний статус. Їх присутність у вибірці ускладнює пошук поведінкових факторів зараження ВІЛ за загальним інструментарієм, оскільки у ньому науковці спираються на інформацію про поведінку в минулому, яка не є визначеною щодо моменту отримання СІН позитивного результату.
- Слід враховувати також і те, що показник тестування на ВІЛ буде збільшуватися деякою мірою завдяки участі респондентів, які вже брали участь у зв'язаних дослідженнях.

ДОДАТОК А

Таблиця 1А. Розподіл споживачів ін'єкційних наркотиків за статтю, вибіркова та оціночна частка та довірчі інтервали

Стать	Кількість у вибірці	Частка у вибірці	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	Гомофілія
Сімферополь					
Чоловіча	178	67,2	64,5	57,0–72,1	0,001
Жіноча	87	32,8	35,5	28,0–43,0	– 0,227
Миколаїв					
Чоловіча	186	71,5	71,9	64,6–79,0	0,145
Жіноча	74	28,5	28,1	21,0–35,4	0,113
Одеса					
Чоловіча	303	75,8	70,9	63,8–76,3	0,256
Жіноча	97	24,3	29,1	23,7–36,2	0,127
Херсон					
Чоловіча	190	84,4	82,7	75,7–89,0	0,320
Жіноча	35	15,8	17,3	11,1–24,3	0,157
Дніпропетровськ					
Чоловіча	82	72,6	76,3	65,7–84,5	–0,013
Жіноча	31	27,4	23,7	15,5–34,3	0,075
Донецьк					
Чоловіча	256	64,0	54,8	47,0–62,9	0,412
Жіноча	144	36,0	45,2	37,1–53,0	0,077
Луганськ					
Чоловіча	186	93,0	92,0	85,7–97,1	0,332
Жіноча	14	7,0	8,0	2,9–14,4	0,074
Харків					
Чоловіча	110	62,9	57,0	47,9–66,2	0,225
Жіноча	65	37,1	43,0	33,8–52,1	–0,026
Київ					
Чоловіча	273	68,3	67,2	60,9–72,9	0,084
Жіноча	127	31,8	32,8	27,2–39,1	0,025
Кіровоград					
Чоловіча	154	88,0	88,1	82,0–93,5	0,021
Жіноча	21	12,0	11,9	6,5–18,0	0,027
Полтава					
Чоловіча	157	78,5	74,7	67,7–81,6	0,185
Жіноча	43	21,5	25,3	18,4–32,3	0,034
Суми					
Чоловіча	141	81,5	79,0	70,4–87,4	0,216
Жіноча	32	18,5	21,0	12,6–29,6	–0,089
Черкаси					
Чоловіча	144	82,3	85,4	78,5–92,7	–0,01
Жіноча	31	17,7	14,6	7,3–21,5	0,122

Львів					
Чоловіча	151	86,3	87,0	80,7–92,0	-0,009
Жіноча	24	13,7	13,0	8,0–19,3	-0,037
Луцьк					
Чоловіча	122	69,7	69,3	61,0– 6,6	-0,015
Жіноча	53	30,3	30,7	23,5–39,0	-0,007
Хмельницький					
Чоловіча	135	67,5	64,4	55,4–72,8	0,095
Жіноча	65	32,5	35,6	27,2 –44,6	-0,101

Таблиця 2А. Розподіл споживачів ін'єкційних наркотиків за віком, вибіркова та оціночна частка та довірчі інтервали

Вік	Кількість у вибірці	Частка у вибірці	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	Гомофілія
Сімферополь					
До 24 років	34	12,8	11,2	7,1–16,1	0,115
25–34 років	88	33,2	36,3	29,4–46,5	0,093
35 і старше	143	54,0	52,6	41,4–60,3	0,16
Миколаїв					
До 24 років	14	5,4	4,8	1,5–9,4	0,324
25–34 років	108	41,5	41,5	33,9–49,9	0,201
35 і старше	138	53,1	53,7	45,4–61,1	0,160
Одеса					
До 24 років	46	11,5	11,3	7,9–15,0	0,029
25–34 років	149	37,3	38,6	32,8–43,9	-0,018
35 і старше	205	51,3	50,1	43,9–56,8	0,170
Херсон					
До 24 років	21	9,3	10,5	5,8–15,6	0,106
25–34 років	100	44,4	44,6	37,4–51,5	-0,018
35 і старше	104	46,2	44,9	37,9–52,3	0,020
Дніпропетровськ					
До 24 років	18	15,9	12,5	5,8–18,4	0,071
25–34 років	37	32,7	28,0	19,2–37,08	0,033
35 і старше	58	51,3	59,5	47,8–72,0	-0,016
Донецьк					
До 24 років	177	44,3	45,7	37,9–53,6	0,220
25–34 років	139	34,8	37,9	30,5–45,6	0,150
35 і старше	84	21,0	16,3	11,1–22,3	0,245
Луганськ					
До 24 років	82	41,0	43,1	33,8–50,3	-0,173
25–34 років	103	51,5	46,9	39,1–57,3	0,049
35 і старше	15	7,5	10,0	4,3–16,7	0,028
Харків					
До 24 років	81	46,3	42,7	35,3–51,3	0,012
25–34 років	75	42,9	47,6	38,6–55,4	-0,179
35 і старше	19	10,9	9,8	4,3–16,0	0,181
Київ					

До 24 років	78	19,5	20,1	15,0–25,3	0,065
25–34 років	245	61,3	60,3	54,1–66,2	0,104
35 і старше	77	19,3	19,6	14,8–25,3	0,149
Кіровоград					
До 24 років	49	28,0	37,9	28,8–47,4	-0,018
25–34 років	99	56,6	49,9	41,0–58,8	0,214
35 і старше	27	15,4	12,1	7,2–17,5	0,046
Полтава					
До 24 років	20	10,0	21,6	12,9–38,6	0,150
25–34 років	97	48,5	45,7	34,1–54,8	0,145
35 і старше	83	41,5	32,7	21,7–39,8	0,247
Суми					
До 24 років	29	16,8	20,5	9,8–29,9	0,226
25–34 років	83	48,0	48,4	40,5–62,8	0,226
35 і старше	61	35,3	31,1	19,2–40,0	0,23
Черкаси					
До 24 років	16	9,1	8,4	3,7–17,1	-1,0
25–34 років	80	45,7	41,5	30,3–50,5	0,047
35 і старше	79	45,1	50,0	38,3–61,9	-0,013
Львів					
До 24 років	7	4,0	3,0	0,09–5,4	-1,0
25–34 років	10	40,0	41,6	32,9–50,2	-0,031
35 і старше	98	56,0	55,4	46,9–64,2	-0,023
Луцьк					
До 24 років	49	28,0	27,1	20,3–34,3	-0,314
25–34 років	85	48,6	47,6	39,6–56,0	-0,02
35 і старше	41	23,4	25,3	17,8–32,6	-0,097
Хмельницький					
До 24 років	25	12,5	15,0	7,7–22,6	0,091
25–34 років	85	42,5	43,7	34,7–53,9	0,101
35 і старше	90	45,0	41,3	31,9–50,4	0,111

Таблиця 3А. Розподіл споживачів ін'єкційних наркотиків за освітою, вибіркова та оціночна частка та довірчі інтервали

Освіта	Кількість у вибірці	Частка у вибірці	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	Гомофілія
Сімферополь					
Початкова	40	15,2	11,8	7,4–17,2	0,045
Середня	177	67,0	67,7	60,7–74,4	-0,047
Вища	47	17,8	20,5	13,7–27,5	0,076
Миколаїв					
Початкова	71	27,3	30,9	24,1–38,1	0,047
Середня	168	64,6	62,6	55,1–70,2	0,153
Вища	21	8,1	6,6	3,2–10,1	0,101
Одеса					
Початкова	55	13,8	14,1	9,9–18,5	0,076
Середня	239	59,8	61,9	54,9–64,6	0,134
Вища	106	26,5	24,1	19,4–30,0	0,139
Херсон					

Початкова	84	37,3	34,8	27,4–42,5	0,129
Середня	104	46,2	46,3	37,6–53,7	0,076
Вища	37	16,4	18,9	13,2–26,4	0,035
Дніпропетровськ					
Початкова	12	10,6	7,8	2,9–15,5	0,187
Середня	91	80,5	81,8	71,6–89,5	0,041
Вища	10	8,8	10,4	4,0–18,6	-0,260
Донецьк					
Початкова	31	7,7	6,4	3,6–10,4	0,072
Середня	306	76,5	73,8	67,4–80,6	0,179
Вища	63	15,8	19,7	13,3–25,6	0,003
Луганськ					
Початкова	69	34,5	34,7	25,4–44,0	0,036
Середня	104	52,0	48,1	39,2–57,3	0,106
Вища	27	13,5	17,2	11,3–23,8	-0,813
Харків					
Початкова	56	32,0	33,6	25,4–41,7	0,073
Середня	101	57,7	57,1	48,6–64,8	0,024
Вища	18	10,3	9,2	4,7–16,0	0,174
Київ					
Початкова	69	17,2	16,9	12,1–22,2	0,098
Середня	239	59,8	55,2	48,9–60,9	0,101
Вища	92	23,0	27,9	22,7–33,8	-0,211
Кіровоград					
Початкова	49	28,0	33,4	24,7–42,9	0,027
Середня	92	52,6	51,8	42,4–60,9	0,07
Вища	34	19,4	14,8	10,0–20,1	-0,325
Полтава					
Початкова	14	7,0	9,1	3,3–15,2	0,01
Середня	169	84,5	85,0	78,2–91,4	0,06
Вища	17	8,5	5,9	3,0–9,9	-1,0
Суми					
Початкова	24	13,9	13,8	8,1–21,5	0,063
Середня	139	80,3	80,9	74,2–87,5	-0,029
Вища	10	5,8	5,3	1,7–8,0	-1,0
Черкаси					
Початкова	20	11,4	10,4	4,2–16,8	0,081
Середня	117	66,9	72,5	62,5–81,0	-0,052
Вища	38	21,7	17,1	11,0–25,7	-0,237
Львів					
Початкова	33	18,9	19,2	12,9–25,9	0,109
Середня	115	65,7	68,1	59,1–76,7	-0,135
Вища	27	15,4	12,7	6,5–20,0	-1,0
Луцьк					
Початкова	56	32,2	33,8	24,5–40,9	-0,181
Середня	114	65,5	64,4	57,1–73,8	0,063
Вища	4	2,3	1,8	0,3–4,0	-1,0
Хмельницький					
Початкова	29	14,5	10,1	5,6–15,9	0,147
Середня	124	62,0	62,9	52,4–72,1	0,035
Вища	47	23,5	27,0	17,5–37,7	0,172

Таблиця 4А. Розподіл споживачів ін'єкційних наркотиків за сімейним станом, вибіркова та оціночна частка та довірчі інтервали

Сімейний стан	Кількість у вибірці	Частка у вибірці	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	Гомофілія
Сімферополь					
Неодружені	135	50,9	53,2	44,6–61,7	0,038
Одружені	110	41,5	41,4	33,2–49,7	0,020
У сепарації/Розлучені	20	7,5	5,4	2,7–8,7	0,043
Миколаїв					
Неодружені	92	35,4	36,3	29,1–44,1	0,084
Одружені	154	59,2	58,9	50,8–66,4	0,114
У сепарації/Розлучені	14	5,4	4,8	2,1–8,0	0,073
Одеса					
Неодружені	176	44,0	48,5	41,7–54,4	0,053
Одружені	206	51,5	47,3	41,5–53,9	0,207
У сепарації/Розлучені	18	4,5	4,2	2,1–6,9	0,001
Херсон					
Неодружені	86	38,2	39,2	32,0–46,7	0,001
Одружені	110	48,9	50,2	42,8–57,7	-0,032
У сепарації/Розлучені	29	12,9	10,5	6,3–15,0	0,061
Дніпропетровськ					
Неодружені	57	50,4	48,4	36,1–59,4	0,142
Одружені	42	37,2	36,3	24,4–50,5	0,235
У сепарації/Розлучені	14	12,4	15,2	7,3–24,5	-0,180
Донецьк					
Неодружені	274	68,5	67,6	60,9–74,3	0,142
Одружені	120	30,0	30,9	24,3–37,5	0,122
У сепарації/Розлучені	6	1,5	1,5	0,2–3,8	-1,0
Луганськ					
Неодружені	137	68,5	72,1	63,3–80,3	-0,026
Одружені	53	26,5	23,6	15,5–32,2	0,106
У сепарації/Розлучені	10	5,0	4,4	1,4–8,7	-1,0
Харків					
Неодружені	97	55,4	58,8	51,8–66,6	-0,081
Одружені	69	39,4	36,4	28,7–43,3	-0,041
У сепарації/Розлучені	9	5,1	4,8	1,8–8,5	-1,0
Київ					
Неодружені	176	44,0	47,3	41,0–53,6	-0,008
Одружені	189	47,3	44,4	37,9–51,1	0,115
У сепарації/Розлучені	35	8,8	8,3	5,4–11,6	-0,313
Кіровоград					
Неодружені	99	56,6	59,9	50,4–68,5	0,003
Одружені	60	34,3	34,9	26,9–43,6	-0,045
У сепарації/Розлучені	16	9,1	5,2	2,7–8,6	0,062
Полтава					
Неодружені	25	12,5	12,8	6,8–18,6	0,025
Одружені	143	71,5	73,1	65,9–80,5	-0,056

У сепарації/Розлучені	32	16,0	14,1	8,9–20,3	-0,24
Суми					
Неодружені	86	49,7	58,8	48,8–67,1	-0,125
Одружені	80	46,2	39,0	30,3–48,9	0,119
У сепарації/Розлучені	7	4,0	2,3	0,7–4,6	-1,0
Черкаси					
Неодружені	112	64,0	69,6	59,0–78,5	-0,046
Одружені	53	30,3	25,9	17,2–36,1	0,063
У сепарації/Розлучені	10	5,7	4,5	1,7–8,2	-1,0
Львів					
Неодружені	96	54,9	49,9	39,1–58,5	0,109
Одружені	74	42,3	47,7	38,9–58,7	-0,135
У сепарації/Розлучені	5	2,9	2,4	0,4–5,1	-1,0
Луцьк					
Неодружені	104	59,4	62,0	53,4–70,4	0,0
Одружені	49	28,0	26,9	19,1–35,1	0,045
У сепарації/Розлучені	22	12,6	11,1	6,4–16,8	0,089
Хмельницький					
Неодружені	105	52,5	57,3	48,0–67,6	-0,034
Одружені	90	45,0	39,6	29,7–48,6	0,119
У сепарації/Розлучені	5	2,5	3,1	0,2–7,0	-1,0

Таблиця 5А. Розподіл споживачів ін'єкційних наркотиків за видом діяльності, вибіркова та оціночна частка та довірчі інтервали

Місце проживання	Кількість у вибірці	Частка у вибірці	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	Гомофілія
Сімферополь					
Працюючі	140	56,7	59,5	50,4–68,5	-0,023
Непрацюючі	101	40,9	37,6	28,7–46,7	0,144
Учні та студенти	6	2,4	2,9	0,7–5,7	-1,0
Миколаїв					
Працюючі	134	51,9	52,3	45,1–59,9	0,105
Непрацюючі	123	47,7	47,7	40,1–54,9	0,065
Учні та студенти	1	0,4	0	-	0,0
Одеса					
Працюючі	239	73,3	71,6	66,1–76,6	0,074
Непрацюючі	106	26,5	28,4	23,4–33,9	-0,047
Учні та студенти	0	0,0	0,0	-	
Херсон					
Працюючі	131	58,2	59,8	50,9–68,3	0,252
Непрацюючі	89	39,6	37,1	28,0–46,5	0,28
Учні та студенти	5	2,2	3,1	0,7–6,5	-1,0
Дніпропетровськ					
Працюючі	50	44,2	48,1	35,0–59,9	0,144
Непрацюючі	62	54,9	51,4	39,7–64,3	0,163
Учні та студенти	1	0,9	0,5	0,0–1,7	-0,999

Донецьк					
Працюючі	221	55,2	55,2	48,5–62,0	0,03
Непрацюючі	144	36,0	34,3	27,6–40,3	0,095
Учні та студенти	35	8,8	10,5	6,6–15,7	0,01
Луганськ					
Працюючі	153	76,5	76,6	69,6–83,5	-0,007
Непрацюючі	35	17,5	17,3	11,2–23,9	-0,068
Учні та студенти	12	6,0	6,1	2,5–10,2	-1,0
Харків					
Працюючі	111	63,4	62,1	51,9–70,8	0,071
Непрацюючі	44	25,1	23,0	16,2–30,3	0,032
Учні та студенти	20	11,4	14,8	7,2–25,0	0,295
Київ					
Працюючі	225	56,7	64,1	57,9–70,3	-0,052
Непрацюючі	157	39,5	31,5	25,6–37,7	0,177
Учні та студенти	15	3,8	4,4	2,0–7,1	0,103
Кіровоград					
Працюючі	88	50,3	0,0		
Непрацюючі	79	45,1	0,0		
Учні та студенти	8	4,6	1,0		
Полтава					
Працюючі	106	53,0	56,1	48,0–65,0	-0,084
Непрацюючі	93	46,5	42,2	34,0–50,9	0,052
Учні та студенти	1	0,5	1,7	0,0–3,5	0,328
Суми					
Працюючі	101	58,4	55,8	46,3–65,0	-0,046
Непрацюючі	69	39,9	41,4	32,4–51,8	0,022
Учні та студенти	3	1,7	2,8	0,0–6,6	-1,0
Черкаси					
Працюючі	114	65,1	63,4	54,7–74,0	0,067
Непрацюючі	59	33,7	34,4	24,1–43,8	0,026
Учні та студенти	2	1,1	2,2	0,0–5,0	0,318
Львів					
Працюючі	125	71,8	75,6	67,9–83,2	-0,039
Непрацюючі	49	28,2	24,4	16,8–32,1	0,074
Учні та студенти	0	0,0	0,0	-	-
Луцьк					
Працюючі	110	63,2	60,3	50,5–67,9	0,077
Непрацюючі	57	32,8	33,8	26,7–42,6	-0,034
Учні та студенти	7	4,0	5,9	2,3–10,5	-1,0
Хмельницький					
Працюючі	110	59,1	57,5	48,5–69,9	0,104
Непрацюючі	73	39,2	38,9	27,2–49,2	0,034
Учні та студенти	3	1,6	3,6	0,0–6,5	0,309

Таблиця 6А. Розподіл споживачів ін'єкційних наркотиків за місцем проживання, вибіркова та оціночна частка та довірчі інтервали

Місце проживання	Кількість у вибірці	Частка у вибірці	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	Гомофілія
Сімферополь					
Народився у місті проживання	197	74,3	71,0	63,9–78,8	0,147
Перебуває тимчасово	12	4,5	5,0	2,0–8,4	-1,0
Народився в іншій місцевості	56	21,1	23,9	16,4–31,3	0,048
Миколаїв					
Народився у місті проживання	222	85,4	85,0	79,9–90,0	0,036
Перебуває тимчасово	7	2,7	2,8	0,8–5,3	-1,0
Народився в іншій місцевості	31	11,9	12,1	7,6–16,8	-0,029
Одеса					
Народився у місті проживання	278	69,5	66,1	60,8–72,1	0,141
Перебуває тимчасово	5	1,3	1,5	0,03–3,2	-1,0
Народився в іншій місцевості	116	29,0	32,3	26,4–37,8	0,033
Херсон					
Народився у місті проживання	171	76,0	75,6	68,7–81,8	0,074
Перебуває тимчасово	22	9,8	9,3	5,5–13,5	0,042
Народився в іншій місцевості	32	14,2	15,2	10, –20,9	-0,009
Дніпропетровськ					
Народився у місті проживання	78	69,0	69,0	57,4–81,8	0,215
Перебуває тимчасово	13	11,5	9,5	3,5–15,7	0,150
Народився в іншій місцевості	22	19,5	21,5	12,1–30,9	-0,031
Донецьк					
Народився у місті проживання	354	88,7	87,2	82,1–92,2	0,153
Перебуває тимчасово	2	0,5	0,3	0,0–0,8	-0,998
Народився в іншій місцевості	43	10,8	12,5	7,5–17,7	0,047
Луганськ					
Народився у місті проживання	196	98,0	97,1	92,8–99,9	0,273
Перебуває тимчасово	1	0,5	0,1	0,0–0,4	-0,997
Народився в іншій місцевості	3	1,5	2,8	0,0–7,0	-1,0
Харків					
Народився у місті проживання	135	77,1	76,7	69,6–83,7	0,029
Перебуває тимчасово	6	3,4	3,7	0,9–7,7	0,065

Народився в іншій місцевості	34	19,4	19,6	13,2–25,5	-0,204
Київ					
Народився у місті проживання	299	74,8	76,6	70,1–81,0	-0,006
Перебуває тимчасово	18	4,5	5,0	2,2–8,2	0,053
Народився в іншій місцевості	83	20,7	18,4	14,8–24,0	-0,043
Кіровоград					
Народився у місті проживання	135	77,1	74,6	66,7–82,1	0,138
Перебуває тимчасово	14	8,0	9,2	4,7–14,8	-1,0
Народився в іншій місцевості	26	14,9	16,2	9,5–22,9	0,063
Полтава					
Народився у місті проживання	177	89,4	89,3	83,4–94,7	0,067
Перебуває тимчасово	1	0,5	0,7	0,0–1,9	0,328
Народився в іншій місцевості	20	10,1	9,9	5,2–15,8	0,001
Суми					
Народився у місті проживання	143	83,1	82,0	78,3–90,5	-0,001
Перебуває тимчасово	2	1,2	2,3	0,0–6,8	-1,0
Народився в іншій місцевості	27	15,7	15,7	7,9–18,4	-0,019
Черкаси					
Народився у місті проживання	114	65,1	57,1	45,7–68,6	0,265
Перебуває тимчасово	8	4,6	6,0	0,7–13,2	0,114
Народився в іншій місцевості	53	30,3	36,9	26,1–48,0	-0,077
Львів					
Народився у місті проживання	161	92,0	87,6	80,8–93,5	0,3
Перебуває тимчасово	3	1,7	2,1	0,0–4,7	-1,0
Народився в іншій місцевості	11	6,3	10,3	4,6–17,0	-0,350
Луцьк					
Народився у місті проживання	136	77,7	77,8	70,1–85,4	0,1
Перебуває тимчасово	11	6,3	5,1	1,1–9,3	0,21
Народився в іншій місцевості	28	16,0	17,2	11,1–24,9	0,052
Хмельницький					
Народився у місті проживання	155	77,5	75,0	65,9–82,5	0,191
Перебуває тимчасово	2	1,0	3,8	0,0–7,3	0,307
Народився в іншій місцевості	43	21,5	21,2	15,4–30,3	0,016

Таблиця 7А. Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які правильно визначають шляхи передачі ВІЛ через статевий контакт та знають, як ВІЛ не передається, вибіркова та оціночна частка та довірчі інтервали

Місто	Кількість у вибірці	Частка у вибірці	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	Гомофілія
Сімферополь	147	55,5	54,2	45,5–62,7	0,039
Миколаїв	209	80,4	80,7	74,7–86,0	0,028
Одеса	131	32,8	34,0	28,3–40,4	0,131
Херсон	102	45,3	44,5	37,3–51,6	0,005
Дніпропетровськ	65	57,5	63,9	52,5–74,9	-0,015
Донецьк	244	61,0	63,2	56,5–69,8	0,034
Луганськ	146	73,0	69,1	59,7–77,1	0,190
Харків	29	16,6	16,9	10,4–23,8	0,016
Київ	149	37,3	36,8	30,7–42,8	0,060
Кіровоград	113	64,4	62,5	54,1–70,4	0,034
Полтава	65	32,5	32,8	22,5–43,1	0,163
Суми	87	50,3	46,7	36,5–56,7	0,175
Черкаси	46	26,3	23,5	15,9–34,1	0,044
Львів	74	42,3	41,1	32,2–50,1	0,058
Луцьк	113	64,6	67,3	57,4–77,8	0,283
Хмельницький	122	61,0	61,1	51,9–69,2	0,038

Таблиця 8А. Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про використання презерватива під час останнього статевого контакту, вибіркова та оціночна частка та довірчі інтервали

Місто	Кількість у вибірці	Частка у вибірці	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	Гомофілія
Сімферополь	124	59,6	64,1	57,2–76,5	-0,082
Миколаїв	144	66,4	65,9	55,6–75,7	0,293
Одеса	171	49,7	53,7	47,6–60,3	-0,050
Херсон	144	69,2	67,2	58,2–74,8	0,165
Дніпропетровськ	53	54,6	39,9	24,3–55,6	0,189
Донецьк	169	55,0	52,9	44,4–62,2	0,142
Луганськ	108	55,4	54,1	44,9–63,3	-0,097
Харків	53	41,1	41,5	27,5–51,8	0,043
Київ	190	52,9	59,0	53,6–67,4	-0,039
Кіровоград	42	35,3	29,1	19,7–43,5	0,180
Полтава	122	66,3	67,2	58,5–77,7	0,004
Суми	62	37,1	43,6	32,2–55,2	0,0230
Черкаси	100	62,1	56,7	47,3–69,1	0,001
Львів	63	41,4	43,2	33,3–52,8	0,054
Луцьк	67	40,6	41,4	32,2–50,1	0,063
Хмельницький	110	59,1	59,9	51,1–70,8	-0,027

Таблиця 9А. Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про використання стерильного шприца/голки під час останнього вживання наркотику, вибіркова та оціночна частка та довірчі інтервали

Місто	Кількість у вибірці	Частка у вибірці	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	Гомофілія
Сімферополь	233	87,9	86,7	80,3–93,6	0,160
Миколаїв	203	78,1	78,9	72,3–85,3	0,028
Одеса	336	84,0	84,6	80,2–88,8	0,018
Херсон	212	94,2	89,8	78,8–96,5	0,466
Дніпропетровськ	82	72,6	79,3	69,9– 87,0	-0,106
Донецьк	318	79,5	78,8	71,4– 84,4	0,096
Луганськ	189	94,5	95,7	92,0– 98,8	-0,007
Харків	122	69,7	74,8	66,5– 82,1	-0,017
Київ	318	79,5	86,3	81,9–90,4	-0,062
Кіровоград	160	91,4	92,5	87,3–97,0	0,167
Полтава	139	69,5	75,9	67,3– 83,8	-0,012
Суми	120	69,4	72,2	62,3– 78,4	-0,046
Черкаси	151	86,3	85,9	76,9– 94,3	0,126
Львів	146	83,4	83,0	74,4–90,3	0,065
Луцьк	160	91,4	88,8	81,3– 97,1	0,272
Хмельницький	169	84,5	84,5	78,0– 93,0	-0,001

Таблиця 10А. Національний показник: відсоток СІН, які почали дотримуватися поведінки, що знижує ризик передачі ВІЛ (ті, що використовують стерильні ін'єкційні матеріали та презервативи)

Місто	Кількість у вибірці	Частка у вибірці	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	Гомофілія
Сімферополь	108	40,8	44,8	35,6–54,2	-0,13
Миколаїв	118	45,4	41,7	34,1–49,6	0,135
Одеса	153	38,3	43,0	36,7–49,7	-0,036
Херсон	140	62,2	54,9	43,7–65,1	0,309
Дніпропетровськ	40	35,4	30,8	20,5–41,6	0,133
Донецьк	144	36,0	33,3	26,8–40,6	0,098
Луганськ	102	51,0	46,8	37,0–58,2	0,027
Харків	42	24,0	26,3	17,3–34,8	0,056
Київ	161	40,3	47,9	39,9–54,4	-0,015
Кіровоград	34	19,4	16,3	10,4–22,9	0,085
Полтава	87	43,5	47,9	36,9–58,3	0,081
Суми	49	28,3	31,0	21,0–41,2	0,275
Черкаси	91	52,0	49,3	37,5–60,7	-0,008
Львів	56	32,0	33,8	23,8–41,2	0,063
Луцьк	62	35,4	36,9	26,8–45,2	0,037
Хмельницький	96	48,0	46,0	36,3–59,1	0,086

Таблиця 11А. Відсоток ВІЛ-інфікування, вибіркова та оціночна частка та довірчі інтервали

Місто	Кількість у вибірці	Частка у вибірці	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	Гомофілія
Сімферополь	185	69,8	65,5	57,4–73,1	0,168
Миколаїв	207	79,6	79,9	70,2–88,0	0,441
Одеса	150	37,5	36,8	30,4–43,0	0,131
Херсон	58	25,8	26,7	19,9–34,4	0,127
Дніпропетровськ	51	46,8	40,3	29,4–52,8	0,106
Донецьк	143	35,8	33,2	26,9–39,7	0,023
Луганськ	9	4,5	6,7	2,3–12,2	-0,169
Харків	18	10,3	10,6	4,8–16,1	0,140
Київ	160	40,0	30,8	24,7–36,6	0,273
Кіровоград	20	11,4	13,2	8,1–18,8	-0,790
Полтава	59	29,5	23,7	16,6–32,0	0,096
Суми	22	12,7	9,3	4,6–16,2	0,192
Черкаси	45	25,7	18,2	11,6–27,0	0,072
Львів	39	22,5	21,0	15,2–29,9	-0,207
Луцьк	45	25,7	26,7	19,3–34,9	0,048
Хмельницький	55	27,5	26,8	18,2–36,5	0,112

Таблиця 12А. Національний показник охоплення профілактичними програмами, відсотки, вибірка та оціночна частка та довірчі інтервали

Місто	Кількість у вибірці	Частка у вибірці	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	Гомофілія
Сімферополь	111	41,9	35,2	26,1–43,9	-0,077
Миколаїв	98	37,7	34,3	26,4–42,8	0,151
Одеса	44	11,0	7,4	3,1–11,4	0,338
Херсон	130	57,8	53,8	43,4–62,7	0,089
Дніпропетровськ	14	12,4	3,8	0,8–8,5	0,252
Донецьк	152	38,0	31,4	24,6–38,5	0,153
Луганськ	15	7,5	8,4	2,9–14,1	-0,153
Харків	32	18,3	16,1	10,1–22,9	0,073
Київ	123	30,8	22,9	17,6–28,5	0,196
Кіровоград	47	26,9	16,4	11,1–22,4	0,202
Полтава	108	54,0	50,3	39,6–61,8	0,153
Суми	17	9,9	7,0	3,6–12,1	-0,283
Черкаси	83	47,4	30,9	20,4–43,0	0,320
Львів	14	8,0	3,8	1,7–7,4	0,029
Луцьк	94	53,7	48,5	35,7–59,8	0,320
Хмельницький	60	30,0	24,4	18,3–34,3	0,149

Таблиця 13А. Національний показник проходження тестування на ВІЛ за останні 12 місяців (тільки ті, хто отримав його результати), відсотки, вибіркова та оціночна частка, та довірчі інтервали

Місто	Кількість у вибірці	Частка у вибірці	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	Гомофілія
Сімферополь	143	54,0	55,4	46,0–64,3	0,064
Миколаїв	127	48,8	46,9	37,7–55,5	0,198
Одеса	70	17,5	16,5	12,3–22,1	0,020
Херсон	104	46,2	42,9	33,5–52,3	0,086
Дніпропетровськ	31	27,4	23,0	13,4–33,8	0,101
Донецьк	193	48,3	46,8	39,3–54,6	0,138
Луганськ	35	17,5	18,3	9,6–27,3	0,075
Харків	10	5,7	5,8	2,1–10,7	0,132
Київ	115	28,8	24,2	18,2–29,8	0,158
Кіровоград	48	27,4	20,2	13,8–26,8	0,108
Полтава	62	31,0	26,3	17,2–38,0	0,198
Суми	26	15,0	12,8	7,0–21,9	0,155
Черкас	42	24,0	18,5	11,4–30,5	0,182
Львів	6	3,4	1,9	0,4–3,9	-1,0
Луцьк	67	38,3	31,2	20,8–39,2	0,193
Хмельницький	74	37,0	38,1	28,1–48,7	-0,138