



Аналітичний звіт
за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року

**“МОНІТОРИНГ ПОВЕДІНКИ
ТА ПОШИРНОСТІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ
СЕРЕД СПОЖИВАЧІВ
ІН’ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ
ЯК КОМПОНЕНТ ЕПІДНАГЛЯДУ
ЗА ВІЛ ДРУГОГО ПОКОЛІННЯ”**

Київ 2012



УДК 316.346.2-056.83:351.764]-047.36:[616.98:578.828ВІЛ](477)(047.3)"2011"

ББК 51.1(4Укр)

М77

Автори звіту:

О. М. Балакірева, к. соціол. н.,

Т. В. Бондар, к. соціол. н.,

Ю.В. Середа, к. соціол. н.

Я. О. Сазонова

М77 МОНИТОРИНГ ПОВЕДІНКИ ТА ПОШИРНОСТІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ СЕРЕД СПОЖИВАЧІВ ІН'ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ ЯК КОМПОНЕНТ ЕПІДНАГЛЯДУ ЗА ВІЛ ДРУГОГО ПОКОЛІННЯ (аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року) / Балакірева О.М., Бондар Т.В. та ін. – К.: МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Ук-раїні", 2012. – 120 с.

ISBN 978-966-21-57-88-8

У публікації представлено результати дослідження «Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління», реалізованого у 2011 році Українським інститутом соціальних досліджень ім. О. Яременко на замовлення МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». Пропоновані до уваги читачів результати стосуються соціально-демографічної структури популяції СІН в Україні, практик вживання наркотичних речовин, практик використання презервативів з різними типами партнерів тощо. Особлива увага приділяється аналізу поширеності ВІЛ-інфекції серед СІН, рівню охоплення СІН профілактичними програмами. Результати дослідження висвітлюються як на національному, так і на регіональному рівнях. В окремих ключових аспектах результати порівнюються з результатами аналогічних досліджень, проведених у 2008–2009 роках.

Результати моніторингу будуть корисними для представників органів центральної влади та місцевого самоврядування, фахівців (соціальних працівників, медиків, психологів та ін.) і волонтерів громадських організацій, які здійснюють профілактичну діяльність серед СІН, а також для працівників центрів профілактики та боротьби зі СНІД – усіх тих, хто залучений до реалізації проектів та роботи із представниками цільової групи.



Investing in our future

The Global Fund
To Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria

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

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

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

УДК 316.346.2-056.83:351.764]-047.36:[616.98:578.828ВІЛ](477)(047.3)"2011"
ББК 51.1(4Укр)

ISBN 978-966-21-57-88-8

© **МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні", 2012**

ЗМІСТ

Вступ	5
Понятійний апарат	10
Методологія дослідження	12
Розділ 1. Соціальний портрет споживачів ін'єкційних наркотиків	19
1.1. Соціально-демографічні характеристики СІН.....	19
1.2. Структурні зміни в популяції СІН	28
Розділ 2. Практика вживання наркотиків ін'єкційним шляхом	32
2.1. Тривалість вживання наркотичних речовин.....	32
2.2. Частота вживання наркотичних речовин	35
2.3. Поширеність вживання різних видів наркотичних речовин	39
2.4. Ризикована ін'єкційна поведінка	42
2.5. Регіональні відмінності та динаміка	45
Розділ 3. Сексуальна поведінка та дотримання заходів щодо попередження передачі ВІЛ-інфекції під час сексуальних контактів	52
3.1. Сексуальні партнери та частота сексуальних контактів	52
3.2. Практика використання презерватива під час сексуальних контактів.....	62
3.3. Регіональні відмінності та динаміка	70
Розділ 4. Послуги з профілактики ВІЛ	73
4.1. Наявність досвіду проходження ДКТ	73
4.2. Безпечність поведінки ВІЛ-позитивних СІН	79
4.3. Охоплення профілактичними послугами.....	80
4.4. Рівень знань щодо шляхів передачі ВІЛ	87

Розділ 5. Результати зв'язаного дослідження	89
5.1. Рівень інфікування ВІЛ	89
5.2. Рівень інфікування гепатитом С	92
5.3. Ризики інфікування ВІЛ/гепатитом С: регресійний аналіз	96
Ключові висновки.....	105
Ключові рекомендації для впровадження профілактичних програм	108
Додаток 1. Індикатори поінформованості та поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків, що включені до переліку показників Національного плану моніторингу та оцінки ефективності заходів протидії епідемії ВІЛ-інфекції (національний рівень).....	110
Додаток 2. Індикатори поінформованості та поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків, що включені до переліку показників Національного плану моніторингу та оцінки ефективності заходів протидії епідемії ВІЛ-інфекції (регіональний рівень)	112
Додаток 3. Індикатори поінформованості та поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків, що включені до переліку показників Національного плану моніторингу та оцінки ефективності заходів протидії епідемії ВІЛ-інфекції (регіональний рівень з дезагрегацією за віком).....	116

ВСТУП

За даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України, за 2011 р. в країні офіційно зареєстровано 21 177 нових випадків ВІЛ-інфекції (46,2 на 100 тис. населення) – це найвищий показник за весь період спостереження за ВІЛ-інфекцією в Україні з 1987 р. У межах окремих регіонів епідемія концентрується у містах – 77,1% нових випадків ВІЛ-інфекції у 2011 р. було зареєстровано саме серед міського населення, в той же час частка нових випадків ВІЛ-інфекції серед сільського населення дуже повільно, але також збільшується (з 2007 р. по 2011р.: 21,8%; 21,0%; 21,0%; 23,5%; 22,9%, відповідно).

У статевовіковій структурі нових випадків ВІЛ-інфекції переважають особи віком 25–49 років, частка яких поступово зростає (з 2007 р. по 2011р.: 62,8%; 62,5%; 63,8%; 64,8%; 66,3%, відповідно), та чоловіки, питома вага яких має тенденцію до зменшення (з 2007 р. по 2011р.: питома вага чоловіків коливається в межах 55,4–56,4%)¹.

На тлі щорічного зростання загальної кількості ВІЛ-інфікованих осіб, в Україні спостерігається позитивна тенденція зниження кількості офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб віком 15–24 років – з 2775 осіб у 2005 р. до 1907 осіб у 2011 р. За даний період зменшилась не тільки частка осіб віком 15–24 років серед нових випадків інфікування ВІЛ (темپ приросту: -55%), але й показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію осіб даної вікової групи (темп приросту: -14%)². Це може свідчити про деякі ознаки стабілізації епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції в цілому через зміну поведінки молоді на менш ризиковану.

Основним шляхом передачі ВІЛ в Україні з 1995-го до 2007 р. включно був парентеральний, переважно через введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. У 2008 р. вперше, починаючи з 1995 р., відбулася зміна частки шляхів, про які зазначали протестовані особи, передачі з перевагою статевого шляху над парентеральним. У 2011 році відсоток осіб, які були інфіковані статевим шляхом, збільшився до 49%, парентеральний (введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом) склав 31%³. Отже, споживання наркотиків ін'єкційним шляхом залишається одним з основних шляхів ВІЛ-інфікування, а група СІН – однією з визначальних груп ризику поширеності ВІЛ, у тому числі статевим шляхом від СІН до осіб, які не вживають ін'єкційні наркотики.

¹ ВІЛ-інфекція в Україні: інформ. бюл. / МОЗ України, Укр. центр профілактики і боротьби зі СНІД, Ін-т епідеміології та інфекц. хвороб ім. Л.В. Громашевського АМН України, ЦСЕС МОЗ України. – 2011. – № 37. – С. 4.

² Там само. – С. 11.

³ Там само. – С. 9.

Важливо наголосити, що з 1999-го по 2006 р. відбувалося збільшення абсолютної кількості СНІ серед нових випадків ВІЛ-інфекції при щорічному зменшенні частки СНІ серед загальної кількості нових випадків ВІЛ-інфекції. В останні ж роки, (2006–2011 рр.) намітилася чітка тенденція до зменшення абсолютної кількості зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків, як і тенденція до зменшення частки СНІ (рис. 1)⁴.

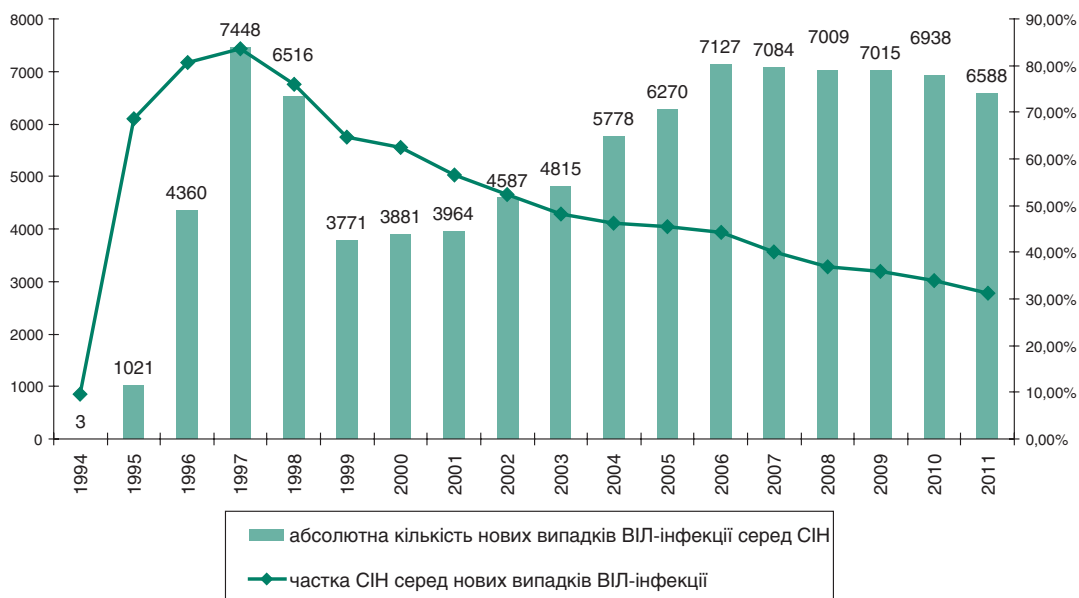


Рис. 1. Офіційно зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції серед СНІ по роках, осіб

Дані епіднагляду підтверджені результатами рутинного моніторингу, що базується на сероепідеміологічному моніторингу поширеності ВІЛ серед населення та даних щодо офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб, також свідчать про стабілізацію епідемії ВІЛ серед СНІ в Україні. Зокрема, помітна поступова тенденція до зменшення нових випадків ВІЛ-інфекції серед СНІ у загальній структурі зафіксованих нових випадків інфікування на ВІЛ: 2007 р. – 40,1%, 2008 р. – 37,0%, в 2009 р. – 35,8%, 2010 р. – 33,8%, та 2011 р. – 31,1%⁵.

Епіднагляд за ВІЛ-інфекцією другого покоління є складовою Національної системи моніторингу та оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль за епідемією ВІЛ/СНІД.

Метою епіднагляду є відслідковування тенденцій змін у поширенні ВІЛ-інфекції та отримання інформації про потенційні поведінкові фактори, які зумовлюють поширеності ВІЛ у суспільстві, а також використання цієї інформації для інформаційно-просвітницької діяльності, планування, моніторингу та оцінки ефективності профілактичних програм серед цільових груп.

Проведення біоповедінкових досліджень (вивчення поведінки та тестування крові на ВІЛ) дозволяють здійснювати аналіз зв'язку між ВІЛ-статусом та поведінковими практиками.

Моніторинг поведінки СНІ здійснюється шляхом проведення систематичних поведінкових досліджень, які забезпечують інформацію щодо знань, ставлення (стереотипів, уявлень, міфів), моделей поведінки та поведінкових

⁴ Там само. – С. 10,

⁵ ВІЛ-інфекція в Україні : інформ. бюл. / МОЗ України, Укр. центр профілактики і боротьби зі СНІД, Ін-т епідеміології та інфекц. хвороб ім. Л.В. Громашевського АМН України, ЦЕС МОЗ України. – 2011. – № 37.

практик. З 2007 р. моніторингові дослідження серед споживачів ін'єкційних наркотиків супроводжується паралельним проведенням тестування крові на ВІЛ за допомогою використання швидких тестів, з 2009 р. біологічний компонент передбачає тестування крові СІН не лише на ВІЛ, а й на інші маркери.

Накопичений досвід проведених досліджень засвідчує ефективність використання методики RDS⁶ (Respondent Driven Sampling – вибірка, яка на-правляється самим респондентом) для моніторингу поведінки представників важкодоступних груп. Перевагою методики RDS з-поміж інших методик є те, що вона допомагає вийти на представників латентних груп та забезпечити статистичну репрезентативність отриманих даних. Важливим аспектом при аналізі даних є використання аналітичного пакета методики RDS (RDS AT), що дає можливість визначити структурні характеристики цільової групи дослідження та поширити отримані результати на всю когорту.

У 2011 р. дослідження реалізовувалось Українським інститутом соціальних досліджень ім. О. Яременка у співпраці з Українським центром профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України на замовлення МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».

Даний звіт містить результати біоповедінкового дослідження щодо рівня поінформованості, поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління.

Звіт буде корисним для дослідників, які вивчають проблеми, пов'язані з ВІЛ/СНІДом, поведінковими факторами ризику різних цільових груп, а також усім, хто працює з групами ризику, відповідає за рішення та реалізацію профілактичних програм – органам влади, державним та недержавним громадським організаціям. Результати моніторингу можуть використовуватися безпосередньо надавачами послуг для поліпшення організації та планування своєї роботи, поповнення інформаційної бази стосовно груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ та їх соціального оточення.

На сьогодні в Україні проведено низку біоповедінкових досліджень серед СІН, зокрема:

Таблиця 1

Перелік соціологічних досліджень, проведених серед СІН

Дослідження серед СІН	Виконавці	Рік	Міста проведення опитування	Вік опитаних, років	Загальна чисельність опитаних, осіб	
«Молоді люди, які вживають ін'єкційні наркотики: поінформованість, усвідомлення, ризику ВІЛ-інфікування, поведінка»	ЦСМ, ДЦССМ, ЮНІСЕФ, ЮНЕЙДС	2001	7 міст: Миколаїв, Харків, Чернігів, Червоноград, Севастополь, Мелітополь, Донецьк	14–53	638, з них: 449 чоловіків 189 жінок	
«Профілактика ВІЛ/СНІД серед молодих людей, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом»	Опитування споживачів ін'єкційних наркотиків, з них:	УІСД, ДІПСМ, ДЦССМ, ЮНІСЕФ, ЮНЕЙДС	2002	14 міст: Севастополь, Нововолинськ, Макіївка, Мелітополь, Червоноград, Миколаїв, Біляївка, Харків, Чернігів, Ялта, Дніпропетровськ, Нікополь, Кривий Ріг, Дніпро-дзержинськ.	14–55	1997, з них: 1521 чоловік 476 жінок

⁶ Методика RDS була розроблена на початку 1990-х рр. професором Дугласом Гекаторном (Douglas Heckathorn). Методику RDS розроблено, щоб зменшити обмеження інших форм реалізації вибіркової сукупності та охопити значно ширше коло респондентів. Відбір респондентів проводиться за допомогою соціальних зв'язків членів, які беруть участь у реалізації методики RDS.

Дослідження серед СІН		Виконавці	Рік	Міста проведення опитування	Вік опитаних, років	Загальна чисельність опитаних, осіб
	Користувачі послуг консультативних пунктів „Довіра”			9 міст: Севастополь, Нововолинськ, Макіївка, Мелітополь, Червоноград, Миколаїв, Біляївка, Харків, Чернігів	14–52	623, з них: 472 чоловіки 151 жінка
Розвиток системи управління, моніторингу та оцінки національної програми попередження ВІЛ/СНІД в Україні, яка спирається на епідеміологічний нагляд другої генерації, опитування СІН		ДІПСМ, ЦСМ, УІСД, ЮНІСЕФ	2002	7 міст: Донецьк, Одеса, Миколаїв, Полтава, Сімферополь, Луцьк, Харків	14–56	1407, з них: 1014 чоловіків 393 жінки
Оцінка ефективності проектів «Зменшення шкоди в Україні»		УІСД, МВ «Відродження»	2002	11 міст: Донецьк, Житомир, Кременчук, Львів, Суми, Ужгород, Черкаси, Івано-Франківськ, Київ, Чернігів, Чернівці	14–45	943, з них: 714 чоловіків 229 жінок
Оцінка можливостей розвитку в Україні програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків. «Аналіз можливості охоплення 60% СІН профілактичною роботою»		ЦСМ, ЮНІСЕФ, ЮНЕЙДС МФ «Відродження»	2002	20 міст: Сімферополь, Ялта (АР Крим); Вінниця; Нововолинськ (Волинська обл.); Кривий Ріг (Дніпропетровська обл.); Донецьк, Макіївка, Маріуполь (Донецька обл.); Запоріжжя; Луганськ, Алчевськ (Луганська обл.); Миколаїв; Одеса; Полтава; Первомайський та Куп'янськ (Харківська обл.); Хмельницький; Севастополь	13–50	1908, з них: 1382 чоловіки 526 жінок
«Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епіднагляду другого покоління за ВІЛ/СНІД»		ДІПСМ, АЛЬЯНС, МОЗ	2004	14 регіонів: Волинська, Дніпропетровська, Донецька, Миколаївська, Одеська, Полтавська, Рівненська, Сумська, Тернопільська, Харківська, Херсонська, Черкаська області, м. Київ та АР Крим	12–60	3542, з них: 2434 чоловіки 1108 жінок
«Профілактика залучення до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом уразливих груп підлітків та молоді» (методика RDS)		УІСД, ЮНІСЕФ	2004	4 міста: Київ, Одеса, Павлоград, Полтава	12–24	808, з них: 634 чоловіки 174 жінки
«ВІЛ-інфекція та Гепатит С серед споживачів ін'єкційних наркотиків у центральній Україні» ⁷		Ун-т Алабами в Бірмінгемі і Вінницький нац. мед. ун-т ІСОНRTA	2005	1 місто: м. Вінниця	18–55	380, з них: 311 чоловіків 69 жінок

⁷ HIV and Hepatitis C Virus Infections among Injection Drug Users in Central Ukraine

Дослідження серед СІН		Виконавці	Рік	Міста проведення опитування	Вік опитаних, років	Загальна чисельність опитаних, осіб	
«Моніторинг поведінки споживачів ін'екційних наркотиків»		УІСД ім. О. Яременка, АЛЪЯНС	2006	12 регіонів: АР Крим, Одеська, Миколаївська, Донецька, Херсонська, Черкаська, Дніпропетровська, Полтавська, Сумська, Волинська та Харківська області, м. Київ	13–58	1820, з них:	
						1289 чоловіків	
						531 жінка	
«Зменшення шкоди в контексті поширеності ВІЛ/СНІД серед ін'екційних споживачів наркотиків в Україні» (Опитування СІН в м. Запоріжжя)		УІСД ім. О. Яременка, Товариство Червоного Хреста України	2006	1 місто: м. Запоріжжя	15–49	301, з них:	
						196 чоловіків	
						105 жінок	
«Моніторинг поведінки споживачів ін'екційних наркотиків» (методика RDS)		УІСД ім. О. Яременка, АЛЪЯНС, НРІ RDS)	2007	14 регіонів: АР Крим, м. Київ, Волинська, Дніпропетровська, Донецька, Кіровоградська, Луганська, Миколаївська, Одеська, Полтавська, Сумська, Харківська, Херсонська, Черкаська	13–65	4143, з них:	
						3048 чоловіків	
						1095 жінок	
«Моніторинг поведінки споживачів ін'екційних наркотиків як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління» (методика RDS)		СОЦІС-ЦСПД, АЛЪЯНС, Центр СНІДу	2008	16 міст: Дніпропетровськ, Донецьк, Київ, Кіровоград, Луганськ, Луцьк, Львів, Миколаїв, Одеса, Полтава, Сімферополь, Суми, Харків, Херсон, Хмельницький, Черкаси	16–65	3711, з них:	
						2768 чоловіків	
						943 жінки	
«Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед СІН та їх статевих партнерів як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління» (методика RDS)	Споживачі ін'екційних наркотиків	УІСД ім. О. Яременка, АЛЪЯНС, Центр СНІДу	2009	17 міст: Сімферополь, Вінниця, Дніпропетровськ, Кривий Ріг, Житомир, Ужгород (Закарпатська обл.), Запоріжжя, Івано-Франківськ, Київ, Северодонецьк (Луганська обл.), Червоноград (Львівська обл.), Миколаїв, Рівне, Тернопіль, Черкаси, Чернівці, Чернігів	14–79	3962, з них:	
						2982 чоловіків	
						980 жінок	
	Статеві партнери споживачів ін'екційних наркотиків					16–63	609, з них:
							144 чоловіки
							465 жінок

Таким чином, дослідження, результати якого представлені в даній публікації, ґрунтується на багаторічному досвіді моніторингу поведінки та поширеності ВІЛ серед СІН в Україні.

МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» висловлює подяку членам Міжвідомчої робочої групи з питань моніторингу та оцінки ефективності виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу за допомогу в плануванні та підготовці до проведення даного дослідження, а також за коментарі до даних, наведених у Звіті. Альянс також вдячний канд. мед. наук, доценту Школи охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія» Т.І. Андреевій за надання експертних коментарів.

ПОНЯТІЙНИЙ АПАРАТ

Біоповедінкове дослідження – соціологічне поведінкове дослідження та біологічне дослідження, пов'язане в часі та місці, з одним і тим самим респондентом.

Вибіркова сукупність – частина генеральної сукупності, об'єкти якої виступають як основні об'єкти спостереження. Ця частина генеральної сукупності відбирається за спеціальними правилами так, щоб її характеристики відображали властивості всієї генеральної сукупності та дозволяли отримати повне уявлення про всю сукупність у цілому.

Види ін'єкційних наркотичних речовин: опіюїдні наркотичні речовини (основні: екстракт опію, героїн, трамадол/трамал), наркотики-стимулятори (основні: кокаїн, амфетамін, метамфетамін у вигляді порошку, метамфетамін у вигляді розчину, меткатінон, катінон, метилендіоксиметамфетамін), інші види наркотиків (основні: ЛСД, гриби).

Гомофілія — в RDS міра належності респондентів до групи (мінюється від +1 до -1): при значенні гомо філії +1 всі зв'язки респондента формуються тільки з іншими членами групи, при значенні 0 — без урахування приналежності інших до групи, а при значенні -1 — зв'язки формуються тільки з тими, хто не належить до групи¹.

ДІ — довірчий інтервал.

ДКТ – добровільне консультування (від лат. consultatio– звертання за порадою) та тестування (від англ. test– випробування) – медично-психологічне консультування певної особи з приводу ВІЛ-інфекції/СНІДу та пов'язане з консультуванням медичне тестування цієї особи на наявність антитіл до ВІЛ, що здійснюються на добровільній основі з боку такої особи.

ЗПТ – замісна підтримуюча терапія.

Ключові інформатори – представники організацій чи приватні особи, які володіють експертним знанням про групу, яка досліджується.

Ланцюжок рекрутингу– сукупність хвиль рекрутингу в їх хронологічній послідовності.

Медичний персонал дослідження – лікарський персонал центрів СНІДу, який здійснюватиме експрес-тестування респондентів та дослідження випадків раннього інфікування.

НУО – неурядова організація (у звіті також використовується поняття «громадська організація (ГО)»).

Первинні респонденти (у RDS) – учасники опитування, рекрутовані ГО, що працюють з цільовою групою, а не самими респондентами.

Поведінкове дослідження – дослідження поведінки групи СІН, що реалізується методом інтерв'ю „віч-на-віч”, тобто шляхом прямого спілкування інтерв'юера з респондентом.

Польовий етап дослідження – збір даних шляхом інтерв'ювання респондентів.

Рекрут (у RDS) – особа, вже рекрутована дослідницькою командою в місті або рекрутером, але яка ще не взяла участі в дослідженні (не стала учасником).

Рекрутер (у RDS) – людина, яка, пройшовши інтерв'ю, отримала купони, за допомогою яких може рекрутувати інших респондентів.

СІН – споживачі ін'єкційних наркотиків, цільова група дослідження.

Хвиля (у RDS) – сукупність респондентів, залучених рекрутерами одного рівня. Наприклад, особа, рекрутована безпосередньо первинним респондентом потрапляє до першої хвилі. Особи, рекрутовані учасниками першої хвилі, становлять другу хвилю. Послідовність хвиль становить ланцюжок рекрутингу.

Еквілібріум, або рівновага – стан, який настає починаючи з певного номера хвилі, який полягає в тому, що характеристики вибірки вже не змінюються, незважаючи на те, скільки ще людей буде до неї включено. Еквілібріум інколи називають конвергенцією або стабілізацією.

RDS (respondent driven sample) – вибірка, що спрямовується та реалізується респондентами.

OR – співвідношення шансів.

МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Метою дослідження було вивчення поведінкових практик щодо вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом, використання презерватива, тестування на ВІЛ, рівня знань про шляхи передачі ВІЛ-інфекції, виявлення рівня поширеності ВІЛ-інфекції та гепатиту С серед СІН.

Дизайн дослідження

Для збору поведінкових та епідеміологічних даних було обрано крос-секційний дизайн дослідження, який дозволяє отримати дані на конкретний період часу.

Для рекрутингу респондентів до дослідження застосована методологія RDS (Respondent Driven Sample) – вибірка, що спрямована та реалізована самими респондентами.

Вибірка та географічне охоплення

Дослідження було проведено в 26 містах України. Вибірка дослідження склала 9069 СІН. Розмір вибіркової сукупності в кожному місті дослідження наведено в таблиці 2. Розрахунок вибіркової сукупності для кожного міста опитування ґрунтувався на даних щодо рівня епідемії ВІЛ у різних регіонах України: для міст з високим рівнем поширеності ВІЛ вибірка становила 500 респондентів, для міст із середнім рівнем епідемії – 300–350 респондентів, для міст із низьким рівнем епідемії – 200–250 респондентів.

Критеріями включення респондентів до дослідження були:

- вік (не молодші за 14 років);
- наявність досвіду вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом протягом останніх 30 днів;
- проживання або перебування тривалий час у місті опитування.

Для підтвердження, що рекрутований дійсно є споживачем ін'єкційних наркотиків, інтерв'юери перед початком інтерв'ю використовували спеціально розроблену скринінгову форму.

Реалізована вибіркова сукупність

Місто опитування	Кількість опитаних СІН	Кількість первинних респондентів	
		Заплановано	Взяли участь у дослідженні
Сімферополь (АР Крим)	500	4	4
Дніпропетровськ	499	4	5
Донецьк	500	4	4
Київ	508	4	5
Миколаїв	500	4	6
Одеса	500	4	4
Вінниця	350	3	3
Житомир	350	3	3
Кіровоград	350	3	5
Луцьк	352	3	3
Полтава	350	3	3
Рівне	350	3	3
Суми	350	3	3
Харків	353	3	3
Херсон	351	3	5
Хмельницький	350	3	4
Черкаси	356	3	3
Чернігів	349	3	3
Біла Церква (Київська обл.)	300	3	3
Івано-Франківськ	250	2	3
Луганськ	251	2	2
Львів	250	2	2
Запоріжжя	200	2	2
Тернопіль	200	2	3
Ужгород (Закарпатська обл.)	200	2	2
Чернівці	200	2	2
Всього	9069	77	88

Методологія RDS передбачає участь респондентів 2 категорій:

1. Первинні респонденти – респонденти-СІН, рекрутинг яких здійснено відповідно до певних характеристик (невипадковим шляхом).

2. Вторинні респонденти – учасники опитування, рекрутинг яких здійснено самими респондентами-СІН.

Відбір первинних респондентів відбувався в тісній співпраці з регіональними громадськими організаціями, що надають послуги СІН та є суб-гранте-рами МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».

Первинні респонденти були відібрані відповідно до таких критеріїв:

- представники вікової групи до 25 років;
- проживання в різних районах міст дослідження;
- ВІЛ-негативний статус(за свідченням самих СІН);
- Не є клієнтами ВІЛ-сервісної НУО.

Згідно із заданими критеріями в кожному місті були відібрані первинні респонденти⁸ із такими характеристиками:

- жінка-СІН;
- респондент віком 14–19 років (включно);
- респондент зі стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом менше двох років;
- респондент, що вживає тільки наркотики-стимулятори.

Відібрані первинні респонденти виступали в ролі рекрутерів. Якщо рекрутований первинний респондент відмовлявся виступити в ролі «рекрутера», то його не вважали «результативним» і замінювали іншим СІН з такими самими характеристиками. Всі респонденти, крім первинних СІН, є вторинними.

Технологія рекрутингу респондентів представлена на схемі 1.

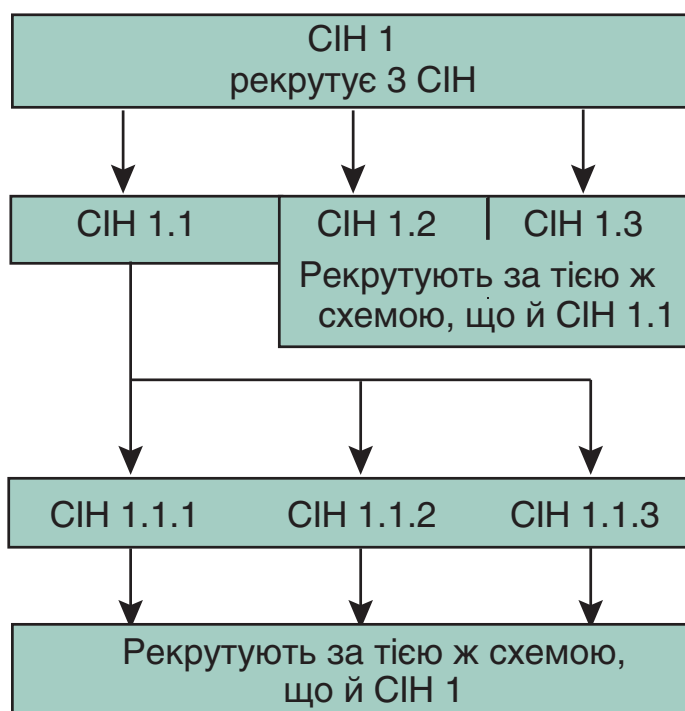


Схема 1. Технологія рекрутингу респондентів

Інструменти дослідження

Інструментарій для опитування споживачів ін'єкційних наркотиків розроблений на базі інструментарію, що використовувався в дослідженнях моніторингу поведінки СІН у 2007, 2008 та 2009 рр., та включає набір запитань для розрахунку національних показників згідно з Методичними рекомендаціями з проведення досліджень для моніторингу відповіді країни на епідемію ВІЛ-інфекції⁹.

⁸ Первинний респондент може відповідати декільком з наведених параметрів, наприклад, це може бути жінка віком від 14 до 18 років або жінка, яка вживає наркотики-стимулятори.

⁹ Методичні рекомендації з проведення досліджень для моніторингу відповіді країни на епідемію ВІЛ-інфекції / [Балакірева О.М., Варбан М.Ю., Довбах Г.В. та ін.], МБФ «Міжнар. Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». – К., 2008. – 96 с.

Епідеміологічний компонент дослідження

В рамках дослідження проводилося тестування крові СІН на ВІЛ та гепатит С.

Для тестування крові СІН у межах дослідження використано швидкий тест для визначення антитіл до ВІЛ ½, NEWVISIONDIAGNOSTICS «ПРОФІТЕСТ»¹⁰ та швидкий тест для діагностики гепатиту С, NEWVISIONDIAGNOSTICS «ПРОФІТЕСТ»¹¹. Проведення дотестового та післятестового консультування забезпечували медичні працівники центрів СНІД, представники громадських організацій, які мають сертифікат на проведення ДКТ.

Етичні засади дослідження

Протокол та інструментарій дослідження пройшли експертизу «Комісії з професійної етики соціолога» Соціологічної асоціації України. Етичні засади дослідження розроблені на базі кодексу професійної етики соціолога САУ та Гельсінської декларації етичних принципів для проведення досліджень.

Епідеміологічний компонент пройшов експертизу Комітету з питань медичної етики Інституту епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського АМН України.

Основними етичними принципами дослідження були: *конфіденційність, добровільна участь та інформована згода*. Після детального пояснення теми дослідження, процедури та умов участі, всі респонденти підписали форму інформованої згоди.

Робочі гіпотези проекту:

1. Головним чинником інфікування ВІЛ та гепатитом С серед СІН є небезпечні практики вживання ін'єкційних наркотиків та незахищені сексуальні стосунки.

2. Поширеність ВІЛ серед жінок є вищою, ніж серед чоловіків, що зумовлено частішим залученням жінок до незахищених сексуальних стосунків та користуванням спільним ін'єкційним інструментарієм.

3. Імовірність інфікування ВІЛ та гепатитом С є вищою серед дорослих СІН із великим стажем вживання ін'єкційних наркотиків.

4. Охоплення профілактичними програмами та користування послугами громадських організацій виступають своєрідним бар'єром для інфікування ВІЛ та гепатитом С.

Аналіз даних

Обробка даних за допомогою пакета RDSAT передбачає роботу з локальними мережевими спільнотами, внутрішньо пов'язаними відносинами знайомства, для характеристик яких разом із статистичними показниками розраховано довірчі інтервали за методом BOOT STRAP. Тому регіональний розподіл даних, поданий у звіті, базується на аналізі даних у пакеті RDSAT.

¹⁰ Свідоцтво про державну реєстрацію № 8918/2009 від 05.10,2009 Каталогний № ІТР02002 ТС40,

¹¹ Свідоцтво про державну реєстрацію № 8919/2009 від 05.10,2009 Каталогний № ІТР01102 ТС40,

Результати такої оцінки є набагато точнішими, ніж звичайні вибіркові середні, оскільки пакет RDSAT при розрахунках враховує розмір мережі та рекрутинг респондентів. При розрахунку «вагів» у пакеті RDSAT враховується розмір мережі знайомих СІН, коефіцієнти є вищими для СІН, які мають невелику кількість знайомих серед СІН, та нижчими для тих, хто має велику кількість знайомих.

Для розрахунку даних на національному рівні до статистичного пакета SPSS.PC. було імпортовано ваги, розраховані для кожного окремого міста у пакеті RDSAT. Аналіз на основі зваженого масиву дозволив виявити, що жінки-СІН в порівнянні із чоловіками мають менші соціальні мережі, тому їх частка в масиві даних після зваження була збільшена. Тож аналіз даних на національному рівні здійснено за допомогою статистичного пакету SPSS.PC на масиві даних, що зважені на основі коефіцієнтів, розрахованих в пакеті RDSAT залежно від віку респондентів.

Здебільшого для аналізу даних використано описову статистику – одновимірні та двовимірні розподіли даних. Значущість усіх відмінностей у відсотках між різними групами перевірено за статистичним критерієм значимості χ^2 -квдрат (χ^2). Таким чином, для демонстрації значущості зв'язку між змінними в більшості таблиць поданий рівень значущості p -value, розрахований за допомогою χ^2 (наявність значимих відмінностей: $p < 0,1$; $p < 0,05$; $p < 0,001$).

Для визначення чинників інфікування на ВІЛ та гепатит С застосований метод регресійного аналізу (представлено в підрозділі 5.3). Для перевірки індивідуального ризику інфікування ВІЛ та гепатитом С були побудовані логістичні регресійні моделі. Залежними змінними для такого аналізу є результати тестування на ВІЛ та гепатит С, що були отримані в рамках зв'язаного дослідження. Змінні, які пояснюють варіації ВІЛ-статусу та інфікування гепатитом С є демографічні характеристики (стать респондента), стаж уживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом і небезпечні ін'єкційні та сексуальні практики.

З метою комплексного моделювання чинників інфікування ВІЛ/вірусом гепатиту С були побудовані багатовимірні лінійні регресії, що дозволяє оцінити зв'язок між окремими чинниками на мікро- (індивідуальний рівень) та макрорівнях (структурні чинники). На макрорівні визначали зв'язки з такими чинниками, як демографічні характеристики (стать респондента), наявність парентерального ризику через небезпечне вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, наявність сексуального ризику, стаж вживання наркотиків, наявність партнера-СІН, наявність досвіду перебування в місцях позбавлення волі. На груповому рівні (макрорівень) оцінювалися зв'язки зі структурними чинниками, що описують характеристики регіону, де проходило опитування: середній рівень знань щодо шляхів інфікування серед популяції СІН у регіоні; число неурядових організацій (НУО), які працюють із СІН; середній рівень охоплення СІН профілактичними програмами НУО; динаміка поширеності ВІЛ/вірусу гепатиту С впродовж останніх років.

Аналіз динаміки

З метою аналізу соціально-демографічних змін у популяції СІН, поведінки, рівня інфікування ВІЛ тощо, у звіті використовувалися дані попередніх біоповедінкових досліджень 2008 та 2009 рр. В 2011 р. дослідження проводилось в 26 містах України, у 2008 році – в 16 та в 2009 р. – в 17 містах, тому задля коректного порівняння та відповідності кількості міст масиви даних 2009 та 2008 роками були об'єднані. У разі, якщо міста 2008 та 2009 рр. збігалися, аналіз даних у цих містах проводили на основі дослідження 2009 р.

В таблиці з представлений розподіл міст досліджень 2008 та 2009 рр. (N=6460), які були обрані для порівняння з 2011 р. (N=9069).

Таблиця 3

Обрані міста для оцінки динаміки змін поведінки СІН у 2011 р. порівняно з 2008–2009 роками

	Місто опитування
Географія дослідження 2011 р.	Сімферополь, Дніпропетровськ, Донецьк, Київ, Миколаїв, Одеса, Вінниця, Житомир, Кіровоград, Луцьк, Полтава, Рівне, Суми, Харків, Херсон, Хмельницький, Черкаси, Чернігів, Біла Церква (Київська обл.), Івано-Франківськ, Луганськ, Львів, Запоріжжя, Тернопіль, Ужгород, Чернівці
Міста, обрані для порівняння з дослідження 2009 р.	Сімферополь, Дніпропетровськ, Київ, Миколаїв, Вінниця, Житомир, Рівне, Черкаси, Чернігів, Івано-Франківськ, Запоріжжя, Тернопіль, Ужгород, Чернівці
Міста, обрані для порівняння з дослідження 2008 р.	Донецьк, Миколаїв, Одеса, Кіровоград, Луцьк, Полтава, Суми, Харків, Херсон, Хмельницький, Луганськ, Львів

Інструментарій, використаний у різні роки, мав деякі відмінності за кількістю та змістом запитань, тому порівняння даних дослідження здійснюється лише у тих випадках, коли запитання були однаково сформульовані.

Обмеження дослідження

Крос-секційний дизайн дослідження дозволяє отримати основні поведінкові показники серед СІН на конкретний період часу, але обмежує дослідників у виявленні факторів та причинно-наслідкового зв'язку. Усі дані щодо наявності ризикованої або безпечної щодо ВІЛ поведінки отримані шляхом самодекларації СІН під час опитування, що може зумовлювати отримання соціально очікуваних відповідей від респондентів. Зважаючи на це, дані щодо використання стерильного інструментарію та використання презерватива можуть бути дещо завищеними. Проведення профілактичної роботи серед СІН, їх участь у різних профілактичних програмах, статус клієнта громадської організації, попередня участь у подібних дослідженнях також може підвищувати обізнаність СІН щодо відповідей на запитання анкети про дотримання безпечних щодо ВІЛ-інфекції практик поведінки.

Розмір реалізованих вибірок у містах опитування не є достатнім для впевненості в репрезентативності даних на регіональному рівні. Також відсутні надійні статистичні дані щодо соціально-демографічних характеристик СІН, кількості клієнтів та не клієнтів НУО, рівня охоплення профілактичними програмами тощо, які могли б бути використані для «зважання» масиву даних. Зважаючи на це, про репрезентативність отриманих результатів можна стверджувати лише щодо даних національного рівня. Регіональні дані не можна вважати репрезентативними, але вони можуть трактуватися як описові та такі, що характеризують моделі поведінки та інші показники для певної частки СІН в тому чи іншому місті опитування.

Запитання про вживання дезоморфіну було додано до анкети після початку польового етапу дослідження, тому аналіз даних щодо вживання дезоморфіну розраховується не на весь масив, а містить відповіді лише 6980 респондентів.

Валідізація даних

Дослідницька команда УІСД ім. О.Яременка, представники МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» та залучені консультанти здійснили моніторингові візити до місць опитування, що дозволило виявити порушення методології дослідження, усунути їх та попередити повторення подібних порушень в інших містах дослідження. У разі виявлення грубих порушень методології дослідження, що могли вплинути на результати дослідження, анкети відбракувалися та опитувалися нові респонденти згідно з проведеним додатковим інструктажем.

Для попередження помилок на етапі вводу даних 10% анкет були введені повторно. Результати зіставлення першого та повторного введення даних засвідчили належну якість вводу. Логічний контроль проводився на етапі обробки масиву даних, для чого був залучений незалежний консультант.

Зазначені етапи перевірки процесу збору та обробки даних дозволили мінімізувати помилки окремих виконавців дослідження на етапі проведення польового етапу дослідження та обробки даних.

Обробка пропущених даних

У звіті подані відсотки, розраховані із числа респондентів, які дали змістовні відповіді на запитання. В кожному розділі зазначено число СН, виключених із аналізу через те, що не змогли відповісти на запитання. У разі, якщо запитання ставилося не всім респондентам за заданим в інструментарії дослідження критерієм (запитання-фільтр), то аналіз здійснювався із числа осіб, які повинні були відповідати на поставлене запитання.

Соціальний портрет споживачів ін'єкційних наркотиків

У розділі поданий аналіз даних щодо соціально-демографічних характеристик СІН, таких як стать, вік, сімейний стан, освіта та рід зайнятості. Аналіз даних представлений на національному та регіональному рівнях. Також представлені структурні зміни в популяції СІН порівняно з 2008/2009 рр.

1.1. Соціально-демографічні характеристики СІН

Методологія дослідження передбачала проведення дослідження серед СІН – мешканців міст дослідження. Тому серед опитаних респондентів майже всі респонденти зазначили, що вони проживають в місті опитування, лише 1,2% не є мешканцями міст, а приїжджають до міста із сусідніх населених пунктів та проводять в місті більшу частину свого часу.

Дані щодо статі та віку були отримані від усіх 9069 респондентів. На запитання про освітній рівень 21 респондент не дав відповідь, сімейний стан не відмітили 16 СІН, про основне заняття не сказали 26 респондентів, 29 осіб зазначили «важко відповісти» щодо того, як довго проживають в місті опитування, що у даному аналізі розглядається як втрата інформації. Соціально-демографічний склад СІН представлений у таблиці 1.1.1.

Статевий розподіл свідчить, що популяція СІН представлена більшою мірою чоловіками – трохи більше чверті (27,5%) складають жінки. Найбільш наповненою віковою групою є СІН старші 25 років – 83,3%, що може свідчити і про характеристики популяції СІН, і про те, що молоді СІН не схильні брати участь у дослідженні та залишаються важкодоступною групою. Більше половини СІН мають середній рівень освіти (57,3%), ще 17,7% та 9,5% мають базову вищу та повну вищу освіту, але відсоток СІН, які працюють, становить 61,8%, з них 40,6% мають лише випадкові заробітки. Майже половина опитаних (45,6%) протягом життя мали досвід офіційного шлюбу, 64% мали досвід перебування у неофіційному шлюбі, тобто коли-небудь впродовж життя проживали разом із сексуальним партнером. Але на момент дослідження лише 16,1% СІН перебували в офіційно зареєстрованому шлюбі, ще третина (33,1%) перебували у неофіційному шлюбі, 50,8% не перебували в зареєстрованому шлюбі та не проживали разом із сексуальним партнером, що свідчить про те, що більше половини СІН не схильні до постійних шлюбних стосунків.

Таблиця 1.1.1

Розподіл СІН за статтю, віком, освітою, сімейним станом, місцем проживання та родом зайнятості, абсолютні числа та відсотковий розподіл

Характеристики/ практики		Кількість у вибірці	Частка в масиві, %
Стать	Чоловіча	6578	72,5
	Жіноча	2491	27,5
Вік	14–19 років	246	2,7
	20–24 роки	1262	13,9
	25–34 роки	4029	44,4
	35 років та старше	3532	38,9
Освіта	Початкова	234	2,6
	Базова (неповна) середня	1175	13,0
	Повна загальна середня	5181	57,3
	Базова вища	1604	17,7
	Повна вища	855	9,5
Сімейний стан	Одружений/заміжня або живу разом з жінкою/чоловіком	1135	12,5
	Одружений/заміжня, але маю іншого сексуального партнера/партнерів	110	1,2
	Офіційно не одружений/незаміжня, але живу разом із сексуальним партнером	2993	33,1
	Одружений/заміжня, не живу разом ні з жінкою/чоловіком, ні з іншим сексуальним партнером	214	2,4
	Неодружений/незаміжня, не живу разом із сексуальним партнером	4600	50,8
Місце народження та проживання	Народився в місті проживання	7550	83,5
	Не живу постійно, приїжджаю час від часу	108	1,2
	Проживає менше року	58	0,6
	Проживає більше року	1324	14,7
Рід діяльності	Навчаються	281	3,1
	Працюють	5587	61,8
	Не навчаються та не працюють	3175	35,1
Всього СІН		9069	

Зважування масиву даних здебільшого вплинуло на статевий та віковий розподіл, тому аналізу структури за статтю та віком приділено окрему увагу і в таблицях 1.1.2 та 1.1.3 подано аналіз розриву між вибірковими та оціночними даними по кожному регіону опитування.

Таблиця 1.1.2

**Розподіл СН за статтю у 26 містах опитування,
абсолютні числа, відсотковий розподіл та довірчі інтервали**

Місто	Стать	Кількість у вибірці	Частка у вибірці	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS
Сімферополь	Чоловіча	319	63,8	66,8	62,8–70
	Жіноча	181	36,2	33,2	30,0–37,2
Вінниця	Чоловіча	261	74,6	69,9	64,7–74,5
	Жіноча	89	25,4	30,1	25,5–35,3
Луцьк	Чоловіча	288	81,8	81,5	76,9–86,1
	Жіноча	64	18,2	18,5	13,9–23,1
Дніпропетровськ	Чоловіча	348	69,7	72,6	67,1–77,6
	Жіноча	151	30,3	27,4	22,4–32,9
Донецьк	Чоловіча	333	66,5	70,1	64,9–74,3
	Жіноча	168	33,5	29,9	25,7–35,1
Житомир	Чоловіча	269	76,9	75,3	70,3–79,6
	Жіноча	81	23,1	24,7	20,4–29,7
Ужгород	Чоловіча	158	79,0	72,6	61,9–83,2
	Жіноча	42	21,0	27,4	16,8–38,1
Запоріжжя	Чоловіча	156	78,0	81,2	74,3–87,6
	Жіноча	44	22,0	18,8	12,4–25,7
Івано-Франківськ	Чоловіча	189	75,6	73,1	66,7–79,2
	Жіноча	61	24,4	26,9	20,8–33,3
Біла Церква	Чоловіча	245	81,9	77,7	67,4–86,4
	Жіноча	54	18,1	22,3	13,6–32,7
Київ	Чоловіча	410	80,7	70,2	64,0–79,5
	Жіноча	98	19,3	29,8	20,5–36
Кіровоград	Чоловіча	303	86,6	84,1	77,9–90,4
	Жіноча	47	13,4	15,9	9,6–22,2
Луганськ	Чоловіча	182	72,5	62,9	53,2–72,4
	Жіноча	69	27,5	37,1	27,6–46,8
Львів	Чоловіча	189	75,6	71,7	65,0–78,4
	Жіноча	61	24,4	29,3	21,6–35,1
Миколаїв	Чоловіча	361	72,2	75,7	71,6–79,9
	Жіноча	139	27,8	24,3	20,1–28,4
Одеса	Чоловіча	383	76,6	76,7	73,1–79,7
	Жіноча	117	23,4	23,3	20,3–26,9
Полтава	Чоловіча	220	62,9	62,7	56,5–69,6
	Жіноча	130	37,1	37,3	30,4–43,5
Рівне	Чоловіча	324	92,6	90,8	87,2–93,6
	Жіноча	26	7,4	9,2	6,4–12,8
Суми	Чоловіча	255	72,9	65,3	60,5–70,1
	Жіноча	95	27,1	34,7	30,0–39,6
Тернопіль	Чоловіча	156	78,0	78,3	70,0–85,6
	Жіноча	44	22,0	21,7	14,4–30
Харків	Чоловіча	261	73,9	73,8	67,5–79,9

Місто	Стать	Кількість у вибірці	Частка у вибірці	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS
Херсон	Жіноча	92	26,1	26,2	20,1–32,5
	Чоловіча	276	78,6	77,8	73,3–82,5
	Жіноча	75	21,4	22,2	17,5–26,7
Хмельницький	Чоловіча	272	77,7	75,4	70,4–80,3
	Жіноча	78	22,3	24,6	19,7–29,6
Черкаси	Чоловіча	198	55,6	51,9	47,5–55,5
	Жіноча	158	44,4	48,1	44,5–52,5
Чернівці	Чоловіча	137	68,5	62,1	55,5–68,6
	Жіноча	63	31,5	37,9	31,4–44,5
Чернігів	Чоловіча	259	74,2	72,9	68,3–77,3
	Жіноча	90	25,8	27,1	22,7–31,7

Частка жінок у вибірці в більшості міст не виходить за межі довірчих інтервалів, розрахованих за допомогою RDSAT, крім м. Луганськ, Вінниця, Донецьк, Київ та Суми. Різниця між часткою жінок у вибірці та оціночною часткою за RDSAT коливається в межах 0,3–10,5%. Існує суттєва різниця між представленістю жінок серед СІН в різних містах України. Згідно з оцінкою RDSAT жінки серед СІН складають від 9,2% (м. Рівне) до 48,1% (м. Черкаси).

Таблиця 1.1.3

Розподіл СІН за віковими групами у 26 містах опитування, абсолютні числа, відсотковий розподіл та довірчі інтервали

Місто	Вік респондента	Кількість у вибірці	Частка у вибірці	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS
Сімферополь	14–19 років	10	2,0	1,3	0,5–2,3
	20–24 роки	73	14,6	12,5	9,9–14,9
	25–34 роки	193	38,6	36,5	32,8–41,1
	35 і старше	224	44,8	49,7	44,8–54,4
Вінниця	14–19 років	10	2,9	5,9	3,0–9,5
	20–24 роки	36	10,3	12,2	8,8–16,6
	25–34 роки	164	46,9	44,1	38,4–49,1
	35 і старше	140	40,0	37,8	32,6–42,5
Луцьк	14–19 років	1	0,3	–*	–
	20–24 роки	34	9,7	11,6	7,7–15,6
	25–34 роки	148	42	45,8	39,8–51,6
	35 і старше	169	48	42,6	36,8–48,9
Дніпропетровськ	14–19 років	11	2,2	1,7	0,8–2,9
	20–24 роки	28	5,6	4,5	2,9–6,6
	25–34 роки	152	30,5	25,1	20,6–29,8
	35 і старше	308	61,7	68,7	63,3–73,7

Продовження таблиці 1.1.3

Місто	Вік респондента	Кількість у вибірці	Частка у вибірці	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS
Донецьк	14–19 років	17	3,4	4,1	2,3–6,2
	20–24 роки	50	10	12,7	9,0–16,6
	25–34 роки	250	49,9	48,2	42,9–54,1
	35 і старше	184	36,7	35	29,1–40,7
Житомир	14–19 років	20	5,7	4,7	2,7–7,2
	20–24 роки	95	27,1	25,9	21,6–30,6
	25–34 роки	188	53,7	57,1	51,5–61,8
	35 і старше	47	13,4	12,4	8,7–16,7
Ужгород	14–19 років	5	2,5	2,6	0,8–4,9
	20–24 роки	51	25,5	32,2	20,3–45,9
	25–34 роки	68	34,0	30,1	21,9–38,1
	35 і старше	76	38,0	35,1	25,0–45,5
Запоріжжя	14–19 років	2	1,0	0,5	0,4–1,5
	20–24 роки	14	7,0	7,0	2,7–12,1
	25–34 роки	116	58,0	59,5	50,8–67,8
	35 і старше	68	34,0	33,1	25,2–41,2
Івано-Франківськ	14–19 років	2	0,8	–	–
	20–24 роки	45	18,0	18,3	14,1–24,2
	25–34 роки	131	52,4	46,6	38,7–54,4
	35 і старше	72	28,8	35,2	25,6–44,1
Біла Церква	14–19 років	13	4,3	5,2	1,1–10,5
	20–24 роки	27	9,0	7,6	4,1–11,1
	25–34 роки	139	46,5	47,9	37,5–58,8
	35 і старше	120	40,1	39,3	29,9–50,8
Київ	14–19 років	8	1,6	1,4	0,5–2,6
	20–24 роки	95	18,7	17,1	13,1–22
	25–34 роки	307	60,4	64,2	57,8–69,9
	35 і старше	98	19,3	17,3	12,6–22,2
Кіровоград	14–19 років	10	2,9	2,7	0,9–5,8
	20–24 роки	64	18,3	12,4	8,1–16,8
	25–34 роки	144	41,1	31,1	25,2–37,1
	35 і старше	132	37,7	53,8	45,4–61,6
Луганськ	14–19 років	9	3,6	4,5	0,7–4
	20–24 роки	51	20,3	25,8	16,2–38
	25–34 роки	121	48,2	41,6	32,8–51,6
	35 і старше	70	27,9	28,1	18,1–36,7
Львів	14–19 років	13	5,2	4,3	1,8–6,9
	20–24 роки	31	12,4	13,5	7,8–19,3
	25–34 роки	93	37,2	33,6	26,7–40,2
	35 і старше	113	45,2	48,6	41,5–56,9
Миколаїв	14–19 років	3	0,6	0,3	0,1–0,7
	20–24 роки	31	6,2	4,1	2,6–6,2
	25–34 роки	190	38	37,7	32,5–43
	35 і старше	276	55,2	58,0	52,1–63

Продовження таблиці 1.1.3

Місто	Вік респондента	Кількість у вибірці	Частка у вибірці	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS
Одеса	14–19 років	15	3,0	3,3	1,6–4,9
	20–24 роки	76	15,2	14,3	11,1–17,4
	25–34 роки	192	38,4	37,5	33,3–41,9
	35 і старше	217	43,4	44,9	40,1–49,9
Полтава	14–19 років	5	1,4	1,9	0,5–4,5
	20–24 роки	50	14,3	16	10,6–21,8
	25–34 роки	125	35,7	38,5	32,3–45,3
	35 і старше	170	48,6	43,6	36,2–50,5
Рівне	14–19 років	6	1,7	2,2	0,8–3,8
	20–24 роки	46	13,1	11,8	8,6–15,7
	25–34 роки	154	44,0	41,8	35,5–48,1
	35 і старше	144	41,1	44,2	37,2–50,9
Суми	14–19 років	10	2,9	3,5	1,4–5,7
	20–24 роки	64	18,3	20,8	16,5–25,3
	25–34 роки	198	56,6	56,7	51,1–62,4
	35 і старше	78	22,3	18,9	14,9–22,9
Тернопіль	14–19 років	15	7,5	4	0,8–8,6
	20–24 роки	30	15,0	11,7	7,8–18,6
	25–34 роки	93	46,5	56,8	44,4–65,6
	35 і старше	62	31,0	27,5	19,2–37,7
Харків	14–19 років	8	2,3	4,1	0,7–9,4
	20–24 роки	29	8,2	7,8	4,8–11,3
	25–34 роки	168	47,6	40,6	34,4–46,8
	35 і старше	148	41,9	47,4	40,8–54,2
Херсон	14–19 років	5	1,4	0,8	0,1–1,6
	20–24 роки	37	10,5	10	6,3–13,5
	25–34 роки	168	47,9	45,3	40–50,9
	35 і старше	141	40,2	43,9	38,4–50,1
Хмельницький	14–19 років	5	1,4	1,6	0,2–3,5
	20–24 роки	34	9,7	7,6	5–10,7
	25–34 роки	161	46,0	44,2	38,5–50,2
	35 і старше	150	42,9	46,6	40,4–52,6
Черкаси	14–19 років	26	7,3	7,7	5,2–10,4
	20–24 роки	70	19,7	21,4	17,4–25,9
	25–34 роки	178	50,0	49,2	44–54,8
	35 і старше	82	23,0	21,7	16,9–25,9
Чернівці	14–19 років	2	1,0	0,5	0,4–1,6
	20–24 роки	44	22,0	31,2	22,6–42,3
	25–34 роки	118	59,0	56,1	45–64,4
	35 і старше	36	18,0	12,2	7,8–16,6
Чернігів	14–19 років	12	3,4	4,1	2,2–6,2
	20–24 роки	52	14,9	16,2	11,8–20,5
	25–34 роки	187	53,6	52,2	46,5–57,9
	35 і старше	98	28,1	27,6	22,8–32,8

*Зважаючи на малу кількість рекрутованих оцінка не може бути здійснена.

Частка у вибірці різних вікових груп у більшості міст не виходить за межі довірчих інтервалів, крім м. Вінниця (вікова група 14–19 років), Дніпропетровськ (вікова група 25–34 роки), Кіровоград (вікові групи 20–24 роки, 25–34 роки та 35 років і старші) та Харків (вікова група 25–34 роки). Найбільша різниця між часткою вказаних вікових груп у вибірці та оціночною часткою за RDSAT спостерігається в м. Кіровоград (+16,1% для групи 35 років і старші), Чернівці (+9,2% для групи 20–24 роки), Тернопіль (+10,3% для групи 25–34 роки), Луганськ (+5,5% для групи 20–24 роки), Сімферополь (+5,5% для групи 20–24 роки), Херсон та Хмельницький (+3,7% для групи 35 років і старші).

Результати аналізу є свідченням суттєвої різниці між представленістю різних вікових груп серед популяції СІН у різних містах України. Найбільша популяція підлітків-СІН представлена в м. Черкаси та складає 7,7%. Популяція 20–24-річних СІН коливається в межах 4,1–32,2% (м. Миколаїв та Ужгород відповідно), 25–34-річних – 25,1–64,2% (м. Дніпропетровськ та Київ відповідно), 35-річних і старше – 12,2–68,7% (м. Чернівці та Дніпропетровськ відповідно).

Середній вік СІН становить 33 роки. Проведене порівняння середнього віку в різних містах дослідження за допомогою тесту Фішера, показало значущість різниці. Наймолодший середній вік серед СІН м. Житомир (27,8 року), найстарший – м. Дніпропетровськ (39,7 року) (див. рис. 1.1.1).

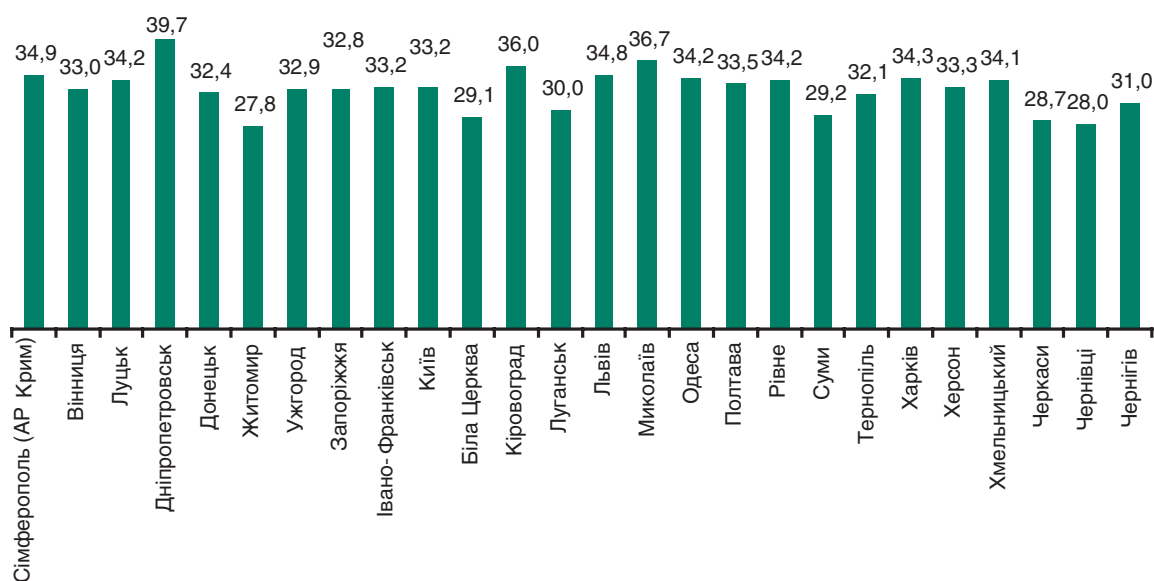


Рис. 1.1.1. Середній вік СІН залежно від міста опитування, роки (різниця значуща: $p < 0,001$ (тест Фішера))

Досвід перебування в місцях позбавлення волі

Кожен третій опитаний СІН має досвід перебування в місцях позбавлення волі, переважно терміном від одного до п'яти років (81,5%) (див. табл. табл. 1.1.4).

Таблиця 1.1.4

Наявність досвіду та частота перебування в місцях позбавлення волі, відсотковий розподіл

Перебували в місцях позбавлення волі	31,6
<i>Серед них:</i>	
менше року	9,0
1–2 роки	37,7
3–5 років	43,8
6 років і більше (макс. 26 років)	9,5
Не перебували в місцях позбавлення волі	68,4

Частка чоловіків, які відповіли, що мають досвід перебування в місцях позбавлення волі, є більшою, ніж серед жінок (37,1 проти 17,1%, різниця значуща $p < 0,001$). Для більшості СІН (84,3%) із числа тих, хто відбував покарання в місцях позбавлення волі, строк ув'язнення становив більше року тому (див. табл. 1.1.5).

Таблиця 1.1.5

Розподіл відповідей на запитання: «Коли Ви звільнились з місця позбавлення волі останнього разу?» (N=2822), відсотковий розподіл

Менше місяця тому	1,6
Від 1 до 6 місяців тому	7,1
Від 6 місяців до 1 року	7,0
Від 1 року до 3 років тому	20,8
Від 3 до 5 років тому	26,2
Від 5 до 10 років тому	23,8
Більше 10 років тому	13,5

Розмір соціальної мережі СІН

Отримані дані щодо кількості знайомих демонструють, що цій групі характерна комунікативна активність із іншими споживачами ін'єкційних наркотиків. Про те, що вони знають більш ніж 6 інших споживачів ін'єкційних наркотиків, зазначили більше половини (57,8%) опитаних (див. табл. 1.1.6).

Таблиця 1.1.6

Кількість знайомих СІН (знають ім'я один одного), які вживали наркотики ін'єкційним шляхом протягом останніх 30 днів*, відсотковий розподіл

Кількість знайомих	Чоловіки	Жінки	Серед усіх
1–5 осіб	17,3	19,9	18,0
6–10 осіб	28,4	31,3	29,1
11–20 осіб	26,2	26,5	26,3
21 особа та більше	28,2	22,2	26,7

*Різниця за статтю значуща $p < 0,01$.

Чоловіки в порівнянні із жінками мають дещо більшу кількість знайомих СІН, особливо помітна різниця питомої ваги чоловіків та жінок, що мають 21 та більше знайомих СІН (28,2 проти 22,2%). Старші СІН (25 років та старші) мають більшу мережу знайомих у порівнянні з молодими СІН (14–24 роки), різниця є статистично значущою ($p < 0,001$).

Статус клієнта громадської організації, що працює з СІН

Користування послугами громадської організації характерно для майже третини опитаних – 29,4% СІН вказали, що вони є клієнтами організації. Серед жінок та старших СІН питома вага клієнтів дещо вища, ніж серед чоловіків та молодих СІН (див. табл. 1.1.7).

Таблиця 1.1.7

Питома вага клієнтів громадської організації, що працює із СІН, залежно від статі та віку опитаних, відсотковий розподіл

Характеристики/практики	Частка СІН
<i>Стать респондентів:</i>	
Чоловіча	28,1
Жіноча	32,8
<i>Вік респондентів:</i>	
14–19 років	15,0
20–24 роки	21,7
25–34 роки	33,4
35 років та старші	28,6

За регіонами клієнти ВІЛ-сервісних організацій представлені нерівномірно, і в деяких містах перевищують 60% (Луцьк, Суми, Черкаси, Чернівці), що може створювати певні обмеження для поширеності отриманих даних на всю популяцію СІН в цих містах (табл. 1.1.8.)

Таблиця 1.1.8.

Питома вага СІН, які є клієнтами громадських організацій, що працюють із СІН, відсотковий розподіл та довірчі інтервали

Місто	%	Довірчі інтервали
Сімферополь	45,8	38,3–52,2
Вінниця	8,0	5,2–12,2
Луцьк	65,3	60,0–71,3
Дніпропетровськ	4,7	2,2–7,4
Донецьк	27,1	22,6–31,9
Житомир	34,9	29,1–40,9
Ужгород	5,3	2,4–9,0
Запоріжжя	30,5	22,0–38,6
Івано-Франківськ	34,8	28,6–41,9
Біла Церква	30,3	20,9–39,3
Київ	29,9	22,7–37,3
Кіровоград	12,8	9,3–16,6
Луганськ	11,0	5,1–17,5
Львів	4,4	1,7–7,0

Місто	%	Довірчі інтервали
Миколаїв	17,9	14,0–21,9
Одеса	18,6	14,4–23,2
Полтава	25,9	20,5–31,4
Рівне	5,3	3,2–7,5
Суми	69,9	63,2–75,9
Тернопіль	28,9	20,2–37,9
Харків	6,9	4,6–9,7
Херсон	33,3	27,4–38,4
Хмельницький	18,9	13,8–24,2
Черкаси	72,4	66,6–75,7
Чернівці	62,1	44,9–71,4
Чернігів	26,3	21,0–31,8

1.2. Структурні зміни в популяції СІН

У порівнянні з 2008 та 2009 рр. у 2011 році сталися певні структурні зміни соціально-демографічних характеристик популяції СІН. За вказаний період дещо збільшилася питома вага жінок-СІН в популяції з 25,8% до 27,5%. Регіональні особливості зміни частки жінок в популяції СІН подані в таблиці 1.2.1.

Таблиця 1.2.1
Зміни у частках жінок серед СІН, 2008/2009–2011 рр.,
відсотковий розподіл та довірчі інтервали

Місто	2008/2009 роки		2011 рік	
	%	Довірчі інтервали	%	Довірчі інтервали
Сімферополь (АР Крим)	21,6	15,7–28,0	33,2	30,0–37,2
Вінниця	25,3	17,8–32,2	30,1	25,5–35,3
Луцьк	30,7	23,5–38,6	18,5	13,9–23,1
Дніпропетровськ	30,7	22,5–38,8	27,4	22,4–32,9
Донецьк	44,4	37,0–51,6	29,9	25,7–35,1
Житомир	29,9	22,2–36,7	24,7	20,4–29,7
Ужгород	23,6	11,6–38,8	27,4	16,8–38,1
Запоріжжя	31,1	21,9–41,0	18,8	12,4–25,7
Івано-Франківськ	24,3	17,1–31,7	26,9	20,8–33,3
Київ	24,1	18,9–31,5	22,3	13,6–32,7
Кіровоград	11,9	7,4–17,1	29,8	20,5–36,0
Луганськ	30,7	23,5–38,6	15,9	9,6–22,2
Львів	11,8	7,8–17,0	37,1	27,6–46,8
Миколаїв	12,5	7,4–18,0	29,3	21,6–35,1

Місто	2008/2009 роки		2011 рік	
	%	Довірчі інтервали	%	Довірчі інтервали
Одеса	29,0	24,6–35,6	24,3	20,1–28,4
Полтава	26,8	18,2–36,2	23,3	20,3–26,9
Рівне	22,3	16,6–28,6	37,3	30,4–43,5
Суми	21,0	13,8–28,9	9,2	6,4–12,8
Тернопіль	29,7	15,8–45,9	34,7	30,0–39,6
Харків	42,9	34,6–50,5	21,7	14,4–30,0
Херсон	18,3	12,1–25,4	26,2	20,1–32,5
Хмельницький	36,7	28,8–45,7	22,2	17,5–26,7
Черкаси	36,6	28,3–44,9	24,6	19,7–29,6
Чернівці	27,4	18,0–37,8	37,9	31,4–44,5
Чернігів	17,5	11,4–24,3	27,1	22,7–31,7

Зміни, що підтверджені аналізом довірчих інтервалів, відбулися: зменшення питомої ваги жінок – у мм. Луцьк (-12,2%), Донецьк (-14,5%), Луганськ (-14,8%), Суми (-11,8%), Харків (-21,2%), Хмельницький (-14,5%) та Черкаси (-12%); збільшення питомої ваги жінок – у мм. Кіровоград (+17,9%), Львів (+25,3%), Миколаїв (+16,8%), Рівне (+15,0%). (див. рис. 1.2.1).

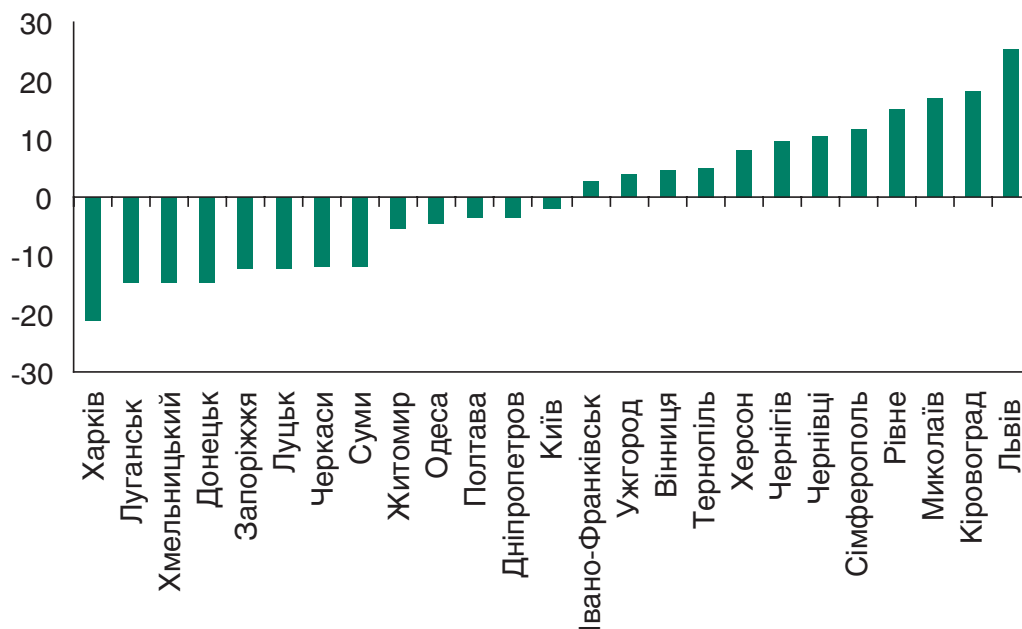


Рис. 1.2.1 Зміна частки жінок у популяції СІН у 2011 році порівняно з даними 2008/2009 рр., відсотковий розподіл

Віковий склад СІН також зазнав певних змін порівняно з 2008/2009 рр. Середній вік СІН в 2008/2009 рр. становив 30 років, у 2011 р. – 33,1 років. В першу чергу, це стосується зменшення питомої ваги підлітків-СІН (14–19-

річних СІН) у популяції СІН. Їх частка зменшилася з 8,9% до 2,7%. Щодо інших вікових груп, то відповідно і їх частка змінилася порівняно з 2008/2009 рр.: частка 20–24-річних зменшилася з 28,4% до 16,6%, частка 25–34-річних дещо збільшилася з 42,3% до 44,4%, а частка 35-річних та старших СІН також помітно збільшилася – з 29,3% до 38,9%.

Таблиця 1.2.2

Зміни у вікових характеристиках популяції СІН, 2008/2009–2011 рр., відсотковий розподіл

Місто	2008/2009 роки		2011 рік	
	14–24 роки	25 років та старші	14–24 роки	25 років та старші
Сімферополь	4,8	95,2	13,8	86,2
Вінниця	61,4	38,6	18,1	81,9
Луцьк	27,1	72,9	11,6	88,4
Дніпропетровськ	11,6	88,4	6,2	93,8
Донецьк	45,7	54,3	16,8	83,2
Житомир	34,1	65,9	30,6	69,5
Ужгород	65,6	34,4	34,8	65,2
Запоріжжя	11,8	88,2	7,5	92,6
Івано-Франківськ	27,9	72,1	18,3	81,8
Київ	25,1	74,9	18,5	81,5
Кіровоград	37,9	62,1	15,1	84,9
Луганськ	43,1	56,9	30,3	69,7
Львів	3,0	97,0	17,8	82,2
Миколаїв	12,4	87,6	4,4	95,7
Одеса	11,3	88,7	17,6	82,4
Полтава	21,6	78,4	17,9	82,1
Рівне	44,9	55,1	14,0	86,0
Суми	20,5	79,5	24,3	75,6
Тернопіль	30,2	69,8	15,7	84,3
Харків	42,7	57,3	11,9	88,0
Херсон	10,5	89,5	10,8	89,2
Хмельницький	15,0	85,0	9,2	90,8
Черкаси	38,9	61,1	29,1	70,9
Чернівці	19,3	80,7	31,7	68,3
Чернігів	20,2	79,8	20,3	79,8

Аналіз даних щодо вікового розподілу СІН за 2008/2009 та 2011 рр. свідчить, що питома вага молодих СІН зменшується практично в усіх містах, за винятком м. Сімферополь (+9%), Львів (+14,8%), Одеса (6,4%), Суми (+3,8%), Чернівці (12,4%) (див. рис. 1.2.2).

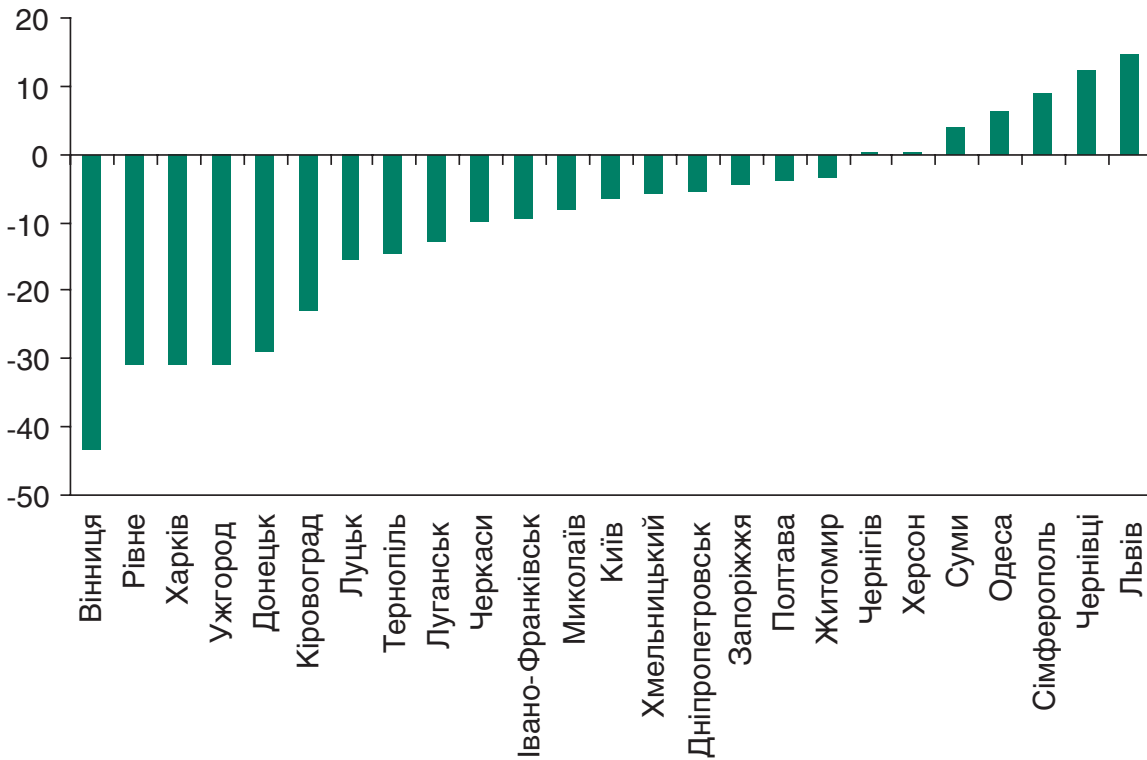


Рис. 1.2.2. Зміни частки молоді (до 25 років) у популяції СІН у 2011 році в порівнянні з 2008/2009 рр., відсотковий розподіл

Аналіз інших соціально-демографічних характеристик показує невелику динаміку, що стосується сімейного стану респондентів. Питома вага СІН, які перебувають в офіційному шлюбі, зменшилася з 19,9% (2008/2009 рр.) до 16,1% (2011 р.), а частка СІН, які не перебувають у зареєстрованому шлюбі, але проживають разом із сексуальним партнером, дещо збільшилася – з 28% до 33,1%. Структура зайнятості СІН залишилась практично без змін, лише частка тих, хто навчається, дещо зменшилася – з 6,2% до 3,1%, що може бути пов'язано з тим, що у дослідження 2011 р. вдалося залучити значно меншу кількість підлітків-СІН.

Резюме

Статевий розподіл опитаних СІН свідчить про значну перевагу чоловіків в порівнянні з жінками: 72,5 проти 27,5%. Такий розподіл СІН за статтю підтверджується і попередніми дослідженнями 2008–2009 рр. Питома вага підлітків-СІН серед загалу опитаних зменшується, що може бути свідченням поста рішенням популяції. Середній вік СІН становить 33 роки. Найбільша частка старших СІН проживає в м. Дніпропетровськ, середній вік СІН в цьому місті становить 39,7 років. Наймолодші СІН – в м. Житомир, їх середній вік складає 27,8 року.

Розділ 2.

Практика вживання наркотиків ін'єкційним шляхом

У розділі поданий аналіз характеру нарковживання серед СІН в Україні, основних змін наркосцени та небезпечної ін'єкційної поведінки, що сталися в порівнянні з 2008 та 2009 рр. Аналіз зроблений на основі даних щодо ініціації вживання наркотичних речовин, видів наркотиків та частоти їх вживання ін'єкційним шляхом, використання спільного ін'єкційного інструментарію, кількості партнерів, з якими спільно використовували інструментарій для ін'єкції наркотику, інших небезпечних ін'єкційних практик. Аналіз даних щодо використання стерильного інструментарію стосується останньої ін'єкції наркотику та частоти використання стерильного інструментарію за останні 30 днів. Також для виявлення частки СІН, які внаслідок небезпечної ін'єкційної поведінки могли наражатися на інфікування ВІЛ, був створений агрегований показник, який поєднує такі види ризику, як використання нестерильного інструментарію за останні 30 днів, отримання ін'єкції з уже наповненого шприца (респонденти не бачили, як він був наповнений), набирання розчину наркотику із спільного посуду або використання спільного посуду для приготування наркотику.

2.1. Тривалість вживання наркотичних речовин

З числа 9069 опитаних, 8835 СІН відповіли на запитання про вік першої спроби наркотиків неін'єкційним шляхом, з них 9% ніколи не вживали жодних неін'єкційних наркотиків. Відповіді щодо початку вживання наркотиків ін'єкційним шляхом надали 9013 респондентів. Результати дослідження свідчать, що вживання неін'єкційних наркотиків не завжди передуює ін'єкційному вживанню. Так, 4% СІН вказали, що їхня перша спроба ін'єкційних наркотиків була раніше за неін'єкційне вживання.

У середньому перша спроба неін'єкційних наркотиків відбувається в 17,6 року, а середній вік початку вживання ін'єкційних наркотиків є дещо більшим – 20,6 року. Найбільш поширеним віком початку вживання наркотичних речовин неін'єкційним шляхом є 16–17 років – 20% уперше спробували наркотики неін'єкційним шляхом саме в цьому віці. Для ін'єкційного вживання найбільш поширеним віком залучення є 20–24 роки, про початок вживання наркотиків ін'єкційним шляхом у цьому віці зазначили 28% СІН. 5% СІН мали першу спробу наркотиків ін'єкційним шляхом в дуже ранньому віці – до досягнення 15-

річчя, майже третина (31%) СІН зазначили, що вперше спробували наркотики ін'єкційним шляхом до виповнення повноліття (17 років включно). Аналіз кумулятивного віку першої спроби наркотиків ін'єкційним шляхом свідчить, що до виповнення 25 років практично всі СІН уже мають досвід вживання ін'єкційних наркотиків (див. рис. 2.1.1)



Рис 2.1.1. Вік початку вживання наркотиків ін'єкційних наркотиків, відсотковий розподіл

Середній вік першої спроби наркотику ін'єкційним шляхом серед чоловіків та жінок є приблизно однаковим – 20,6 року для чоловіків та 20,8 року для жінок, тому статистично значущої різниці залежно від статі не виявлено.

Порівняно з 2008/2009 рр. середній вік ініціації вживання наркотичних речовин практично не змінюється (табл. 2.1.1).

Таблиця 2.1.1

Середній вік першої спроби вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом у різних вікових групах, 2008/2009–2011 рр.

Вік респондентів	2008/2009 роки	2011 рік
14–19 років	16,0 років	16,2 року
20–24 роки	18,0 років	18,5 року
25–34 роки	19,6 року	19,8 року
25 років та старші	22,2 року	22,7 року

Середній стаж уживання наркотичних речовини ін'єкційним шляхом становить 12,5 року. Більше половини опитаних СІН мають досить великий стаж вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом – 53% вживають наркотики 11 років та більше. Підрахунок кумулятивного стажу вживання наркотиків ін'єкційним шляхом свідчить, що переважна більшість опитаних (80%) мають принаймні 4-річний стаж вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (див. рис. 2.1.2).

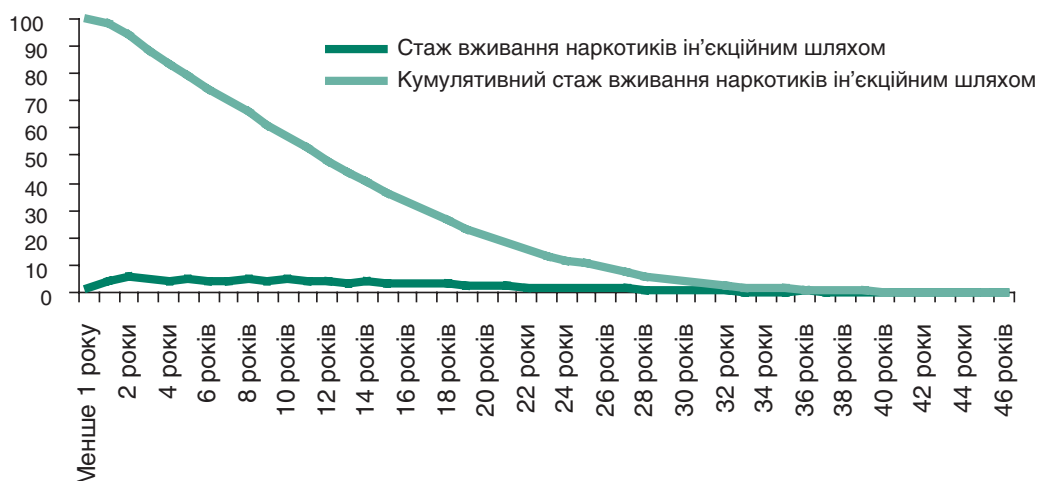


Рис. 2.1.2. Стаж вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, відсотковий розподіл

Статевий розподіл свідчить, що питома вага жінок зі стажом вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом 0–2 роки та 3–5 років є дещо більшою, ніж серед чоловіків. Спостерігається статично значущий зв'язок між віком опитаних та їх стажом вживання наркотичних речовин, який демонструє, що стаж вживання збільшується з віком СН. Переважна більшість (84%) респондентів старшої вікової групи (35 років та старші) мають стаж вживання 11 років та більше. Серед опитаних СН, що вказали про змішане вживання (опіати та стимулятори), загальний стаж вживання є більш тривалим – більше половини мають стаж, що перевищує 11 років. Серед споживачів стимуляторів загальний стаж вживання є суттєво меншим: 23% вживають 2 роки та менше, лише третина (35%) вживають більше 11 років. (див. табл. 2.1.2).

Таблиця 2.1.2

Розподіл стажу вживання наркотиків ін'єкційним шляхом залежно від статі СН, їх віку та типів наркотиків, що вживалися протягом останніх 30 днів, відсотковий розподіл

Характеристики/ практики	Стаж вживання			
	0–2 роки	3–5 років	6–10 років	11 років і більше
Стать респондента (p<0,001)				
Чоловіча	9,3	13,2	21,9	55,6
Жіноча	16,0	17,5	22,0	44,5
Вік респондента*				
14–19 років	70,4	27,9	0,9	0,7
20–24 роки	33,5	42,8	23,5	0,3
25–34 роки	7,1	13,8	35,0	44,2
35 років та старші	3,7	3,9	7,9	84,4
Види наркотиків вживання за останні 30 днів (p<0,001)				
Опіати	8,4	13,4	20,2	58,0
Стимулятори	23,5	18,6	23,3	34,7
Змішане вживання	9,5	13,9	25,7	50,8

* коефіцієнт кореляції Пірсона: 0,760*** (розрахунок коефіцієнта кореляції проводився між кількісними шкалами змінних віку та стажу вживання ін'єкційних наркотиків).

Необхідно засвідчити, що порівняно з результатами дослідження 2008/2009 рр., у 2011 р. збільшилася питома вага СІН, що вживають наркотики протягом тривалого періоду часу. Так, питома вага СІН, що вживали наркотики ін'єкційним шляхом 11 років та більше, у 2008–2009 рр. становила 42%, а в 2011 р. цей показник становить уже близько 53%, що також може пов'язано із постарінням популяції СІН (див. розділ 1).

2.2. Частота вживання наркотичних речовин

Інформація про перебіг проведення опитування, отримана із технічних звітів, показує, що запитання про кількість ін'єкцій за останній місяць виявилось складним для респондентів, але майже всі СІН (N=9067) змогли вказати хоча б приблизну кількість ін'єкцій.

За результатами аналізу даних виявлено статистично значущі відмінності залежно від стажу вживання наркотиків щодо кількості ін'єкцій за останні 30 днів, останній тиждень та останній день – чим більший стаж вживання ін'єкційних наркотиків, тим більша кількість разів вживання наркотичних речовин за останні 30 днів ($p < 0,001$), останній тиждень ($p < 0,001$) та останній день ($p < 0,001$). Нижче представлені результати щодо кількості ін'єкцій, що робили СІН за останні 30 днів, тиждень та день, та показаний зв'язок між частотою ін'єкцій та статтю, віком респондентів, видами наркотиків та кількістю видів наркотиків, але при інтерпретації результатів необхідно зважати на наявність зв'язку між стажем та вказаними характеристиками СІН: стаж збільшується разом із віком опитаних, чоловіки мають більший стаж вживання наркотичних речовин, СІН з більшим стажем вживають більшу кількість різних видів наркотичних речовин.

Отримані результати свідчать, що більше половини СІН за останні 30 днів мали практику вживання наркотиків ін'єкційним шляхом 11 разів та більше (див. рис. 2.2.1).

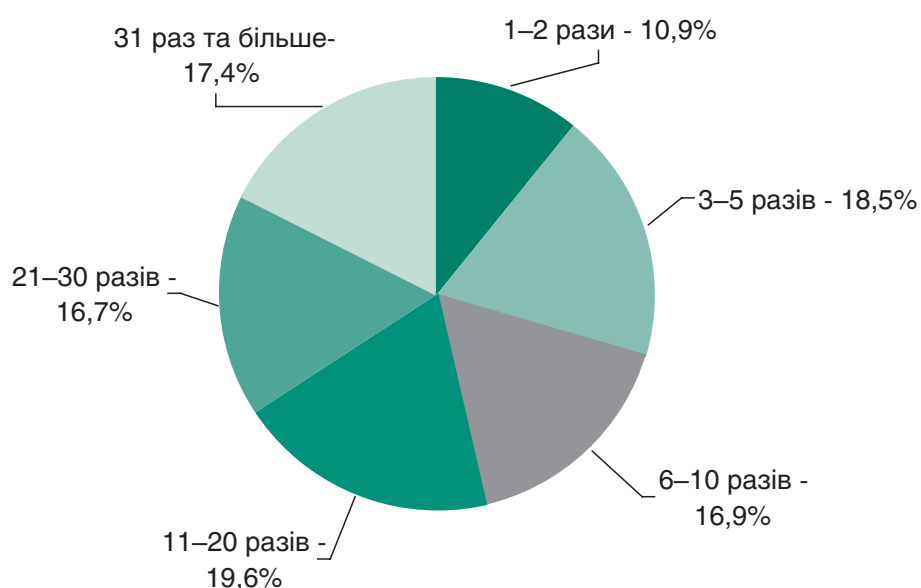


Рис. 2.2.1. Частота вживання наркотиків ін'єкційним шляхом за останні 30 днів, відсотковий розподіл

Нижче представлений розподіл частоти вживання ін'єкційних наркотиків протягом останніх 30 днів залежно від статі, віку, типів наркотиків та кількості видів наркотиків, що вживали протягом останнього місяця (див. табл. 2.2.1).

Таблиця 2.2.1

Частота вживання наркотиків ін'єкційним шляхом залежно від статі СІН, їх віку, типів та кількості видів наркотичних речовин, що вживалися протягом останнього місяця, відсотковий розподіл

Характеристики/ практики	1–2 рази	3–5 разів	6–10 разів	11–20 разів	21–30 разів	31 раз і більше
Стать респондента (p<0,01)						
Чоловіча	10,1	18,4	17,1	20,0	17,1	17,3
Жіноча	13,2	18,8	16,5	18,4	15,5	17,6
Вік респондента (p<0,001)						
14–19 років	13,6	29,0	18,3	15,3	11,9	12,0
20–24 роки	12,5	21,9	19,2	22,4	10,5	13,6
25–34 роки	10,5	16,9	17,0	21,7	17,2	16,8
35 років та старші	10,7	18,4	15,9	16,5	18,6	19,9
Типи наркотиків (p<0,001)						
Опіати	11,5	19,4	17,3	18,9	16,4	16,5
Стимулятори	17,3	24,0	18,9	19,9	12,8	7,1
Змішане вживання	4,0	11,6	14,2	21,3	20,6	28,3
Кількість видів наркотиків (p<0,001)						
Один вид наркотику	13,4	20,9	18,2	18,7	14,9	13,9
Два види наркотику та більше	4,3	11,9	13,4	22,1	21,5	26,9

З таблиці 2.2.1 видно, що існують статистично значущі відмінності щодо кількості ін'єкцій за останні 30 днів залежно від наведених характеристик СІН. Для СІН, що вживають декілька видів наркотичних речовин, характерне більш часте вживання наркотичних речовин порівняно з тими, хто вживає лише один вид наркотику. Така сама тенденція зберігається після виокремлення груп СІН, що поєднують вживання не тільки різних видів наркотичних речовин, а й різних їх типів (опіати та стимулятори). Аналіз частоти вживання наркотичних речовин залежно від віку також демонструє статистично значущий зв'язок між цими змінними та свідчить про збільшення частоти вживання наркотичних речовин серед більш дорослої групи СІН.

Серед СІН, які вживали лише один вид наркотику, частота вживання протягом останнього тижня є меншою, ніж серед тих, хто практикує вживання декількох видів наркотичних речовин (див. рис. 2.2.2).

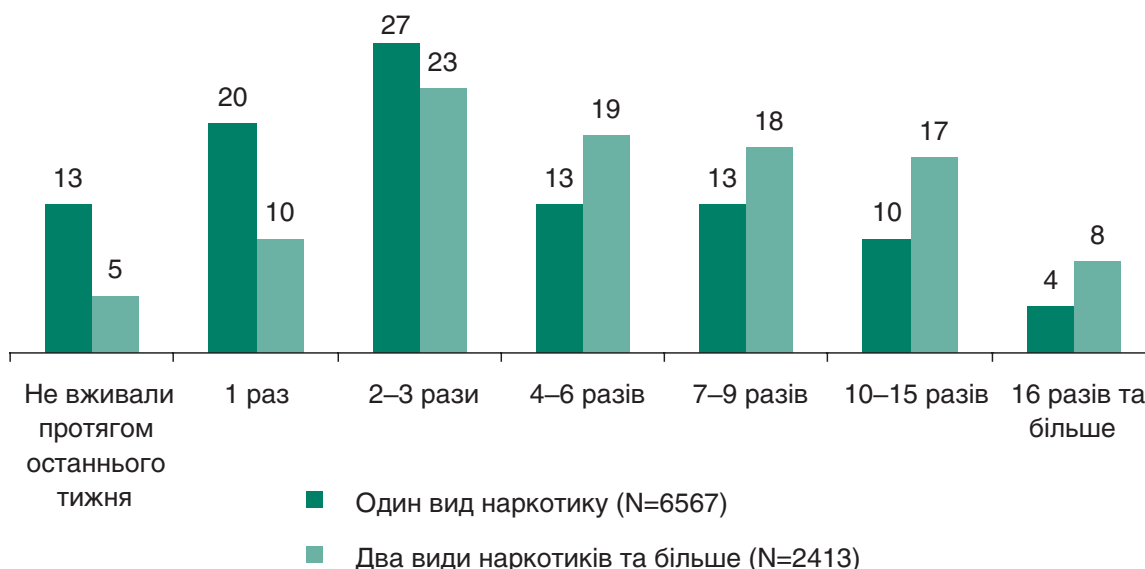


Рис. 2.2.2. Частота вживання наркотичних речовин протягом останнього тижня серед СІН, які практикують вживання лише одного виду наркотику, та тих, хто вживає декілька видів наркотиків, відсотковий розподіл

За останній тиждень майже 11% СІН не вживали наркотичні речовини ін'єкційним шляхом (див. рис. 2.2.3).

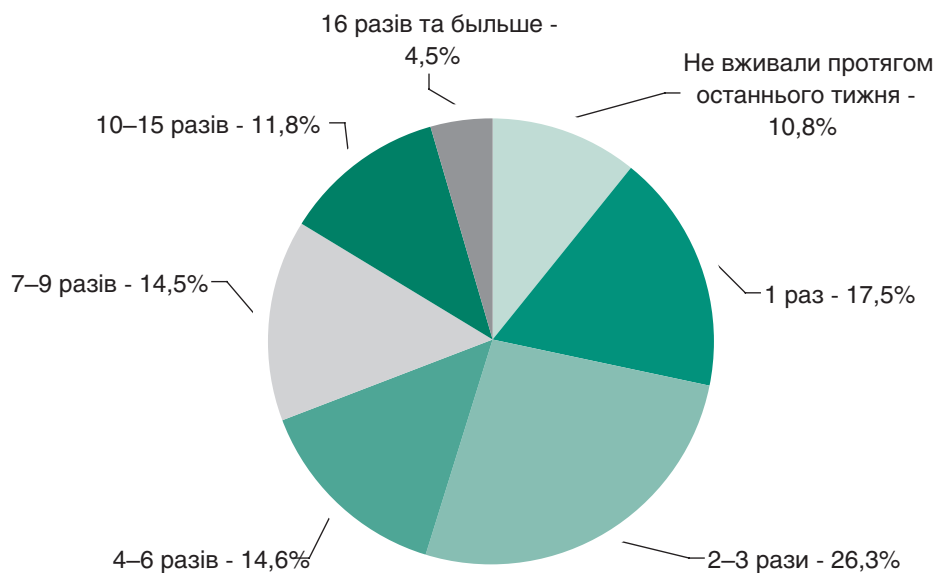


Рис. 2.2.3. Частота вживання наркотиків ін'єкційним шляхом за останній тиждень, відсотковий розподіл

Для 14–19-річних та 20–24-річних СІН найбільш характерною частотою вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом протягом тижня є 1–3 рази. Це повідомили більше половини опитаних СІН (54,3% серед 14–19-річ-

них та 51,2% серед 20–24-річних). Серед більш старших СІН найбільш наповненою залишається група, які вживали наркотичні речовини 2–3 рази на тиждень (26,7% серед 25–34-річних СІН та 25,1% серед 35-річних та більш старших СІН).

Серед жінок порівняно з чоловіками помітно більше тих, хто вживав рідше наркотичні речовини протягом останнього тижня: 1 раз вживали 19,1% жінок проти 16,9% серед чоловіків. Питома вага тих, хто вживав наркотичні речовини 2–3 рази протягом тижня, є приблизно однаковою серед жінок та чоловіків (26,1% серед чоловіків та 26,6% серед жінок).

Більше половини опитаних СІН (51,1%) не вживали наркотики ін'єкційним шляхом протягом останньої доби, майже третина (31,8%) вживали 1 раз за добу, майже 12% робили це 2 рази, та трохи більше 5% респондентів вживали наркотики 3 та більше разів за останню добу.

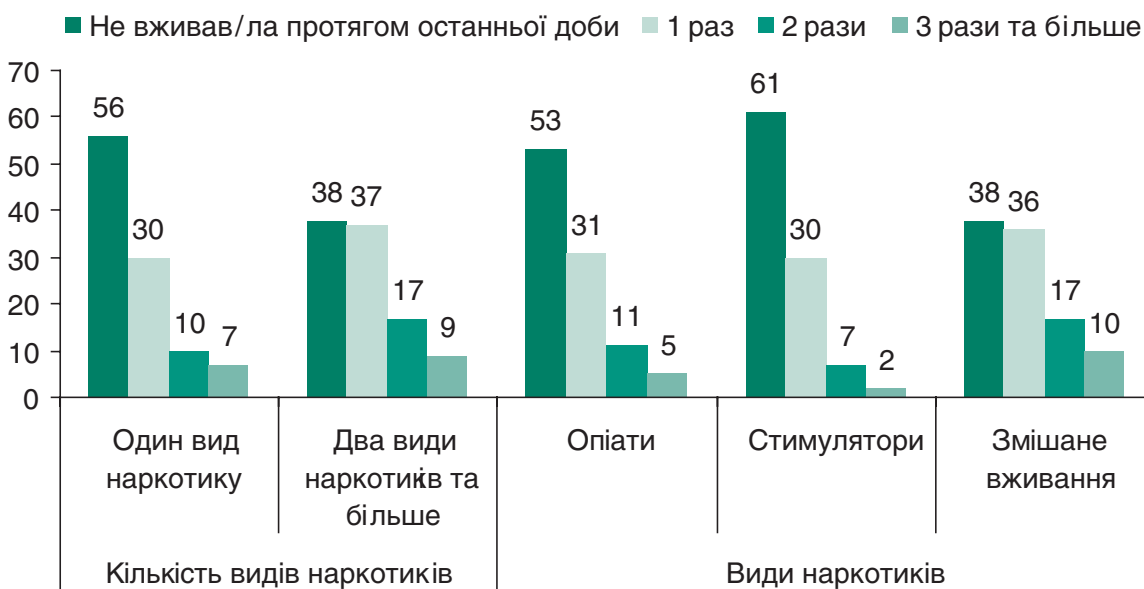


Рис. 2.2.4. Частота вживання наркотичних речовин протягом останньої доби залежно від віку, відсотковий розподіл

Розподіл частоти вживання наркотичних речовин протягом останньої доби залежно від типів наркотику та кількості їх видів (рис. 2.2.4) свідчить, що серед СІН, які вживають один вид наркотиків, значно більше тих, хто не мав практики ін'єкційного вживання наркотиків протягом останньої доби. Схожа тенденція притаманна як споживачам стимуляторів, так і опіоїдів порівняно із тими СІН, хто практикує змішане вживання.

Середня частота вживання наркотичних речовин за останні 30 днів складає 21,7 разу, тиждень – 5,1 разу та добу – 0,7 разу.

Статистично значущої різниці залежно від статі СІН щодо середньої частоти вживання наркотичних речовин не виявлено (за останню добу: чоловіки – 0,8 разів, жінки – 0,7 разу, за останній тиждень: чоловіки – 5,2 разу, жінки – 4,8 разу, за останній місяць: чоловіки – 21,8 разу, жінки – 21,7 разу).

Види наркотиків	Вживали наркотик	Частота вживання наркотики (серед тих, хто вживав зазначений вид наркотику)							
		Один раз на місяць	2–3 рази на місяць	В середньому один раз на тиждень	2–3 рази на тиждень	4–6 разів на тиждень	В середньому один раз на день	2–3 рази на день	Щонайменш 4 рази на день
Метамфетамін у вигляді розчину (N*=2706)	29,8	14,3	21,7	13,8	26,0	11,1	8,4	4,3	0,4
Меткатіон (N*=384)	4,2	36,1	20,8	6,8	21,9	10,0	2,3	1,8	0,3
Катіон (N*=371)	4,1	29,0	25,0	10,4	24,5	5,6	3,7	1,7	0,0
Метилендіоксиметамфетамін (N*=25)	0,3								
Інші види наркотиків									
ЛСД, гриби (N*=12)	0,1								
Інше (N*=266)	2,9								

* Кількість СІН, які вживали зазначений вид наркотику

Споживання стимуляторів більш поширене серед жінок та молодих СІН, ніж серед чоловіків та СІН старших 24 років (див. табл. 2.3.2).

Таблиця 2.3.2

Типи наркотиків, які вживали СІН протягом останніх 30 днів, залежно від статі, віку та стажу вживання наркотиків, відсотковий розподіл

Характеристики/практики	Вживали тільки опіати	Вживали тільки стимулятори	Вживали опіати та стимулятори	Вживали інші наркотики
Стать респондентів (p<0,001)				
Чоловіча	63,7	15,6	20,0	0,7
Жіноча	58,5	20,2	20,6	0,7
Вік респондентів (p<0,001)				
14–19 років	38,8	36,0	24,4	0,8
20–24 роки	42,8	30,1	25,6	1,5
25–34 роки	61,4	16,8	20,8	1,0
35 років та старші	71,8	10,8	17,1	0,3
Стаж вживання наркотичних речовин (p<0,001)				
0–2 роки	52,1	29,9	16,0	2,0
3–5 років	56,9	20,8	21,6	0,7
6–10 років	58,1	16,7	24,0	1,2
11 років та більше	69,5	9,9	20,4	0,3
Серед усіх	62,3	16,9	20,2	0,6

Наведені дані свідчать, що п'ята частина опитаних практикує змішане вживання наркотиків (опіати та стимулятори), СІН, які вживають лише опіоїдні наркотичні речовини, складають 62,3%, а стимулятори – 16,9%.

Порівняно з 2008/2009 роками частка споживачів стимуляторів практично не змінилася – 35,2 та 36,0% відповідно. Частка споживачів опіатів також залишилися практично без змін – 79,7 та 81,1% відповідно¹².

До інструментарію дослідження 2011 р. були додані запитання про практику вживання дезоморфіну. Аналіз даних свідчить, що 2,2% СІН вживали цей наркотик ін'єкційним шляхом протягом останніх 30 днів, а за останні 12 місяців таку практику мали майже 7% СІН. Вживання цього виду наркотику зафіксовано в декількох містах України, про що свідчить також і наявність статистично значущих відмінностей щодо вживання цього виду наркотиків в різних містах дослідження ($p < 0,001$): поширено в мм. Сімферополь (26,9%), Донецьк (12,6%), Ужгород (35,6%), Київ (21,7%), Чернівці (15,5%).

З метою визначення, який із наркотиків СІН вживають через те, що віддають йому перевагу над іншими, а які вживають через недоступність певного виду наркотику, респондентам ставилося запитання про те, який наркотик вони вважають основним для себе. Отримані результати свідчать, що переважна більшість СІН віддають перевагу екстракту опію (73,8%), що характерно як для жінок СІН, так і для чоловіків різних вікових груп (див. табл. 2.3.3).

Таблиця 2.3.3

Основний вид наркотиків, який вживали ін'єкційним шляхом, за статтю та віком, відсотковий розподіл

Вид наркотику	Стать респондентів ($p < 0,001$)		Вік респондентів ($p < 0,001$)				Серед усіх
	Чоловіча	Жіноча	14–19 років	20–24 роки	25–34 роки	35 років та старші	
Екстракт опію	75,1	70,6	49,0	53,7	73,2	83,6	73,8
Метамфетамін у вигляді розчину	17,5	22,2	40,6	35,0	18,9	11,3	18,8
Амфетамін	1,8	1,3	4,1	2,7	2,2	0,6	1,7
Героїн	1,4	0,6	0,0	0,8	1,4	1,1	1,2
Катіон	1,0	1,7	2,8	0,8	0,7	1,7	1,1
Дезоморфін	0,7	1,1	1,4	2,7	0,7	0,3	0,8
Меткатіон	0,4	0,3	0,0	0,5	0,4	0,3	0,4
Трамадол/трамал	0,4	0,2	1,3	0,2	0,3	0,3	0,3
Метадон	0,3	0,2	0,0	0,0	0,6	0,1	0,3
Інші наркотики	1,5	1,8	0,8	3,7	1,8	0,6	1,6

Наведені дані (табл. 2.3.3) свідчать, що найбільш популярним наркотиком, який СІН вважають основним для себе, серед стимуляторів є метамфетамін у вигляді розчину – перевагу цьому виду наркотику віддали майже 19% опитаних. Зафіксовані статистично значущі відмінності залежно від віку опитаних – найчастіше визначали метамфетамін у вигляді розчину основним для себе підлітки-СІН – 40,6%.

¹² Розраховано середнє значення даних, отриманих у містах дослідження за допомогою Excel у зв'язку з тим, що об'єднаний масив 2008/2009 рр. не містив змінних для аналізу через різні формулювання запитань в анкетах.

2.4. Ризикована ін'єкційна поведінка

Переважає більшість (95,5%¹³) опитаних СІН повідомили, що використовували стерильні шприц/голку під час останнього вживання наркотиків ін'єкційним шляхом. Зафіксовано досить високий показник використання спільних шприців/голок і протягом останніх 30 днів: 7,9% – зазначили про наявність таких випадків, 91,3% СІН повідомили, що вони не користувалися шприцом/голкою, який до цього використовувала інша людина, 0,8% – не змогли надати відповідь на це запитання.

Таблиця 2.4.1

Використання спільного ін'єкційного інструментарію за останні 30 днів залежно від віку, статі, статусу клієнта ГО, відсотковий розподіл

Характеристики/практики	Не використовували стерильний ін'єкційний інструментарій під час останньої ін'єкції	Використовували спільний ін'єкційний інструментарій за останні 30 днів
Стать респондентів	(p=0,88)	(p<0,01)
Чоловіча	3,0	7,4
Жіноча	2,3	9,0
Вік респондентів	(p<0,05)	(p<0,001)
14–19 років	6,5	16,4
20–24 роки	2,7	6,8
25–34 роки	2,3	7,3
35 років та старші	3,2	8,2
Статус клієнта громадської організації	(p<0,001)	(p<0,001)
Клієнти	1,8	10,6
Не клієнти	3,2	6,7

Клієнти громадських організацій, працюючих із СІН, частіше дотримуються безпечної щодо ВІЛ поведінки. Аналіз залежно від віку опитаних засвідчує, що питома вага тих, хто використовує спільний інструментарій, найбільша в підлітковій віковій групі (див. табл. 2.4.1).

Аналіз даних також свідчить, що чим більший стаж вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, тим більш ризикованою стає поведінка СІН. Наприклад, у групі СІН, які вживають наркотики 6 та більше років, цей показник коливається в межах 8,8–8,2%.

Статистично значущої різниці між рівнем інфікування ВІЛ (результати зв'язаного дослідження) серед тих, хто використовував стерильні шприц/голку під час останньої ін'єкції, та тих, хто не використовував, не виявлено (p=0,316). Це може свідчити про наявність іншої небезпечної щодо ВІЛ поведінки опитаних СІН. Також може існувати деяка похибка в даних, зважаючи на бажання СІН надати соціально-схвальну відповідь на це запитання.

¹³ Показник неможливо порівняти із аналогічним показником 2008/2009 рр. через використання різних формулювань запитань у дослідженнях 2008 та 2009 рр.

Респонденти, які використовували спільний ін'єкційний інструментарій протягом останніх 30 днів, вказали, що це не є постійною для них практикою (див. рис. 2.4.1).

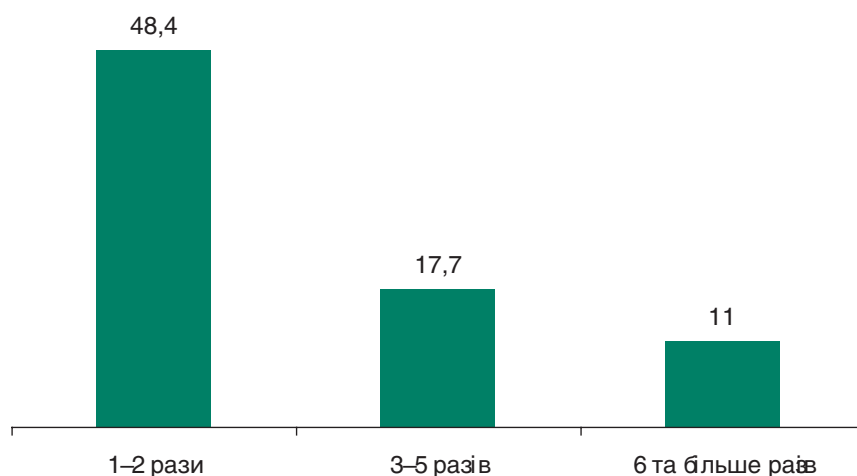


Рис. 2.4.1. Частота використання спільного інструментарію протягом останніх 30 днів (N=791), відсотковий розподіл

Спільний інструментарій СІН найчастіше використовують разом із друзями/знайомим та своїми сексуальними партнерами, причому питома вага жінок, які використовували шприц спільно із сексуальним партнером або чоловіком, значно більша, ніж серед чоловіків (див. табл. 2.4.2).

Таблиця 2.4.2

Партнери, з якими використовували спільний інструментарій протягом останнього місяця, залежно від статі СІН (N=791), відсотковий розподіл

Тип партнера	Чоловіки	Жінки
Постійний сексуальний партнер	25,4	50,8
Непостійний сексуальний партнер	5,1	7,9
Випадковий сексуальний партнер	4,0	11,3
Малознайома особа, яка не була сексуальним партнером	11,6	12,5
Друг/подруга, знайомий/знайома	61,3	45,8
Дилер (наркотоговець)	4,9	2,1
Дружина/чоловік	6,5	10,4
Інша особа	0,5	1,7

Питома вага жінок, які використовували шприц/голку разом із постійним сексуальним партнером, складає 50,8%, а серед чоловіків цей показник є значно нижчим та становить 25,4%. Середня кількість партнерів, з якими опитувані СІН спільно використовували шприц/голку за останні 30 днів, становить 4 особи (серед чоловіків – 3 особи, серед жінок – 5 осіб).

Переважає більшість (86,6%) СІН не схильна передавати свої вже використані шприци іншим. Підлітки-СІН дещо частіше віддавали свій шприц іншим споживачам, загалом 24,9% підлітків мали таку практику, серед інших вікових груп цей показник коливається в межах 10,8–13,5%, зв'язок є значущим ($p < 0,001$).

Аналіз відповідей СІН на запитання про використання стерильного інструментарію під час останньої ін'єкції та за останні 30 днів показав переважання серед СІН безпечних щодо інфікування ВІЛ практик. Але при цьому більше половини СІН (57,5%) зазначили, що вони отримували ін'єкцію із шприца, процесу наповнення якого вони не бачили як наповнювався. Порівняно 2009 р. цей показник не змінився. Серед споживачів опіатів найбільше тих, хто отримував ін'єкцію з уже наповненого шприца: зафіксована статистично значуща відмінність в отриманні наркотику в наповненому шприці серед СІН, які практикують вживання різних видів наркотиків ($p < 0,001$). Залежно від віку та статі статистично значущих відмінностей щодо отримання ін'єкції з уже наповненого шприца виявлено не було ($p > 0,05$).

Серед тих СІН, хто повідомив, що за останні 30 днів ніколи не використовував шприц/голку, якими до цього зробила ін'єкцію інша людина, 56,2% отримали ін'єкцію з уже наповненого шприца. Тобто СІН схильні вважати, що вони використовують стерильний інструментарій, навіть якщо вони не бачили, як шприц був наповнений.

Ще 24% СІН зазначили, що вони використовували шприц, який хтось наповнював із свого вже використаного шприца. Серед них частка тих, хто раніше декларував, що ніколи не використовував спільний інструментарій за останні 30 днів, становить 21,2%.

Спільний посуд для розподілу наркотику використовували 63%, а для приготування – 59% СІН. Тому, незважаючи на високий рівень використання стерильного інструментарію, інші ін'єкційні практики є ризикованими.

Для оцінки кумулятивного показника ризикованості ін'єкційної поведінки серед СІН за останні 30 днів був розроблений агрегований показник, який поєднує декілька можливих ризикованих практик (використання спільного шприца/голки, отримання ін'єкції з уже наповненого шприца, ін'єкцію із шприца, який хтось наповнював своїм вже використаним шприцом, та використання спільного посуду для приготування та розподілу наркотичної речовини). Результати такого аналізу свідчать, що 81,5% СІН мали практику небезпечної ін'єкційної поведінки впродовж останніх 30 днів. (див. табл. 2.4.3).

Практика вказаних ризикованих ін'єкційних практик має статистично значущий зв'язок з наявністю ВІЛ-інфекції. Так, серед СІН, які мали вказані ін'єкційні практики протягом останніх 30 днів, питома вага ВІЛ-позитивних більша, ніж серед тих, хто зазначив, що не мав жодних небезпечних ін'єкційних практик (22,8 проти 16,4%, $p < 0,001$). Залежно від інших характеристик СІН, у тому числі соціально-демографічних, статистично значущих відмінностей не виявлено.

Таблиця 2.4.3

Кумулятивний відсоток СН, які практикували різні види небезпечної ін'єкційної поведінки за останні 30 днів, відсотковий розподіл

Використовували...	%
... спільний шприц/голку	7,9
... спільний шприц/голку і/або не бачили, як шприц був наповнений	59,6
... спільний шприц/голку і/або не бачили, як шприц був наповнений, і/або наповнювали шприц із іншого вже використаного шприца	62,0
... спільний шприц/голку і/або не бачили, як шприц був наповнений, і/або наповнювали шприц із іншого вже використаного шприца, і/або використовували спільний посуд для розподілу наркотику	80,8
... спільний шприц/голку і/або не бачили, як шприц був наповнений, і/або наповнювали шприц із іншого вже використаного шприца, і/або використовували спільний посуд для розподілу наркотику, і/або використовували спільний посуд для приготування наркотику	81,5

Резюме

Дані щодо безпечності ін'єкційних практик за ключовими показниками свідчать, що майже всі СН використовували стерильний інструментарій. Але характеристика безпечності ін'єкційної поведінки, зважаючи на використання стерильного інструментарію під час останньої ін'єкції та за останні 30 днів, не завжди є показовою, тому що СН схильні стверджувати, що вони використовують стерильний шприц навіть у випадку, коли отримують ін'єкцію з уже наповненого шприца або хтось наповнює їхній шприц зі свого вже використаного шприца.

2.5. Регіональні відмінності та динаміка

Практика вживання опіодних видів наркотиків поширена в усіх містах України. Найменше СН, які мали практику вживання опіатів протягом останніх 30 днів, у м. Чернівці (54,2%). У таких містах, як Херсон, Хмельницький, Рівне, Миколаїв, Луцьк, Біла Церква, Харків, питома вага споживачів опіатів перевищує 90% (див. табл. 2.5.1).

Таблиця 2.5.1

Споживання опіатів протягом останніх 30 днів, 2008/2009 та 2011 рр., відсотковий розподіл

Місто	2008/2009 роки		2011 рік	
	%	Довірчі інтервали	%	Довірчі інтервали
Сімферополь (АР Крим)	95,2**	92,0–98,5**	81,4	77,4–84,5
Вінниця	45,1**	36,9–54,6**	76,9	72,0–80,8
Луцьк	84,9*	79,3–90,4*	93,7	90,4–96,8
Дніпропетровськ	88,0**	83,6–92,4**	63,4	56,9–69,8
Донецьк	56,8*	50,1–63,6*	67,1	61,8–72,5
Житомир	99,6**	99,2–99,9**	89,9	87,8–94,4
Ужгород	84,1**	74,4–92,9**	73,2	59,9–84,9
Запоріжжя	74,5**	67,8–82,9**	82,0	75,8–87,9
Івано-Франківськ	82,2**	77,9–87,2**	84,6	79,4–89,5
Київ	66,8**	64,8–68,8**	63,0	56,2–69,5
Біла Церква (Київська обл.)***			91,9	87,1–96,0
Кіровоград	69,5*	63,0–75,7*	74,0	66,4–81,7
Луганськ	91,2*	86,1–96,0*	84,0	76,8–90,1
Львів	95,2*	91,6–99,4*	90,7	85,5–95,9
Миколаїв	96,4**	94,2–98,6**	97,3	94,6–99,4
Одеса	75,0*	69,7–79,7*	89,4	86,4–92,4
Полтава	72,4*	63,8–82,5*	68,7	61,3–76,3
Рівне	90,1**	86,0–93,6**	91,4	86,8–95,3
Суми	70,4*	60,8–77,9*	64,6	58,8–70,3
Тернопіль	88,7*	73,1–97,2*	93,2	89,1–96,6
Харків	37,4*	30,2–45,0*	87,2	83,2–90,9
Херсон	94,7*	91,7–97,1*	98,7	97,4–99,8
Хмельницький	74,6*	63,7–82,1*	88,7	84,2–92,9
Черкаси	98,0**	97,4–100**	98,0	96,6–99,2
Чернівці	87,8**	77,7–95,3**	54,2	41,2–60,7
Чернігів	73,2**	64,8–80,8**	71,6	66,3–76,7

* Дослідження проводилось у 2008 р.

** Дослідження проводилось у 2009 р.

*** У 2008 та 2009 рр. дослідження в Білій Церкві (Київська обл.) не проводилось.

Найпомітніше збільшення питомої ваги СНІВ, які практикують вживання опіоїдних наркотиків, відбулося в м. Вінниця (+32%) та Харків (+50%) (див. рис. 2.5.1).

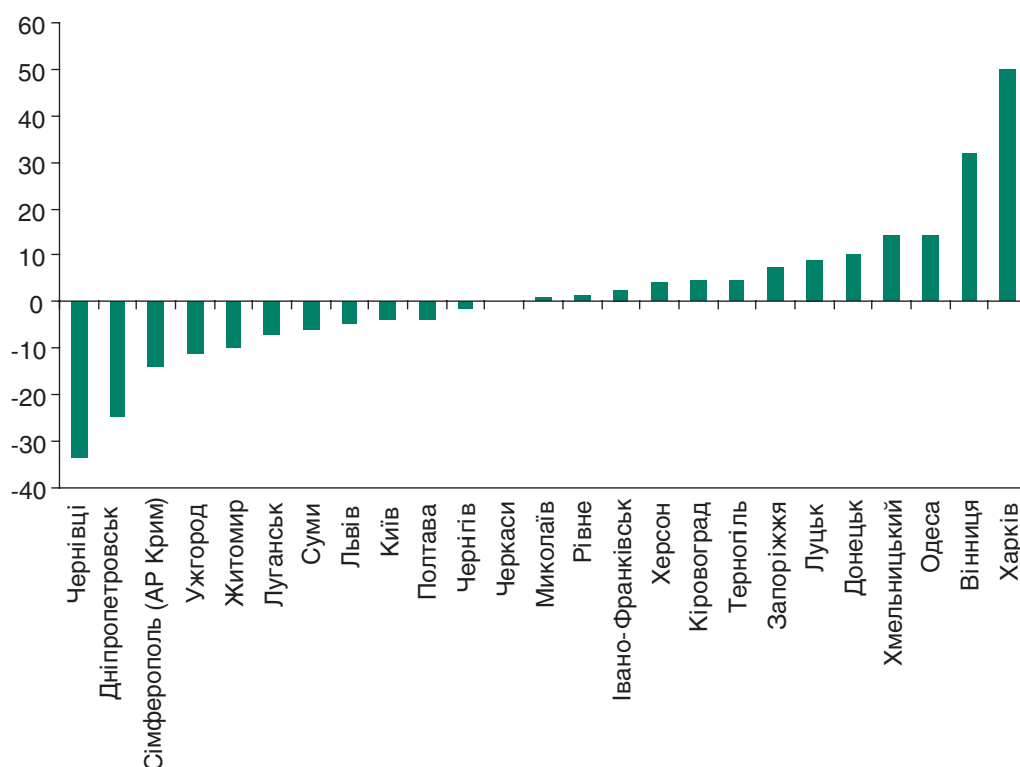


Рис. 2.5.1. Зміна у 2011 році питомої ваги СН, які практикують споживання опіатів, порівняно з 2008–2009 рр., відсотковий розподіл

Незважаючи на те, що споживання опіатів досі посідає пріоритетне місце на наркосцені України, питома вага споживачів наркотиків-стимуляторів збільшується. Найбільша частка споживачів стимуляторів наявна в м. Чернівці, Київ, Кіровоград. СН із м. Сімферополь практикують змішане вживання наркотичних речовин, тому серед них високий відсоток тих, хто мав практику вживання як стимуляторів, так і опіатів протягом останніх 30 днів (див. табл. 2.5.2).

Таблиця 2.5.2
Споживання стимуляторів протягом останніх 30 днів, 2008/2009 та 2011 рр., відсотковий розподіл

Місто	2008/2009 роки		2011 рік	
	%	Довірчі інтервали	%	Довірчі інтервали
Сімферополь (АР Крим)	48,8**	44,0–53,6**	75,9	71,9–80,2
Вінниця	64,3**	56,5–72,3**	37,3	31,6–43,2
Луцьк	43,1*	35,5–51,0*	41,3	35,4–46,8
Дніпропетровськ	47,8**	41,8–53,8**	42,7	37,0–49,3
Донецьк	50,8*	44,2–58,1*	37,9	32,0–43,8
Житомир	29,4**	23,4–35,8**	47,6	42,4–53,1
Ужгород	51,2**	38,0–64,8**	46,3	35,5–55,5
Запоріжжя	27,2**	20,4–33,9**	26,2	19,9–34,6
Івано-Франківськ	19,7**	15,6–24,7**	4,4	2,2–7,2
Київ	60,9**	56,7–65,1**	50,0	42,8–58,0

Місто	2008/2009 роки		2011 рік	
	%	Довірчі інтервали	%	Довірчі інтервали
Біла Церква (Київська обл.)***			22,8	13,7–33,9
Кіровоград	20,8*	14,8–25,8*	50,9	43,0–58,4
Луганськ	17,5*	10,8–23,9*	19,7	13,1–27,1
Львів	2,9*	0,5–7,9*	8,1	3,8–12,5
Миколаїв	11,2**	7,2–15,2**	12,5	8,9–16,4
Одеса	31,4*	27,0–36,4*	23,2	19,2–27,5
Полтава	21,7*	16,0–29,0*	46,8	38,4–53,2
Рівне	44,6**	37,4–51,5**	14,9	10,1–20,0
Суми	40,3*	32,0–50,1*	40,9	35,1–47,0
Тернопіль	10,5**	6,8–19,7**	10,8	5,3–16,6
Харків	45,9*	37,8–54,9*	32,3	26,6–38,6
Херсон	12,0*	8,4–15,9*	13,4	10,0–16,9
Хмельницький	29,8*	21,9–38,4*	32,1	26,3–38,4
Черкаси	54,2*	51,1–57,3*	74,2	68,7–80,7
Чернівці	45,8*	33,2–59,3*	66,8	57,6–75,1
Чернігів	48,3*	39,2–58,1*	43,9	38,7–49,6

* Дослідження проводилось у 2008 р.

** Дослідження проводилось у 2009 р.

*** У 2008 та 2009 рр. дослідження в Білій Церкві (Київська обл.) не проводилось.

Найпомітніше збільшення питомої ваги СІН, які практикують вживання стимуляторів, відбулося в м. Сімферополь (+27%), Житомир (+18%), Кіровоград (+30%), Полтава (+25%) та Чернівці (+21%) (див. рис. 2.5.2).

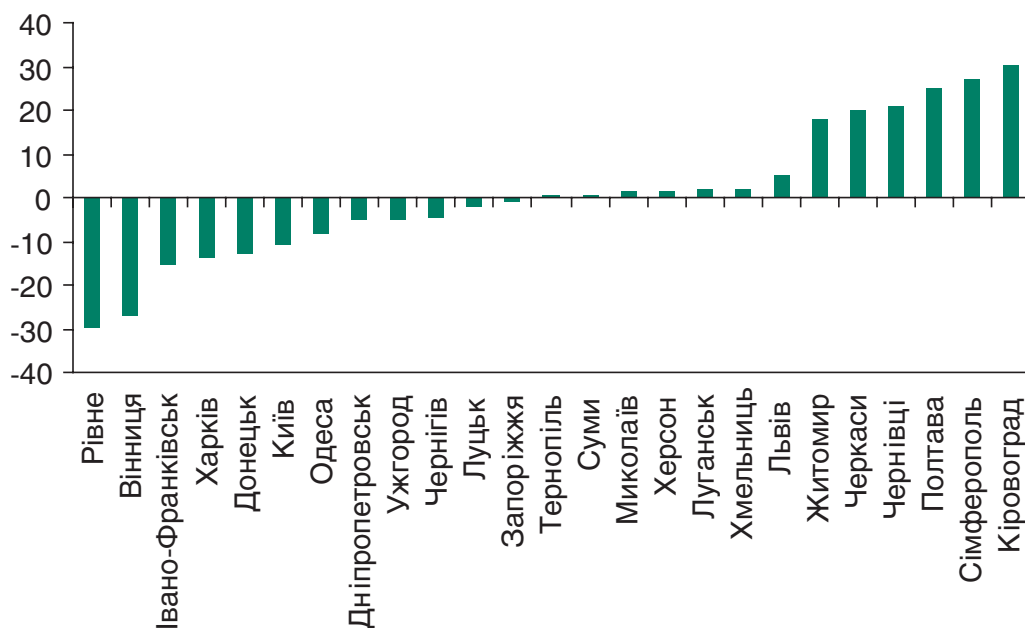


Рис. 2.5.2. Зміни у 2011 році питомої ваги СІН, які практикують споживання стимуляторів, порівняно з 2008–2009 рр., відсотковий розподіл

Інструментарій дослідження 2008 р. не містив запитання про вид наркотику, який СІН вважають основним для себе. Тому розрахунок даних на об'єднаному масиві 2008/2009 рр. є неможливим. Нижче поданий розподіл типів наркотиків, які СІН вважають основним для себе, залежно від міста опитування за результатами дослідження 2011 р. (див. табл. 2.5.3).

Таблиця 2.5.3

Типи наркотичних речовин, які СІН вважають основними для себе, залежно від міста опитування, відсотковий розподіл та довірчі інтервали

Місто	Опіати		Стимулятори	
	%	Довірчі інтервали	%	Довірчі інтервали
Сімферополь (АР Крим)	65,4	60,1–69,8	34,6	30,2–39,9
Вінниця	67,7	61,6–72,5	32,3	27,5–38,5
Луцьк	88,7	84,2–93,4	11,3	6,6–15,8
Дніпропетровськ	61,0	54,5–67,3	38,8	32,5–45,2
Донецьк	67,6	62,1–73,3	32,4	26,7–37,9
Житомир	84,0	79,5–88,7	16,0	11,3–20,5
Ужгород	84,3	77,5–90,0	15,7	10,0–22,5
Запоріжжя	78,0	71,4–84,5	20,2	13,6–26,2
Івано-Франківськ	83,4	78,4–88,7	16,6	11,3–21,6
Київ	85,1	78,1–91,3	14,9	8,7–2,2
Біла Церква (Київська обл.)	59,4	52,3–66,3	40,6	33,7–47,8
Кіровоград	65,1	57,1–73,4	34,9	26,6–42,9
Луганськ	77,7	67,1–86,1	15,5	9,7–21,4
Львів	89,1	83,5–93,8	4,3	0,7–9,0
Миколаїв	97,1	94,5–99,2	2,9	0,8–5,5
Одеса	85,4	81,6–88,8	14,0	10,5–17,8
Полтава	65,2	57,3–71,9	33,9	26,6–41,1
Рівне	89,2	84,4–93,4	10,8	6,6–15,6
Суми	61,4	55,3–67,4	38,6	32,6–44,7
Тернопіль	91,5	86,6–95,4	2,1	0,3–4,9
Харків	81,7	76,7–86,1	18,1	13,6–22,9
Херсон	98,3	96,7–99,6	1,7	0,4–3,3
Хмельницький	85,9	80,6–90,4	13,9	9,4–19,1
Черкаси	86,4	82,7–89,4	13,6	10,6–17,3
Чернівці	45,0	34,7–54,3	52,0	41,9–63,0
Чернігів	64,4	58,9–69,6	35,6	30,4–41,2

Отримані дані свідчать, що майже в усіх містах питома вага споживачів опіатів перевищує питому вагу споживачів стимуляторів, крім м. Чернівці (45% споживачів опіатів та 52% споживачів стимуляторів). Визначення основними для себе опіоїдних наркотиків є характерним для переважної більшості (більше 80%) СІН у мм. Луцьк, Житомир, Ужгород, Івано-Франківськ,

Київ, Львів, Миколаїв, Одеса, Рівне, Харків, Херсон, Тернопіль, Хмельницький та Черкаси.

Розрахунок показника використання стерильного інструментарію під час останньої ін'єкції засвідчив високий рівень такої практики для СІН в різних містах дослідження. (див. табл. 2.5.4).

Таблиця 2.5.4

Використання стерильного ін'єкційного інструментарію під час останньої ін'єкції залежно від міста опитування, 2008/2009–2011 рр., відсотковий розподіл та довірчі інтервали

Місто	2008/2009 роки		2011 рік	
	%	Довірчі інтервали	%	Довірчі інтервали
Сімферополь (АР Крим)	92,0**	87,7–95,9**	95,9	94,3-97,2
Вінниця	97,2**	94,7–99,1**	97,4	95,5-99,0
Луцьк	88,8*	81,3–97,1*	97,7	95,6-99,4
Дніпропетровськ	88,5**	81,3–93,1**	95,2	93,0-96,9
Донецьк	78,8*	71,4–84,4*	91,3	87,9-94,5
Житомир	60,9**	52,9–68,2**	97,9	96,4-98,9
Ужгород	98,3**	95,2–100**	89,6	77,1-98,5
Запоріжжя	85,5**	78,7–91,3**	93,9	90,5-96,7
Івано-Франківськ	89,7**	85,1–93,7**	95,6	93,0-98,0
Київ	100,0**	–	98,5	96,9-99,6
Біла Церква (Київська обл.)***			96,5	93,7-98,8
Кіровоград	92,5*	87,3–97,0*	93,2	89,5-96,1
Луганськ	95,7*	92,0–98,8*	94,4	89,9-97,7
Львів	83,0*	74,4–90,3*	92,4	89,2-95,3
Миколаїв	95,4**	91,8–98,5**	95,8	93,3-97,8
Одеса	84,6*	80,2–88,3*	97,5	95,9-98,6
Полтава	75,9*	67,3–83,8*	99,1	98,2-99,7
Рівне	94,4**	90,4–97,4**	95,9	93,4-98,1
Суми	72,2*	62,3–78,4*	97,3	95,0-98,9
Тернопіль	89,4**	78,0–94,7**	99,3	98,3-99,8
Харків	74,8*	66,5–82,1*	90,3	83,5-94,9
Херсон	89,8*	78,8–96,5*	92,4	89,6-95,2
Хмельницький	84,5*	78,0–93,0*	94,6	90,6-97,6
Черкаси	82,6**	74,1–90,6**	95,5	93,5-97,3
Чернівці	98,6**	95,6–100**	99,0	97,8-99,8
Чернігів	91,8**	86,4–96,3**	96,9	95,1-98,7

* Дослідження проводилось у 2008 р.

** Дослідження проводилось у 2009 р.

*** У 2008 та 2009 рр. дослідження в Білій Церкві (Київська обл.) не проводилось.

Найбільше зростання порівняно з 2008–2009 рр. щодо використання стерильного ін'єкційного інструментарію в мм. Житомир, Полтава, Суми (див. рис. 2.5.3).

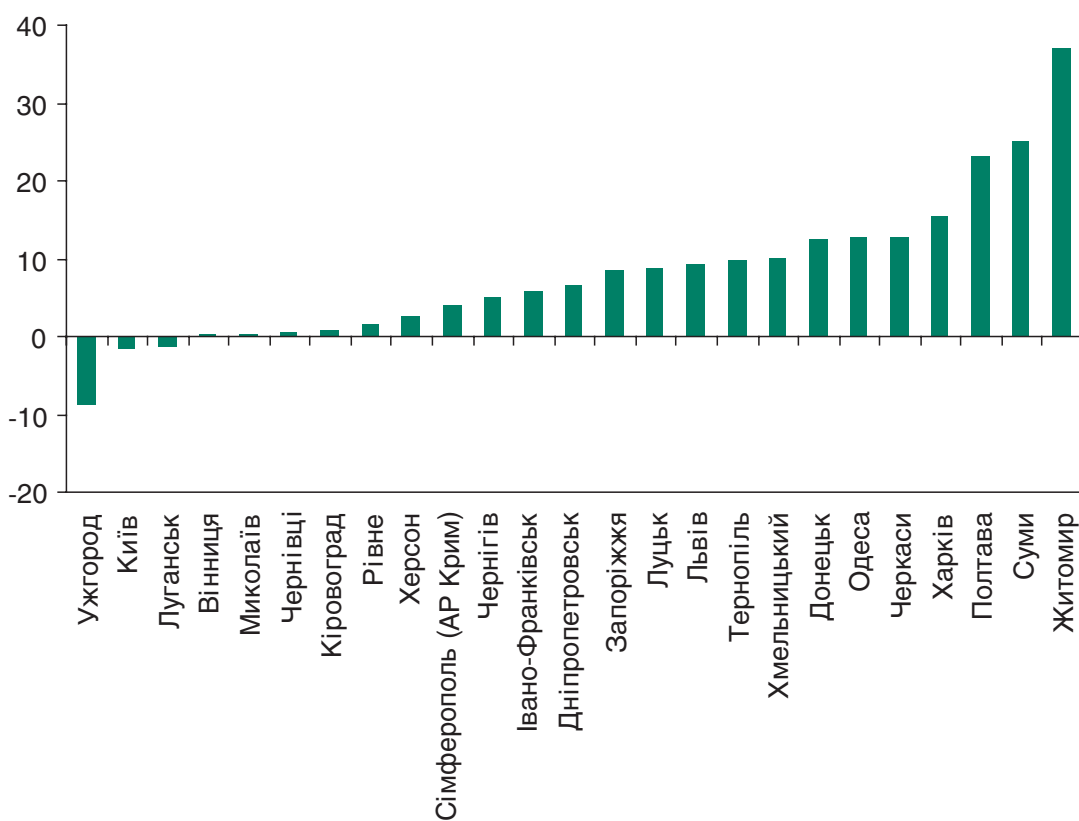


Рис. 2.5.3. Зміни у використанні стерильного інструментарію під час останньої ін'єкції у 2011 р. порівняно з 2008/2009 рр., відсотковий розподіл

Резюме

Вживання опіатів є поширеним в усіх містах опитування. Найбільша частка СН, які вважають наркотики-стимулятори основними для себе зафіксована в м. Чернівці (52,0%).

Порівняно з 2008/2009 рр. показник використання стерильного інструментарію під час останньої ін'єкції дещо збільшився. Така тенденція характерна майже для всіх міст опитування. Загалом показник використання стерильного інструментарію у 2011 р. в різних містах опитування коливається в межах 89,6–99,3%.

Розділ 3.

Сексуальна поведінка та дотримання заходів щодо попередження передачі ВІЛ-інфекції під час сексуальних контактів

В умовах сталого зростання випадків інфікування ВІЛ статевим шляхом дуже важливо розуміти, наскільки серед СІН поширені сексуальні практики, що підвищують ризик інфікування ВІЛ: ранній сексуальний дебют, велика кількість партнерів, невикористання презервативів, продаж та купівля/обмін сексу тощо. У цьому розділі інформація щодо статевого життя СІН подається в розрізі соціально-демографічних груп та за особливостями практик вживання наркотиків ін'єкційним шляхом. Окремі показники розглянуті серед клієнтів та не клієнтів громадських організацій. У регіональному вимірі та динаміці презентовані ключові показники щодо використання презерватива під час останнього статевого контакту/протягом останніх тридцяти днів.

3.1. Сексуальні партнери та частота сексуальних контактів

Початок статевого життя

Практично всі опитані респонденти (99,2%) мали сексуальний досвід на момент опитування. Дещо нижчим цей показник є тільки серед молодшої вікової групи до 19 років, де кожний десятий не мав статевих контактів у своєму житті (табл. 3.1.1).

89,2% від загалу опитаних, або 88,5% серед тих, що мали статеві контакти впродовж життя, повідомили про наявність сексуальних партнерів протягом останніх 12 місяців. Протягом останнього місяця мали статеві контакти 77,7% від загалу опитаних (або 87,9% серед сексуально активних упродовж 12 місяців).

Практично кожний п'ятий опитаний із загалу сексуально активних СІН у віці від 35 років і старше (19%) не мав сексуальних контактів упродовж останнього року.

Жінки частіше за чоловіків мали сексуальні контакти впродовж останнього року та останнього місяця.

Таблиця 3.1.1

Наявність сексуального досвіду серед СІН, %

Характеристики/ практики	Мали статеві контакти...		
	(1) упродовж життя	(2) за останні 12 місяців*	(3) за останні 30 днів**
Серед усіх	99,2	89,2	87,9
За віком			
14–19 років	90,1	96,7	86,8
20–24 роки	98,3	93,4	91,5
25–34 роки	99,7	94,3	89,1
35 років та більше	99,5	81,5	84,9
p	<0,001	<0,001	<0,001
За статтю			
Чоловіки	99,2	88,3	86,4
Жінки	99,0	91,6	91,6
p	0,039	<0,001	<0,001
За стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом			
До 2 років	97,2	93,9	88,5
3–5 років	97,9	95,3	89,6
6–10 років	99,9	94,3	90,6
11 років та більше	99,6	84,4	85,9
p	<0,001	<0,001	<0,001

* Серед тих, хто мав сексуальний досвід у своєму житті (N=8993).

** Серед тих, хто мав сексуальний досвід за останні 12 місяців (N=8023).

84% СІН вперше вступили в статевий зв'язок до досягнення повноліття, у середньому в 16 років. До 14 років включно набули статевого досвіду чверть опитаних (24%) (табл. 3.1.2).

Результати дослідження демонструють відмінності у віці початку статевого життя серед різних вікових груп. Якщо розглядати такі вікові групи як окремі покоління, можна сказати, що СІН старшого покоління (у віці від 35 років) у середньому починали статеве життя на рік пізніше порівняно з респондентами молодшого покоління (у віці до 19 років). Середній вік сексуального дебюту в жінок дорівнює 16,2 року, а в чоловіків – 15,6 року. Порівняно з жінками чоловіки практично удвічі частіше вперше вступали в статевий зв'язок до досягнення 15 років.

Таблиця 3.1.2

Розподіл відповідей на запитання: «В якому віці Ви вперше вступили в статевий зв'язок?», % (серед тих, хто має досвід сексуальних контактів, N=8993)

Характеристики/ практики	Вік першого статевого контакту								
	До 13 років	14 років	15 років	16 років	17 років	18 років і більше	Важко відповісти	Не пам'ятаю	Середній вік, років
Серед усіх	8,2	15,6	19,7	25,7	14,5	15,3	0,5	0,5	15,8
За віком (p<0,001)									
До 19 років	13,5	17,1	30,3	25,6	11,6	1,4	0,0	0,5	15,01
20–24 роки	7,3	18,9	24,5	24,3	13,2	11,4	0,3	0,2	15,57
25–34 роки	10,2	16,2	20,9	27,0	12,7	12,2	0,4	0,4	15,58
35 років та більше	6,0	13,5	16,1	24,8	17,2	21,0	0,6	0,7	16,19
За статтю (p=0,151)									
Чоловіки	9,3	17,3	21,1	25,4	12,9	12,8	0,5	0,7	15,64
Жінки	5,5	11,0	16,1	26,5	18,9	21,7	0,2	0,1	16,21
За стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (p=0,142)									
До 2 років	6,0	14,8	20,2	24,4	15,4	18,9	0,1	0,2	16,05
3–5 років	6,9	16,5	20,7	22,9	15,9	16,4	0,5	0,1	15,84
6–10 років	7,5	14,1	20,0	28,9	13,1	15,1	0,4	0,7	15,85
11 років та більше	9,4	16,1	19,2	25,5	14,6	14,1	0,5	0,6	15,71

Види та кількість сексуальних партнерів

77% СІН за останні 90 днів мали статеві контакти з постійними партнерами (табл. 3.1.3). Третина опитаних (33%) повідомили про статеві контакти з випадковими партнерами за той самий період часу. До комерційного сексу були залучені 6% опитаних, половина з них надавали винагороду за сексуальні послуги, а половина – отримували винагороду.

Ключові відмінності в наявності тих чи інших сексуальних партнерів спостерігаються за статтю, віком і типом наркотику, що вживається ін'єкційно. Різниця у типі сексуальних партнерів залежно від стажу вживання наркотиків ін'єкційним шляхом відображає, скоріше, вікові особливості цих груп: більший вік при великому стажі.

Старші СІН більшою мірою схильні мати постійного партнера/партнерів та меншою мірою – мати випадкових або комерційних партнерів. 82% опитаних у віці від 35 років мали постійного партнера протягом останніх 90 днів. Серед респондентів віком до 19 років таких було 61%. Натомість майже удвічі більше СІН наймолодшої вікової групи повідомили про статеві контакти з випадковими партнерами у порівнянні з найстаршою групою.

Таблиця 3.1.3

**Питома вага СІН, що за останні 90 днів мали постійних, випадкових або комерційних партнерів, %
(Серед респондентів, в яких були сексуальні контакти за останні 12 місяців, N=8023)**

Характеристики/ практики	За останні 90 днів мали сексуальних партнерів...			
	(1) по- стійних	(2) випадко- вих	(3) комер- ційних, яким давали винагороду	(4) комер- ційних, від яких отри- мували винагороду
Серед усіх	77,1	32,6	2,7	2,8
За віком				
14–19 років	61,3	44,7	0,5	7,6
20–24 роки	70,3	42,6	2,1	5,7
25–34 роки	76,6	34,1	3,6	2,7
35 років та більше	81,8	25,6	2,0	1,5
p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
За статтю				
Чоловіки	73,2	38,7	3,5	0,2
Жінки	87,0	16,9	0,6	9,5
p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
За типом наркотику				
Опіати	78,9	28,7	2,8	1,7
Стимулятори	75,2	33,5	1,4	2,7
Опіати та стимулятори	73,8	42,9	3,6	6,0
p	<0,001	<0,001	0,002	<0,001
За стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом				
До 2 років	76,6	33,0	1,1	2,9
3–5 років	75,0	35,0	2,0	3,8
6–10 років	72,4	38,8	3,7	3,5
11 років та більше	80,0	28,9	2,8	2,2
p	<0,001	<0,001	0,001	<0,007

Суттєва різниця за віком і статтю спостерігається серед СІН, що були залучені до комерційного сексу впродовж останніх 90 днів. 10% жінок і менше одного відсотка чоловіків надавали сексуальні послуги за винагороду. Комерційний секс для отримання винагороди скоріше притаманний молодшим СІН до 19 років. Група СІН, що надають сексуальні послуги за винагороду, більша серед респондентів, які практикують змішане вживання наркотиків.

Результати опитування свідчать, що переважна більшість СІН (61%) за останні три місяці мали тільки одного постійного партнера (рис. 3.1.1). Як відомо, статеве життя з одним надійним неінфікованим партнером зменшує ризик інфікування ВІЛ статевим шляхом. А отже цю групу опитаних можна умовно назвати групою з низьким ризиком інфікування ВІЛ статевим шляхом.

Ще близько 5% також мали лише одного сексуального партнера за останні 90 днів, проте це був або випадковий, або комерційний партнер, що автоматично збільшує ризик інфікування ВІЛ статевим шляхом.

Майже третина (29%) упродовж останніх трьох місяців мали статеві контакти з двома партнерами і більше, включаючи постійних і випадкових партнерів, проте вони не надавали сексуальні послуги за винагороду та не купували такі послуги. Особливо високий ступінь ризикованої поведінки є характерним для 5% СІН, які мали по кілька різних партнерів, включаючи комерційних.



Рис. 3.1.1. Класифікація СІН за типами сексуальних партнерів, % (серед респондентів, в яких були сексуальні партнери за останні 90 днів, N=7912)

У цілому жінки-СІН схильні до більш стабільних сексуальних стосунків: 73% із них мали тільки одного постійного партнера за останні 90 днів (табл. 3.1.4). Серед чоловіків лише одного постійного сексуального партнера мали 56% опитаних. У порівнянні з жінками удвічі більше чоловіків мали від двох та більше статевих партнерів за останні три місяці, включаючи випадкові зв'язки. При цьому жінки частіше практикують надання сексуальних послуг за винагороду.

Подружні пари (офіційний або неофіційний шлюб) рідше мають випадкових або комерційних партнерів, що, у свою чергу, сприяє зменшенню ризику інфікування ВІЛ. Респонденти, що були одружені або жили разом із сексуальним партнером, удвічі частіше мали сексуальні стосунки тільки зі своїм партнером і втричі рідше у порівнянні з неодруженими практикували випадкові зв'язки.

Таблиця 3.1.4

Структура сексуальних партнерів СІН за віком, статтю та сімейним статусом, % (серед респондентів, в яких були сексуальні партнери за останні 90 днів, N=7912)

Характеристики/практики	Тільки 1 постійний партнер	Тільки 1 випадковий або комерційний партнер	Від 2 партнерів і більше, проте випадків купівлі або продажу сексуальних послуг не було	Від 2 партнерів і більше, включаючи купівлю або продаж сексуальних послуг
Серед усіх	60,7	4,8	29,2	5,2
За статтю (p<0,001)				
Чоловіча	55,8	5,8	34,9	3,5
Жіноча	73,4	2,4	14,8	9,4
За віком (p<0,001)				
14–19 років	47,9	7,6	36,5	8,1
20–24 роки	50,3	3,8	39,0	6,9
25–34 роки	58,6	4,8	30,6	6,0
35 років та більше	68,9	5,1	22,8	3,2
За сімейним статусом (p<0,001)				
Одружені/живуть разом із сексуальним партнером	81,3	0,5	14,2	4,1
Неодружені/не живуть разом із сексуальним партнером	38,0	9,6	45,9	6,5

45% СІН повідомили, що мають постійного партнера, який вживає наркотики ін'єкційним шляхом (табл. 3.1.5)¹⁴.

Результати опитування свідчать, що жінки майже удвічі рідше, ніж чоловіки, живуть разом із сексуальним партнером-не СІН. Ймовірно чоловіки віддають перевагу жінкам, що не вживають наркотики ін'єкційним шляхом, а жінки-СІН рідше стоять перед вибором чоловіка в залежності від його статусу.

Питома вага пар, де один з партнерів не є СІН, зменшується з віком. Серед СІН у віці до 19 років 83,5% опитаних жили разом з партнером-не СІН. Натомість серед респондентів у віці від 35 років і старших такого партнера мали 68%.

У залежності від стажу вживання наркотиків ін'єкційним шляхом суттєвих відмінностей в такому партнерстві не виявлено.

¹⁴ Запитання про партнера, що не є СІН, ставилося тільки одруженим респондентам або тим, що проживають з сексуальним партнером, і лише в 10 містах (Сімферополь, Київ, Миколаїв, Одеса, Полтава, Суми, Хмельницький, Черкаси, Луганськ та Чернівці), де проводився рекрутинг пар СІН. Метою рекрутингу було залучення таких пар до участі в профілактичному проєкті для сексуальних партнерів-СІН.

Таблиця 3.1.5

Питома вага СІН, що мають постійного сексуального партнера, який вживає наркотики ін'єкційним шляхом, % (серед загалу СІН за результатами опитування у 10 містах, N=2349)

Серед усіх	45,0
За віком (p=0,026)	
14–19 років	31,7
20–24 роки	39,3
25–34 роки	45,6
35 років та більше	47,3
За статтю (p<0,001)	
Чоловіки	66,1
Жінки	35,1
За стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (p=0,279)	
До 2 років	46,7
3–5 років	40,4
6–10 років	45,0
11 років та більше	46,0

У середньому СІН мали трьох сексуальних партнерів за останні 90 днів (табл. 3.1.6). Кількість сексуальних партнерів зростає із зменшенням віку, є більшою серед жінок та споживачів стимуляторів, що у свою чергу більше зосереджені в молодшій віковій групі СІН.

Велика кількість сексуальних партнерів характеризує респондентів, які надають сексуальні послуги за винагороду, – вони у середньому мали 19–20 комерційних партнерів за останні 90 днів. Респонденти у віці до 19 років у середньому надавали сексуальні послуги за винагороду понад 50 особам за останні 90 днів.

Близькими є середні значення за кількістю випадкових партнерів та комерційних партнерів, яким давали винагороду за сексуальні послуги. В обох випадках середня кількість сексуальних партнерів дорівнює трьом.

За статтю ключові відмінності спостерігаються у кількості сексуальних партнерів, від яких отримували винагороду. У порівнянні з чоловіками-СІН серед жінок-СІН у 7 разів більшою є середня кількість комерційних партнерів, від яких отримували винагороду (20 партнерів).

У цілому респонденти молодшої вікової групи повідомляли про більшу кількість сексуальних партнерів усіх типів за винятком комерційних партнерів, яким давали винагороду. Іншими словами, у порівнянні з іншими віковими групами підлітки-СІН характеризуються більш ризикованою поведінкою з точки зору кількості сексуальних партнерів. Натомість старші СІН та СІН середнього віку (у віці від 25 до 34 років) у середньому мали більшу кількість партнерів, яким надавали винагороду за сексуальні послуги.

Таблиця 3.1.6

Середня кількість сексуальних партнерів СІН за останні 90 днів, осіб (серед респондентів, в яких були такі партнери)

Характеристики/ практики	Постій- них, N=6170	Випад- кових, N=2592	Комерцій- них, яким давали ви- нагороду, N=217	Комерцій- них, від яких отри- мували ви- нагороду, N=219	Загалом парт- нерів, N=7912
Серед усіх	1,2	3,4	3,2	19,5	2,7
За віком					
14–19 років	1,3	4,6	1,0	51,1	6,8
20–24 роки	1,3	4,0	1,8	18,9	3,7
25–34 роки	1,3	3,3	3,5	13,6	2,6
35 років та більше	1,1	3,4	3,1	21,9	2,2
p	0,024	<0,001	<0,001	0,018	<0,001
За статтю					
Чоловіки	1,2	3,6	3,0	3,5	2,4
Жінки	1,2	3,0	6,1	20,3	3,5
p	0,824	0,732	0,711	0,006	<0,001
За типом наркотику					
Опіати	1,1	3,3	3,3	20,3	2,3
Стимулятори	1,1	3,1	2,8	7,7	2,2
Опіати та стимулятори	1,5	4,1	3,1	24,6	4,4
p	<0,001	<0,001	0,644	0,090	<0,001
За стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом					
До 2 років	1,1	3,9	1,8	25,6	3,0
3–5 років	1,3	3,8	2,1	25,2	3,3
6–10 років	1,3	3,4	2,9	16,6	3,0
11 років та більше	1,2	3,4	3,7	16,6	2,4
p	0,144	0,001	0,006	<0,001	<0,001

Гомосексуальні контакти

Близько 1% (57 осіб) чоловіків-СІН мали статеві контакти з особами чоловічої статі протягом останнього року. СІН-ЧСЧ головним чином зосереджені серед наймолодшої групи опитаних: у цій підгрупі їх частка сягає майже 5%. Розподіл за типом наркотику свідчить, що для СІН-ЧСЧ характерно поєднання опіатів та стимуляторів.

Варто зазначити, що мала наповненість цієї підгрупи робить неможливим детальний аналіз її сексуальної поведінки (структури партнерів, інтенсивності статевого життя тощо), зокрема за соціально-демографічними характеристиками.

Таблиця 3.1.7

Питома вага чоловіків-СІН, що мали статеві контакти з особами чоловічої статі протягом останнього року, % (серед чоловіків-СІН, N=6578)

Серед усіх	0,9
За віком (p<0,001)	
14–19 років	4,9
20–24 роки	0,6
25–34 роки	1,0
35 років та більше	0,6
За типом наркотику (p<0,001)	
Опіати	0,6
Стимулятори	0,4
Опіати та стимулятори	2,1
За стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (p<0,001)	
До 2 років	0,8
3–5 років	2,0
6–10 років	0,8
11 років та більше	0,6

Частота сексуальних контактів

Понад третину опитаних СІН мали 2–3 статеві контакти на тиждень протягом останніх трьох місяців (рис. 3.1.2). 20% повідомили, що вступали в сексуальний зв'язок у середньому раз на місяць. Майже кожний п'ятий (19%) мав більш інтенсивне статеве життя: від 2–4 контактів на тиждень та частіше. 13% мали 2–3 статеві контакти на місяць і ще стільки ж – мали сексуальні стосунки раз на місяць або рідше.

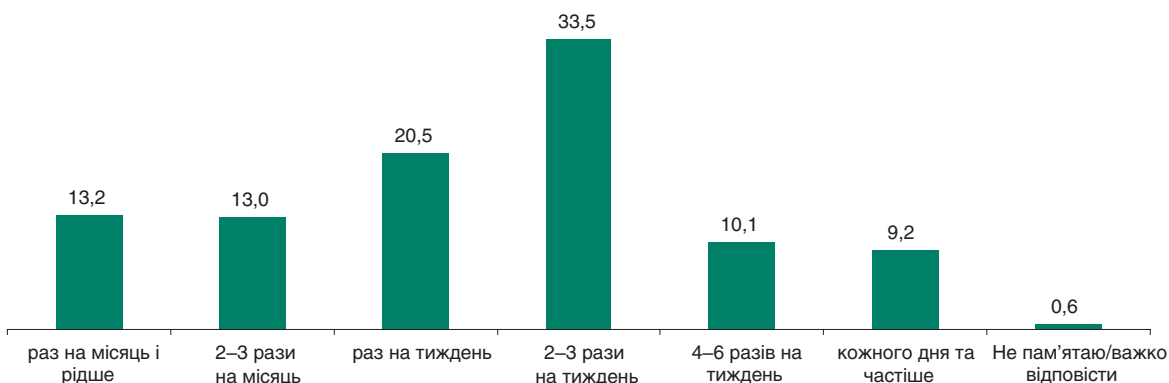


Рис. 3.1.2. Частота сексуальних контактів з партнерами усіх типів за останні 90 днів, % (серед респондентів, які мали сексуальних партнерів за останні 90 днів, N=7912)

Старші СІН (35 років та більше) вирізняються меншою інтенсивністю статевого життя. Вони частіше повідомляли про наявність статевих контактів декілька разів на місяць або рідше. Проте серед СІН, що мали декілька статевих контактів на тиждень або практикували секс щоденно, чіткого тренду за віком немає. Питома вага СІН, що мали статеві контакти щоденно і частіше, найвища серед 14–19-річних (14%) та 25–34-річних СІН (12%), натомість серед 20–24-річних та 35-річних і старших ця група становить 7%.

Жінки в цілому характеризуються інтенсивнішим статевим життям у порівнянні з чоловіками. Одним із чинників цього є більша поширеність практики комерційного сексу серед жінок, що пов'язана з великою кількістю партнерів та частими статевими контактами.

Таблиця 3.1.8

Частота сексуальних контактів з партнерами усіх типів за останні 90 днів, % (серед респондентів, в яких були сексуальні партнери за останні 90 днів, N=7912)

Характеристики/ практики	Раз на місяць та рідше	2–3 рази на місяць	Раз на тиждень	2–3 рази на тиждень	4–6 разів на тиждень	Кожного дня та частіше	Не пам'ятаю, важко відповісти
Серед усіх	13,2	13,0	20,5	33,5	10,1	9,2	0,6
За віком (p<0,001)							
14–19 років	10,4	8,9	22,3	32,1	11,7	14,3	0,2
20–24 роки	10,3	11,9	17,2	38,7	14,5	6,8	0,5
25–34 роки	12,2	12,1	19,7	32,7	11,1	11,7	0,6
35 років та більше	15,9	14,9	22,8	32,6	6,8	6,6	0,6
За статтю (p<0,001)							
Чоловіки	14,5	14,3	21,0	31,6	9,6	8,4	0,7
Жінки	9,9	9,5	19,1	38,4	11,3	11,4	0,4
За стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (p<0,001)							
До 2 років	11,5	11,7	17,6	36,0	14,2	8,4	0,6
3–5 років	10,2	10,4	20,7	36,5	11,3	10,7	0,2
6–10 років	13,8	13,8	18,5	32,6	11,0	9,7	0,6
11 років та більше	14,1	13,8	21,9	32,4	8,3	8,8	0,7

Резюме

Для СІН характерним є ранній початок статевого життя. 84% опитаних вперше вступили в статевий зв'язок до досягнення повноліття, у середньому в 16 років. Переважна більшість СІН схильні мати тільки одного постійного партнера. Зважаючи, що понад дві третини СІН (69%) серед тих, які живуть разом з постійним партнером, мають партнера-не СІН, доволі актуальним є впровадження окремих інтервенцій серед сексуальних партнерів-СІН, які є «групами-містками» в поширеності ВІЛ та гепатиту С серед загалу населення. Група подвійного ризику СІН-ЖКС становить 10%, а СІН-ЧСЧ – близько 1%. В обох випадках ці групи зосереджені більшою мірою серед наймолодших СІН у віці до 19 років. Це свідчить, що комерційний секс радше є стратегією виживання, ніж професійною діяльністю.

3.2. Практика використання презерватива під час сексуальних контактів

Останній статевий контакт

Відсоток СІН, що використовували презерватив під час останнього статевого контакту, становить 47,8% від загалу СІН, які мали сексуальні контакти протягом останніх 30 днів. Ключові характеристики, що визначають практику використання чи невикористання презерватива: вік, сімейний статус і охоплення профілактичними програмами наведені в таблиці 3.2.1.

Якщо серед СІН до 25 років третини біля 40% не використовували презерватив під час останнього статевого контакту, у старшій віковій групі, від 35 років та старше, – вже 58% опитаних практикували небезпечний секс. Варто зазначити, що поширеність фактів невикористання презерватива в старшій віковій групі більшою мірою зумовлена наявністю стабільних стосунків з одним постійним партнером. 37% одружених СІН або тих, що живуть у «цивільному шлюбі», використовували презерватив під час останнього статевого контакту. Серед СІН, що не мають постійного партнера презерватив використовували 53%.

Участь у профілактичних програмах стимулює використання презерватива. Учасники таких програм в 1,2 разу частіше користувалися презервативами під час останнього статевого контакту порівняно з неучасниками. Серед клієнтів громадських організацій 53% використовували презерватив під час останнього статевого контакту, а серед усіх інших – 45%. Це свідчить, що для розвитку навичок безпечної сексуальної поведінки більш ефективною є регулярна робота з клієнтами-СІН: роздача презервативів та мотивування до їх використання. Лише наявність картки клієнта громадської організації з профілактики ВІЛ не обов'язково стимулює СІН до звернень за послугами. Разом з тим не можна виключати, що серед клієнтів може грати роль знання “правильної” відповіді та обрання соціально очікуваного варіанта.

Таблиця 3.2.1

Питома вага СІН, що використовували презерватив під час останнього статевого контакту, % (серед респондентів, в яких були сексуальні контакти за останні 30 днів, N=7049)

Серед усіх	47,8
За віком (p<0,001)	
14–19 років	59,8
20–24 роки	58,0
25–34 роки	48,7
35 років та більше	41,6
За статтю (p=0,233)	
Чоловіки	48,2
Жінки	46,7
За сімейним статусом(p<0,001)	
Одружені/живуть з постійним сексуальним партнером	37,0
Не одружені/не живуть з постійним сексуальним партнером	53,4
За стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом(p<0,001)	
До 2 років	49,2
3–5 років	48,0
6–10 років	52,6
11 років та більше	45,0
За типом наркотику(p<0,001)	
Опіати	45,7
Стимулятори	49,3
Опіати та стимулятори	52,5
Чи охоплені профілактичними програмами(p<0,001)	
Так	57,9
Ні	40,1
Чи є клієнтом громадської організації(p<0,001)	
Так	53,4
Ні	45,4

Статистично значущого зв'язку між статтю респондентів та практикою використання презерватива виявлено не було. Більше значення має основний тип ін'єкційного наркотику. Споживачі опіатів та стимуляторів рідше користувалися презервативом при останньому статевому контакті, ніж ті, хто наркотики практикує змішане вживання.

Важливу роль в розумінні причин невикористання презерватива відіграє аналіз практик в розрізі контактів з партнерами різних типів. За одиницю виміру для цього аналізу взято період в 90 днів. Найвищі показники використання презервативів при останньому статевому контакті характеризують тих, хто мав комерційних партнерів. 86,2% СІН, що отримували винагороду за секс під час останнього статевого контакту, використовували презерватив. Деяко менше використовували презерватив ті, що купували секс, – серед них 80,5% використовували презерватив. СІН, які мали випадкового партнера під час остан-

нього сексу, використовували презерватив у 72,2% випадків. Значно рідшими були випадки використання презерватива під час останнього статевого контакту серед респондентів, які мали такий контакт з постійним партнером, – для менш ніж половини опитаних із цієї групи останній секс був безпечним з точки зору інфікування ВІЛ (22% під час орального сексуального контакту, 46% – під час вагінального та 49,5% – під час анального).

Опитування свідчить, що тип сексуального партнера має більше значення у мотивації до використання презерватива, ніж тип статевого контакту. У випадку вагінальних, оральних і анальних контактів СІН найчастіше використовували презерватив з комерційним партнером, у меншій мірі – з випадковим та ще рідше – з постійним (рис. 3.2.1). При цьому оральні контакти значно частіше відбувалися без презерватива в порівнянні з анальними та вагінальними контактами. Серед респондентів, що мали останній оральний статевий контакт з постійним партнером, використовували презерватив 22%. Під час останнього вагінального контакту з постійним партнером безпечний секс з точки зору інфікування ВІЛ практикували 49,5% опитаних. 87% від загалу СІН, що надавали сексуальні послуги за винагороду, використовували презерватив при останньому вагінальному контакті з клієнтом; у випадку останнього орального контакту – презерватив використовували 65% СІН.

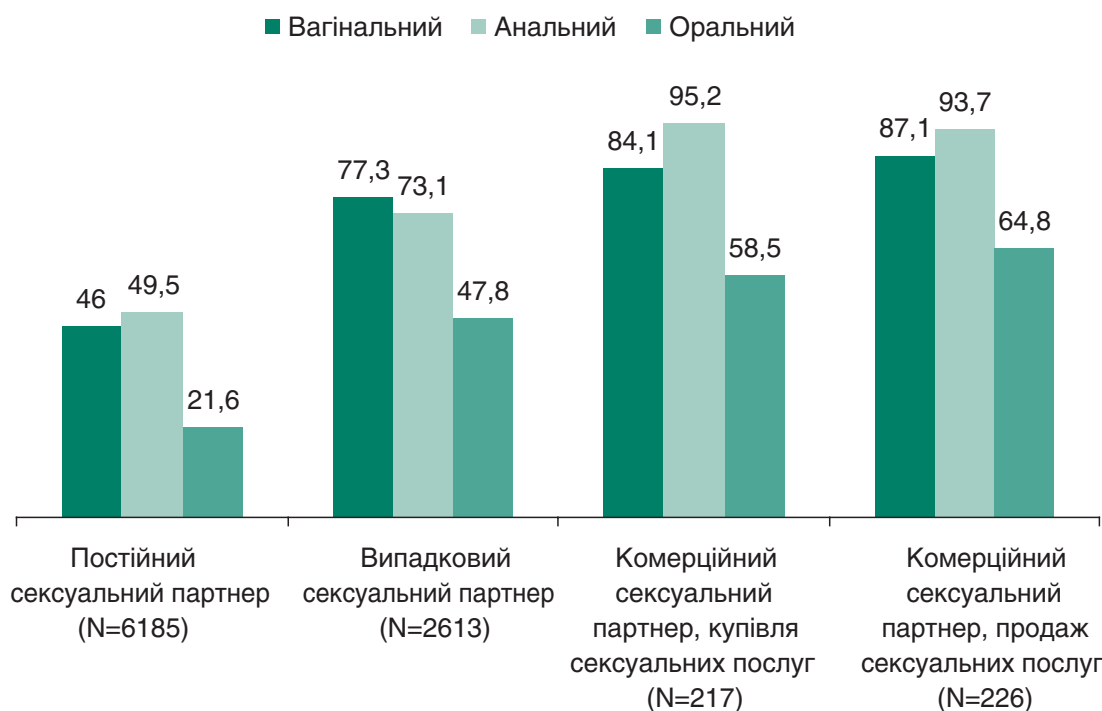


Рис. 3.2.1. Питома вага СІН, що використовували презерватив під час останнього статевого контакту в залежності від типу статевих контактів та виду сексуального партнера, (серед тих, хто мав статеві контакти із зазначеними типами сексуальних партнерів за останні 90 днів), %

Використання презерватива при гомосексуальних контактах

Серед СІН-ЧСЧ під час останнього сексуального контакту з чоловіком використовували презерватив дещо більше половини опитаних (30 з 57 осіб). Варто зазначити, що ще 7 осіб не пам'ятали, чи використовували вони презерватив, або відмовилися від відповіді на це запитання. Враховуючи останніх як потенційну групу ризику, можна сказати що 65% (або 37 осіб з 50) СІН-ЧСЧ перебували в ризику інфікування ВІЛ статевим шляхом.

Сталість використання презервативів

Більш показовими щодо безпечних відносно інфікування ВІЛ сексуальних практик є дані щодо частоти використання презервативів з постійними, випадковими та комерційними партнерами за останні 90 днів. Якщо про використання презерватива з постійним партнером повідомили близько 47% респондентів, то завжди протягом цього періоду використовували презерватив з таким партнером – менше третини (27%) (рис. 3.2.2). 53% СІН, що мали випадкових партнерів за останні три місяці, використовували презерватив завжди; проте під час останнього статевого контакту з випадковим партнером 77% використовували презерватив. Аналогічна ситуація характеризує статеві зв'язки з комерційними партнерами. 84% використовували презерватив при останньому статевому контакті з комерційним партнером, якому надавали винагороду за сексуальні послуги, та 63% використовували презервативи постійно з такими партнерами за останні 90 днів. У випадку надання сексуальних послуг за винагороду 87% практикували захищений з точки зору інфікування ВІЛ секс під час останнього статевого контакту з клієнтом, а завжди використовували презерватив з клієнтами за останні три місяці 58% СІН.

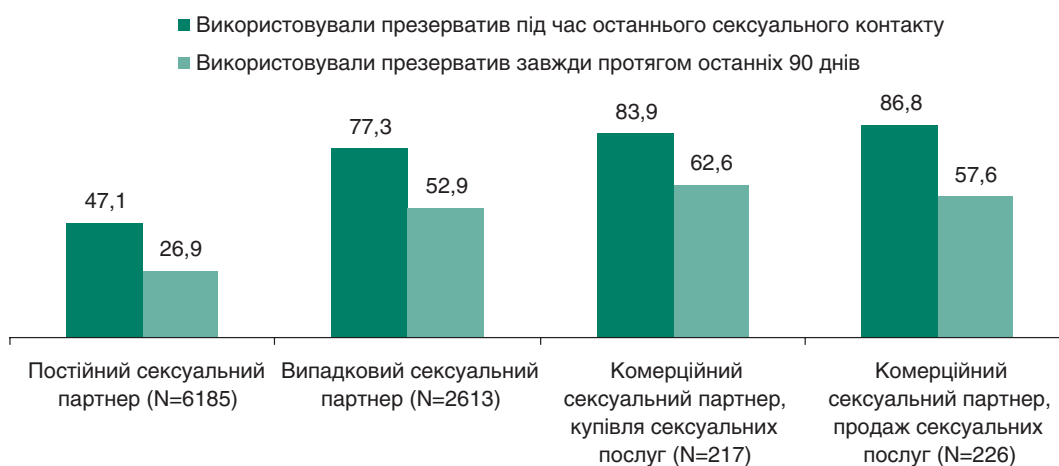


Рис. 3.2.2. Питома вага СІН, що використовували презерватив під час останнього статевого контакту¹⁵ та завжди впродовж останніх 90 днів в залежності від типу сексуального партнера, (серед респондентів, які мали відповідних партнерів за останні 90 днів), %

¹⁵ Анкета для опитування СІН не містила окремого запитання про використання презерватива під час останнього статевого контакту з певним типом сексуального партнера. Натомість по кожному партнеру (постійному, випадковому та комерційному) ставилося декілька запитань про використання презерватива в залежності від типу статевого контакту (оральний, вагінальний, анальний). Дані щодо останнього статевого контакту, наведені для порівняння, розраховані як питома вага осіб, що мали вагінальні, анальні або оральні контакти з окремим типом партнера та використовували презерватив принаймні в одному випадку (якщо було декілька типів контактів), по відношенню до чисельності осіб, що мали відповідних партнерів.

Щодо соціально-демографічних особливостей, більшою сталістю використання презервативів з постійним партнером вирізняється наймолодша вікова група СІН, де 42% завжди використовували презерватив за останні 90 днів (табл. 3.2.2). Для порівняння: у віковій групі від 35 років і старших 41% ніколи не використовували презерватив з постійним партнером упродовж цього періоду часу. Варто зазначити, що в молодшій віковій групі стосунки з постійними партнером зазвичай є менш тривалими, ніж серед старших СІН.

Нижча середнього показника сталості використання презерватива з постійним партнером серед СІН є питома вага жінок-СІН, серед яких 22% використовували презерватив завжди.

Щодо відмінностей у сталості використання презервативів з постійним партнером за типом основного наркотику та стажем вживання наркотиків, то вони є статистично не значущими.

Таблиця 3.2.2

Регулярність використання презервативів з постійним партнером за останні 90 днів, % (серед респондентів, в яких були такі партнери, N=6134)

Характеристики/ практики	Завжди (100%)	Здебільшого (75%)	У половині випадків (50%)	Іноді (25%)	Рідко (менше 10%)	Ніколи	Важко відповісти
Серед усіх	26,9	13,9	6,8	6,4	8,7	35,8	1,4
За віком (p<0,001)							
14–19 років	42,1	18,1	7,7	5,4	10,2	12,7	3,9
20–24 роки	27,9	20,0	7,9	7,2	11,1	25,1	0,7
25–34 роки	24,7	15,2	7,5	7,0	8,6	35,7	1,3
35 років та більше	28,4	10,0	5,5	5,4	8,0	40,9	1,8
За статтю (p<0,001)							
Чоловіки	29,1	13,5	6,5	5,7	8,4	35,3	1,5
Жінки	22,2	14,9	7,3	7,9	9,5	36,8	1,4
За типом наркотику (p=0,629)							
Опіати	28,1	13,3	6,4	6,2	7,8	36,6	1,6
Стимулятори	28,7	11,8	6,8	6,4	8,5	37,0	0,8
Опіати та стимулятори	21,5	17,4	8,2	7,1	12,1	32,4	1,4
За стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (p=0,129)							
До 2 років	27,9	14,8	8,0	5,6	10,0	31,7	1,9
3–5 років	24,4	16,0	9,0	9,1	9,0	31,8	0,7
6–10 років	23,8	17,3	6,1	7,0	10,8	33,7	1,3
11 років та більше	28,5	11,7	6,3	5,5	7,6	38,8	1,6

Дослідження свідчить, що немає статистично значущих відмінностей щодо сталості використання презервативів з випадковим партнером за віком, статтю опитаних, типом наркотику, який вони вживають, і стажем вживання (табл. 3.2.3).

Частка опитаних СІН, які мали контакти з комерційними партнерами, є недостатньо великою, аби оцінити відмінності щодо сталості використання презервативів у розрізі соціально-демографічних характеристик або практик ін'єкційного вживання наркотиків.

Таблиця 3.2.3

**Регулярність використання презервативів з випадковим партнером за останні 90 днів, %
(серед респондентів, в яких були такі партнери, N=2883)**

Характеристики/ практики	Завжди (100%)	Здебільшого (75%)	У половині випадків (50%)	Іноді (25%)	Рідко (менше 10%)	Ніколи	Важко відповісти
Серед усіх	52,9	17,4	6,5	5,1	4,8	10,3	3,0
За віком (p=0,266)							
14–19 років	49,4	21,9	3,4	5,8	11,2	7,4	0,8
20–24 роки	47,8	23,5	8,3	4,6	6,2	6,1	3,5
25–34 роки	53,8	17,4	6,9	5,2	4,6	9,0	3,1
35 років та більше	55,2	12,9	5,2	5,3	3,2	15,6	2,7
За статтю (p=0,082)							
Чоловіки	52,8	17,0	6,4	5,1	4,7	11,0	2,9
Жінки	53,5	19,9	7,2	5,5	4,8	5,7	3,4
За типом наркотику (p=0,225)							
Опіати	55,4	15,6	5,7	4,2	4,4	11,4	3,4
Стимулятори	51,4	21,2	7,2	5,1	2,8	10,8	1,5
Опіати та стимулятори	47,6	19,0	8,1	7,2	6,8	8,0	3,3
За стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (p=0,420)							
До 2 років	52,5	20,4	4,4	5,3	6,8	8,3	2,3
3–5 років	46,4	21,5	8,0	5,1	6,8	8,1	4,1
6–10 років	52,2	15,7	7,9	6,3	5,4	9,1	3,3
11 років та більше	55,6	16,2	5,8	4,4	3,1	12,3	2,6

Таблиця 3.2.4

**Регулярність використання презервативів з комерційними партнерами за останні 90 днів, %
(серед респондентів, які мали таких партнерів)**

	З комерційним партнером (купівля сексуальних послуг) (N=217)	З комерційним партнером (продаж сексуальних послуг) (N=215)
Завжди (100%)	62,6	57,6
У більшості разів (75%)	21,2	25,4
У половині випадків (50%)	4,1	4,3
Іноді (25%)	0,5	2,9
Рідко (менше 10%)	2,8	2,4
Ніколи	6,2	3,6
Важко відповісти	2,6	3,8

Причини нерегулярного використання презервативів

Причини відмов від використання презервативів варіюють у залежності від типу сексуального партнера. У випадку статевих контактів з постійним партнером основною причиною відмов було свідоме рішення про невикористання презерватива (44%) (табл. 3.2.5). Можливу передумову такого рішення розкриває друга за поширеністю причина: «використання презерватива знижує чуттєвість» (40,5%). Майже кожний п'ятий опитаний (19%) не вважав за потрібне використовувати презерватив при статевих контактах з постійним партнером.

Зниження чуттєвості при використанні презерватива було причиною відмови від безпечного відносно інфікування ВІЛ сексу в 34% випадків контактів з випадковим партнером. Близько чверті опитаних, які мали випадкових партнерів, не використовували презерватив через те, що його не було під рукою. 17% взагалі не думали про використання презерватива.

Близько половини СІН, які купували сексуальні послуги (29 з 62 осіб), причиною відмови від презерватива назвали зниження чуттєвості при його використанні. Не думали про його використання при купівлі сексуальних послуг 12 із 62 осіб. Майже кожний десятий СІН, що мав комерційних партнерів, яким давав винагороду, не використовував презерватив через алкогольне або наркотичне сп'яніння.

Для СІН, які надавали сексуальні послуги за винагороду, основні причини відмов від презерватива полягали в бажанні партнера (27 з 75 осіб) та більш високій оплаті за надання сексуальних послуг без презерватива (15 з 75 осіб). На третьому місці за рейтингом причин відмов – зниження чуттєвості при використанні презерватива (9 з 75 осіб).

Висока ціна презервативів дуже рідко є причиною відмови від їх використання. Наприклад, серед СІН, які купували сексуальні послуги, не було жодної особи, що при контактах з комерційним партнером відмовилася б від презерватива через його високу ціну. Серед тих, що купували сексуальні послуги, тільки одна особа вважала, що презерватив дуже дорого коштує. У випадках стате-

вих контактів з постійними та випадковими партнерами про високу ціну презервативів як причину відмови повідомили 2 та 4% респондентів відповідно.

Таблиця 3.2.5

Причини відмови від використання презерватива з постійним, випадковим або комерційним сексуальним партнером під час останнього статевого контакту, % (серед респондентів, в яких були сексуальні контакти з такими партнерами за останні 90 днів)

Причини	3 постійним партнером (N=3726)	3 випадковим партнером (N=917)	3 комерційним партнером (купівля сексу) (N=62)*	3 комерційним партнером (продаж сексу) (N=75)*
Не було презерватива/ не було під рукою	6,8	24,0	13 (8)	6 (4)
Його використання знижує чуттєвість	40,5	33,9	48 (29)	13 (9)
Коштує занадто дорого	1,6	4,0	0	2 (1)
Партнер(ка) наполягав(ла) на тому, щоб не використовувати презерватив	5,9	6,2	3 (2)	36 (27)
Без презерватива дорожче	-**	-	-	20 (15)
Я не думав(ла), що це є необхідним	18,8	17,3	19 (12)	7 (5)
Якось не думав(ла) про це	-	12,1	11 (7)	4 (3)
Це було нашим свідомим рішенням	44,4	-	-	-
Був(ла) у стані алкогольного сп'яніння	1,4	6,2	18 (11)	3 (2)
Перебував під впливом наркотиків	2,1	9,6	13 (8)	9 (6)
Я став(ла) жертвою сексуального насилля	-	0,2	0	0
Інше	3,5	1,9	0	0
Важко відповісти	0,2	0,0	2 (1)	3 (2)

* Зважаючи на малі вибірки СІН, що мали комерційних партнерів, у яких купували сексуальні послуги, а також СІН, що надавали сексуальні послуги за винагороду (кожна група – менше 100 осіб), розподіл причин відмов від презерватива надано у відсотках та абсолютних числах. Абсолютні числа позначено в дужках.

** «-» означає, що цієї причини не було серед варіантів відповіді на запитання.

Невикористання презерватива через потрапляння в ситуацію насильства було зафіксовано, скоріше, як окремий епізод. Між тим варто зазначити, що цей варіант відповіді не надає свідчень про реальну поширеність сексуального насильства, оскільки питання ставилося лише про останній статевий контакт з постійним, випадковим та комерційним партнером.

Суттєвих відмінностей у причинах відмов від використання презерватива за віком, статтю, типом наркотику та стажем вживання не виявлено. Рейтинги причин є подібними. Єдиним винятком є те, що чоловіки частіше у порівнянні з жінками повідомляли про зниження чуттєвості при використанні презерватива.

Використання презерватива під час гомосексуальних контактів

Серед СІН-ЧСЧ під час останнього сексуального контакту з чоловіком використовували презерватив трохи більше половини опитаних (30 з 57 осіб). Варто зазначити, що ще 7 осіб не пам'ятали, чи використовували вони презерватив, або відмовилися від відповіді на це запитання. Враховуючи останніх як потенційну групу ризику, можна сказати що 65% (або 37 осіб з 50) СІН-ЧСЧ перебували в ризику інфікування ВІЛ статевим шляхом.

3.3. Регіональні відмінності та динаміка

Щодо динаміки показника «Відсоток СІН, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту», то він дещо зменшився: у 2008/2009 рр. становив 54,5%, а у 2011 р. – 47,8%. Регіональний розподіл свідчить, що показник використання презервативу під час останнього сексуального контакту зменшується в 14 містах, головним чином в Івано-Франківську, Ужгороді, Херсоні, Миколаєві і Хмельницькому (рис. 3.2.4 та табл. 3.2.8). Разом з тим у Дніпропетровську, Черкасах, Тернополі, Сумах та Кіровограді у 2011 р. більше СІН повідомили про використання презерватива під час останнього статевого контакту. У Харкові, Луцьку, Чернігові, Вінниці та Донецьку суттєвих змін не відбулося.

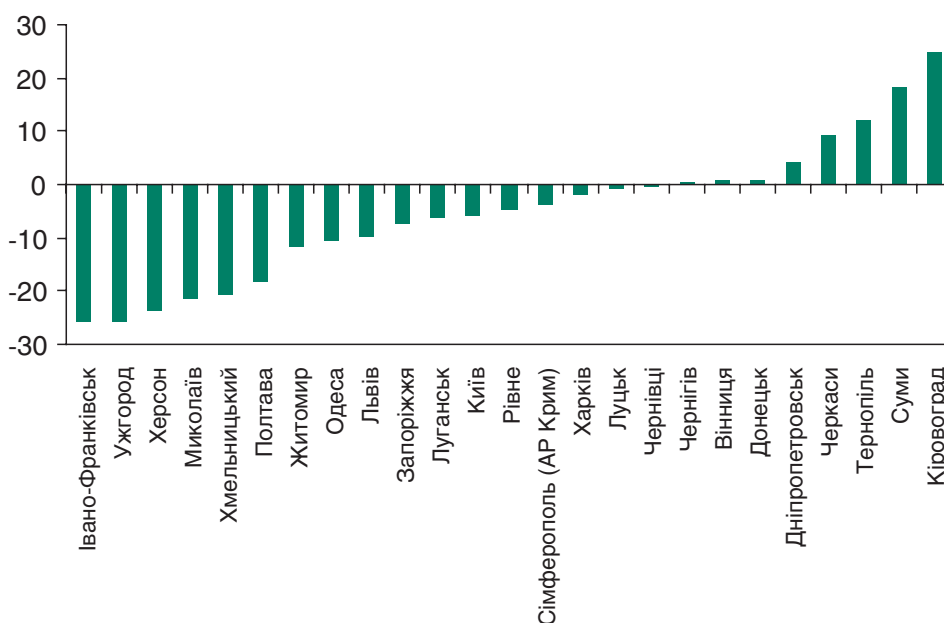


Рис. 3.2.4. Динаміка показника «Відсоток СІН, що використовували презерватив під час останнього статевого контакту» протягом 2008 – 2011 рр. (серед тих СІН, хто мав сексуальних партнерів в останні 30 днів), %

Таблиця 3.2.9

**Відсоток СІН, які використовували презерватив
під час останнього статевого контакту протягом 2008–2011 рр., %**

Місто	2008/2009	Довірчий інтервал	2011	Довірчий інтервал
Сімферополь	64,2**	57,3–71,5**	60,4	56,5–64,6
Вінниця	43,4**	33,9–52,3**	44,0	38,3–50,0
Луцьк	41,4*	32,2–50,1*	40,7	35,2–46,8
Дніпропетровськ	24,2**	16,5–32,3**	28,4	23,5–33,8
Донецьк	39,9*	24,3–55,6*	40,7	35,6–46,3
Житомир	36,8**	27,0–44,8**	25,1	19,7–30,5
Ужгород	46,8**	31,5–61,0**	20,9	14,9–27,8
Запоріжжя	38,3**	29,8–47,1**	30,9	23,3–38,7
Івано-Франківськ	71,4**	64,8–77,4**	45,5	37,5–52,7
Київ	41,6**	35,5–48,1**	35,9	29,2–42,5
Кіровоград	29,1*	19,7–43,5*	54,2	47,0–60,6
Луганськ	54,1*	44,9–63,3*	47,8	35,6–56,7
Львів	43,2*	33,3–52,8*	33,5	27,3–39,7
Миколаїв	65,4**	58,3–73,0**	43,8	38,5–49,7
Одеса	53,7*	47,6–60,3*	43,0	38,7–47,6
Полтава	67,2*	58,5–77,7*	48,7	42,1–55,5
Рівне	46,3**	38,4–53,7**	41,6	35,1–47,8
Суми	43,6*	32,2–55,2*	61,8	56,0–67,6
Тернопіль	30,5**	10,8–52,6**	42,5	31,4–52,6
Харків	41,5*	27,5–51,8*	39,5	33,6–46,1
Херсон	67,2*	58,2–74,8*	43,5	37,9–49,0
Хмельницький	59,9*	51,1–70,8*	39,1	33,5–45,8
Черкаси	61,7**	54,0–71,1**	71,1	66,2–75,7
Чернівці	59,4**	53,6–78,8**	59,0	50,5–70,6
Чернігів	34,9**	25,4–42,4**	35,4	30,5–40,7

* Дослідження проводилось у 2008 р.

** Дослідження проводилось у 2009 р.

Резюме

47,8% СІН використовували презерватив під час останнього статевого контакту. Аналіз даних в динаміці свідчать про те, що відсоток СІН, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту дещо зменшується у порівнянні з 2008/2009 рр., який становив 54,5%. Показник використання презервативу під час останнього сексуального контакту у регіональному розподілі зменшився з часом в 14 містах, головним чином в Івано-Франківську, Ужгороді, Херсоні, Миколаєві і Хмельницькому.

Тип сексуального партнера має більше значення у мотивації до використання презерватива, ніж тип статевого контакту, та впливає на причини відмов від використання презервативів. Протягом останнього місяця завжди використовували презерватив з постійними партнерами – 27%, з випадковими партнерами – 53%, з комерційними партнерами, яким надавали винагороду за сексуальні послуги, – 63%, а з комерційними партнерами, від яких отримували винагороду за сексуальні послуги, – 58%. Серед СІН-ЧСЧ під час останнього сексуального контакту з чоловіком використовували презерватив трохи більше половини опитаних (30 з 57 осіб).

Послуги з профілактики ВІЛ

У розділі поданий аналіз відповідей респондентів щодо користування послугами добровільного консультування та тестування на наявність ВІЛ-інфекції. Досліджувалося питання доступності таких послуг для СІН та основних причин, що призводять до відмови звертатися до установ/організацій за тестуванням на ВІЛ. Також визначена питома вага СІН, які мали досвід тестування та знають свій результат. Наведені результати аналізу того, як знання свого ВІЛ-статусу впливає на сексуальну поведінку СІН та вживання ін'єкційних наркотиків. Особливу увагу приділено питанням охоплення профілактичними послугами та рівню обізнаності щодо шляхів передачі ВІЛ.

4.1. Наявність досвіду проходження ДКТ

Із внесенням змін до Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» від 23.12.2010 № 2861-17, тестування всіх осіб, яким виповнилось 14 років, проводиться добровільно після отримання інформованої згоди на проведення тестування. Тобто всі респонденти, що взяли участь у дослідженні, мали змогу скористатися послугами ДКТ (добровільного консультування та тестування), але тільки 94,5% вважають, що таке тестування є доступним для них (див. рис. 4.1.1).

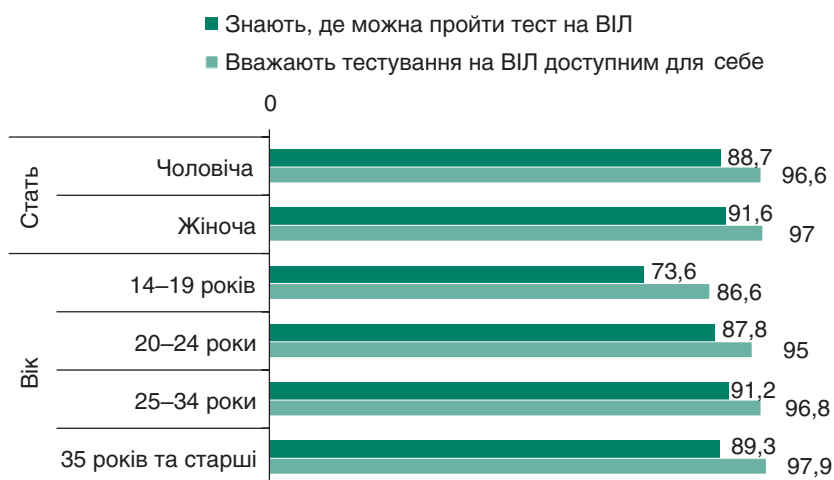


Рис. 4.1.1. Питома вага СІН, які знають, де можна пройти тестування на наявність ВІЛ, та вважають таке тестування доступним для себе, залежно від статі та віку, відсотковий розподіл

Рівень оцінки доступності тестування на ВІЛ для СІН є практично однаковим в усіх містах опитування та коливається в межах 91,1–100,0%. Найнижчий показник доступності зафіксований у м. Житомир, найвищі – в мм. Тернопіль та Чернівці.

Найбільш вагомою причиною недоступності тестування на ВІЛ для СІН (визначили 51,5%) є брак інформації про те, до кого можна звернутися з цього питання. Також серед причин недоступності тестування найчастіше вказувалися брак інформації про місце знаходження установи, де можна пройти тестування (18,6%), впевненість у тому, що за тестування треба платити, відсутність таких коштів (12,4%) та страх розголошення результатів (11,5%) (див. табл. 4.1.1).

Таблиця 4.1.1

Основні причини недоступності тестування на ВІЛ, залежно від віку та статі, відсотковий розподіл (серед тих, хто вважає тестування недоступним для себе, N=499)

Причини (СІН могли обрати декілька причин)	Вік респондента				Стать респондента		Серед усіх
	14–19 років	20–24 роки	25–34 роки	35 років і старше	Чоловіча	Жіноча	
Не знаю, до кого звернутися	49,6	62,4	49,4	48,2	55,4	40,8	51,5
Не знаю, де знаходиться установа/ пункт/центр тестування	20,8	21,4	16,5	19,1	16,7	23,9	18,6
Немає коштів на тестування	0,0	13,4	15,6	10,9	12,8	11,3	12,4
Боюся розголошення про свій статус	35,8	8,3	11,1	6,3	10,7	13,5	11,5
У нашому населеному пункті немає установи/ пункту/центру, де можна зробити тест	0,0	5,0	2,6	7,2	4,8	2,6	4,2
Незручне розташування установи/пункту/центру тестування	2,7	5,8	4,4	1,0	2,5	6,4	3,5
Незручний графік роботи установи/ пункту/центру тестування	1,9	6,5	2,1	1,1	1,7	5,2	2,6
Не влаштовує ставлення персоналу	0,0	0,8	1,4	0,4	0,8	1,1	0,9
Інше	0,0	5,6	3,6	5,6	3,6	6,0	4,2

Як видно з таблиці, така причина відмови від тестування, як страх розголошення отриманого статусу, є найбільш характерним для підліткової групи СІН

(35,8%). Брак інформації про те, до кого можна звернутися для проходження тесту на ВІЛ, є найбільш характерним для СІН віком 20–24 роки (62,4%). Ця ж причина більш характерна для чоловіків порівняно із жінками.

Тестування на ВІЛ протягом життя

Результати дослідження свідчать, що більше половини (61,6%) опитаних СІН зверталися до установ/організацій з метою тестування на наявність ВІЛ та 65,9% СІН робили тест на ВІЛ хоча б раз протягом життя. Більша частка тих СІН, які робили тест на ВІЛ, порівняно з тими, хто звертався до установ/організацій, пов'язано з тим, що певна частина СІН були учасниками різних досліджень або проектів, в рамках яких вони проходили тест на ВІЛ, або робили тест, перебуваючи на лікуванні, разом з іншими медичними процедурами, тобто цілеспрямовано за тестуванням не зверталися.

Питома вага жінок та СІН старшого віку, які проходили тестування на ВІЛ, більша, ніж питома вага чоловіків та молодих СІН (див. рис. 4.1.2). Найвні значущі відмінності щодо досвіду тестування на ВІЛ залежно від статі ($p < 0,001$) та віку респондентів ($p < 0,001$).

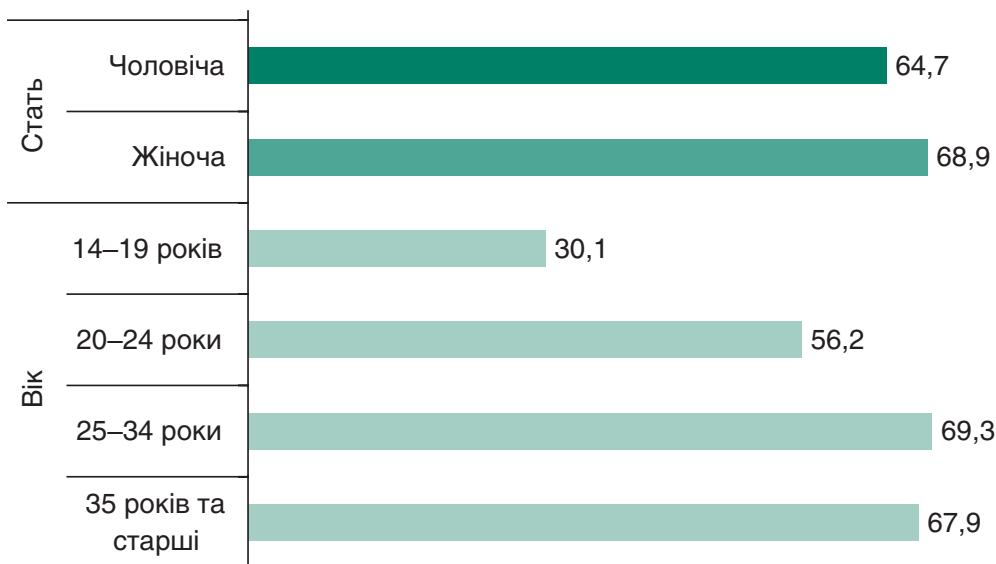


Рис. 4.1.2. Досвід тестування на наявність ВІЛ залежно від віку та статі, відсотковий розподіл

Респондентів, які ніколи впродовж життя не проходили тест на ВІЛ, попросили зазначити причину, чому саме вони цього не робили. Майже половина (46,7%) СІН вказали, що вони не мають бажання проходити тестування, ще майже третина (28,8%) вказали, що їх сексуальна поведінка була безпечною, та 21,7% – що їх ін'єкційна поведінка була безпечною. (див. табл. 4.1.2).

Таблиця 4.1.2

Основні причини, чому СІН не робили тест на ВІЛ, залежно віку та статі, відсотковий розподіл (серед тих, хто не робив тест на ВІЛ, N=3094)

Причини (СІН могли обрати декілька причин)	Вік респондента				Стать респондента		Серед усіх
	14–19 років	20–24 роки	25–34 роки	35 років і старше	Чоловіча	Жіноча	
Не маю бажання проходити тестування	51,1	45,3	42,4	51,4	48,6	40,9	46,7
Моя сексуальна поведінка була безпечною	27,9	36,2	26,6	27,6	28,1	30,8	28,8
Я завжди вживав/ла наркотики безпечним шляхом	26,3	25,9	22,5	18,7	21,5	23,1	21,9
Боюся дізнатись свій ВІЛ-статус	8,6	7,3	13,9	10,0	10,7	12,0	11,0
Думаю, що тестування платне	5,8	11,3	5,8	5,5	5,6	9,8	6,7
Незручне розташування місць, де можна зробити тест	5,5	5,6	4,7	4,0	3,9	7,1	4,7
Інше	2,1	3,6	5,9	4,2	5,5	2,3	4,7

Тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців

Із числа СІН, які проходили тестування на ВІЛ (N=5970), більше половини (55,8%) робили це протягом останніх 12 місяців. 85,6% з них (N=3327) отримали дотестову консультацію, 96,7% –отримали свій результат та 79,8% СІН була наданапіслятестова консультація, що свідчить, що тестування на наявність ВІЛ не завжди проводиться згідно з правилами Протоколу¹⁶, який передбачає обов'язковедотестове та післятестове консультування.

Ключовий показник «Відсоток СІН, які протягом останніх 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ та одержали його результат» становить 35,7% (34,1% серед чоловіків та 40,1% серед жінок, $p < 0,001$). Розподіл показника залежно від віку СІН свідчить про наявність значимого зв'язку ($p < 0,001$) та збільшення питомої ваги СІН, які проходили тестування на ВІЛ та отримали результат разом із збільшенням віку опитаних (20,7% серед 14–19-річних, 37,7% серед 20–24-річних, 39,6% серед 25–34-річних та 31,7% серед 35-річних та старших СІН). Близько 1% респондентів мали досвід тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців, але так і не отримали свій результат.

Порівняно з 2008/2009 рр. частина тих, хто пройшов тестування на ВІЛ за останні 12 місяців та отримав результат, суттєво збільшилася (з 27,9% до 35,7%). Регіональні зміни показника подані в таблиці 4.1.3.

¹⁶ Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протокол). – Затверджений Наказом МОЗ України від 19.08.2005 № 415.

Таблиця 4.1.3

Відсоток СІН, які робили тест на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та отримали його результат, 2008/2009–2011 рр. , відсотковий розподіл

Місто	2008/2009 рр.		2011 р.	
	%	Довірчі інтервали	%	Довірчі інтервали
Сімферополь (АР Крим)	14,7**	9,9–19,7**	26,9	22,9–31,0
Вінниця	22,4**	16,1–29,0**	58,8	53,9–64,2
Луцьк	31,2*	20,8–39,2*	52,5	45,8–58,4
Дніпропетровськ	37,7**	29,0–46,5**	16,5	12,5–20,9
Донецьк	46,8*	39,3–54,6*	36,3	31,9–42,4
Житомир	1,9**	0,6–3,7**	26,3	19,9–32,3
Ужгород	13,1**	3,9–24,2**	11,6	7,2–16,8
Запоріжжя	21,5**	14,1–28,1**	26,6	18,3–34,7
Івано-Франківськ	55,9**	47,8–65,2**	66,1	57,4–75,9
Біла Церква (Київська обл.)***			29,4	20,1–38,5
Київ	29,4**	23,6–35,9**	32,5	26,7–39,3
Кіровоград	20,2*	13,8–26,8*	24,0	18,8–30,8
Луганськ	18,3*	9,6–27,3*	62,3	52,9–70,1
Львів	1,9*	0,4–3,9*	8,7	4,3–13,0
Миколаїв	19,8**	14,1–25,8**	43,1	38,1–48,5
Одеса	16,5*	12,3–22,1*	26,4	22,1–31,4
Полтава	26,3*	17,2–38,0*	44,8	38,9–51,4
Рівне	62,2**	54,7–70,9**	10,8	7,7–14,1
Суми	12,8*	7,0–21,9*	69,9	63,1–75,7
Тернопіль	14,3**	5,8–26,1**	38,9	30,1–48,7
Харків	5,8*	2,1–10,7*	16,0	12,0–20,8
Херсон	42,9*	33,5–52,3*	38,4	32,6–42,8
Хмельницький	38,1*	28,1–48,7*	42,0	35,8–48,0
Черкаси	40,0**	30,4–51,5**	86,6	82,4–90,2
Чернівці	84,5**	73,4–93,4**	67,5	53,0–73,7
Чернігів	22,5**	15,2–30,5**	26,4	20,8–32,1

* Дослідження проводилось у 2008 р.

** Дослідження проводилось у 2009 р.

*** У 2008 та 2009 рр. дослідження в Білій Церкві (Київська обл.) не проводилось.

Позитивна динаміка показника порівняно з 2008/2009 рр. спостерігається в більшості міст дослідження. Певне зменшення показника відбулося тільки в м. Дніпропетровськ (-21,2%), Донецьк (-10,5%), Ужгород (-1,5%), Рівне (-51,5%) та Чернівці (-17%) (див. рис. 4.1.3).

Тестування на базі громадських організацій швидкими тестами протягом 2011 року проходили 17,9% опитаних. Серед жінок цей показник є децю вищим, ніж серед чоловіків (21,2% проти 16,6%, $p < 0,001$). Цей показник є вищим серед СІН віком 20–24 та 25–34 роки (20,6% та 19,7% проти 10,8%

серед 14–19-річних та 15,4% серед 35-річних та старших, $p < 0,001$). З числа тих, хто проходив тестування в громадській організації ($N=1576$), більшість (71,3%) зазначили, що протягом 2011 р. це була разова практика, 24,1% проходили таке тестування двічі та 0,8% СІН повторювали таке тестування 3 та більше разів.

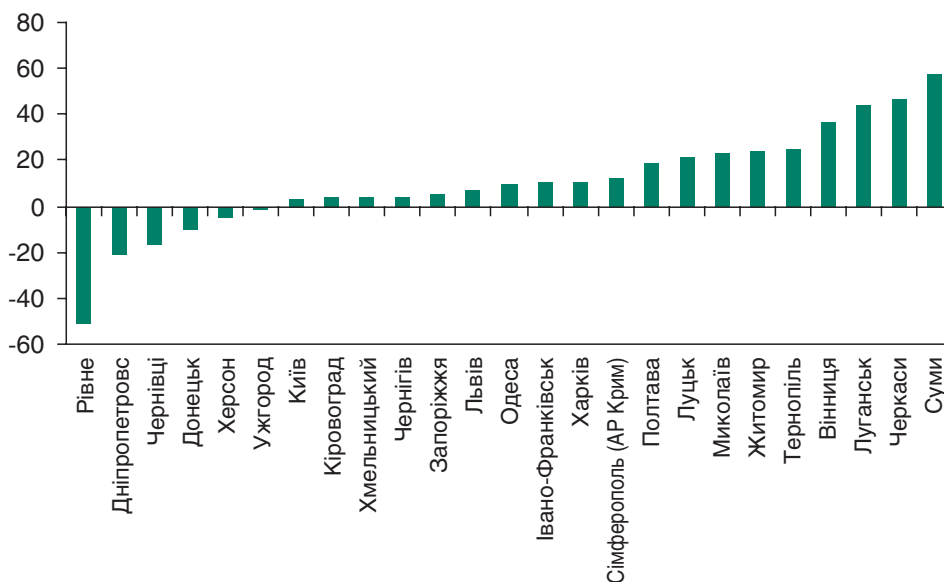


Рис. 4.1.3. Зміна питомої ваги СІН, які робили тест на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та отримали його результат, дослідження 2011 року порівняно 2008/2009 рр. в різних містах дослідження, відсотковий розподіл

З числа тих, хто робив тест на ВІЛ ($N=5970$), 85,3% СІН погодились повідомити свій результат тестування. Самодекларація позитивного ВІЛ-статусу представлена на рис. 4.1.4.

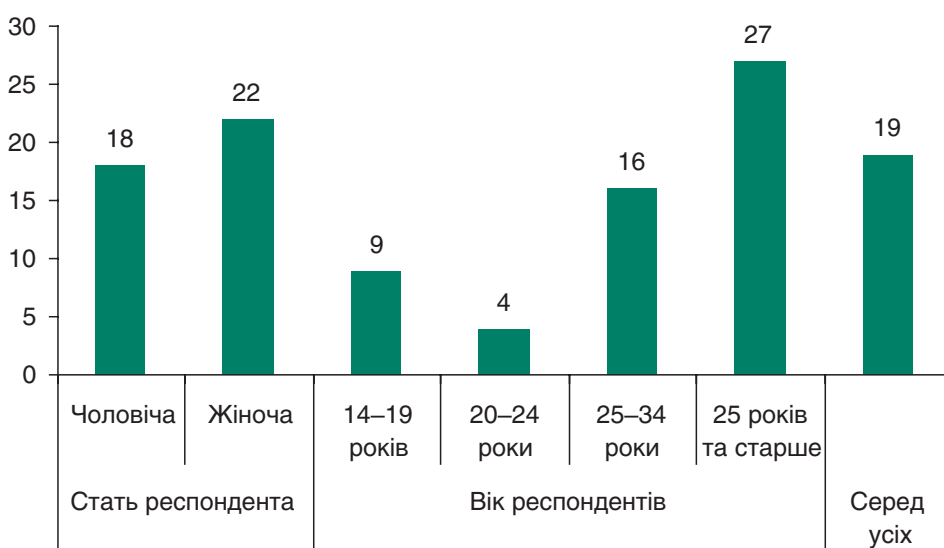


Рис. 4.1.4. Самодекларація ВІЛ-статусу СІН, які проходили тестування на ВІЛ та погодились надати відповідь, залежно від статті та віку, ($N=5097$), відсотковий розподіл

З числа тих, хто повідомив про свій ВІЛ-позитивний статус, 81,1% поставлені на облік в центрах СНІД.

Загалом більшість самодекларованих ВІЛ-позитивних результатів підтвердились у ході зв'язаного дослідження. Детальне порівняння відповідей СНІ щодо свого статусу та результату тестування швидкими тестами в рамках зв'язаного дослідження представлено в підрозділі 5.1.

4.2. Безпечність поведінки ВІЛ-позитивних СНІ

Не для всіх СНІ, які знають про свій ВІЛ-позитивний статус, характерна безпечна поведінка, що наражає на ризик інших СНІ та сексуальних партнерів (див. рис. 4.2.1 та 4.2.2).

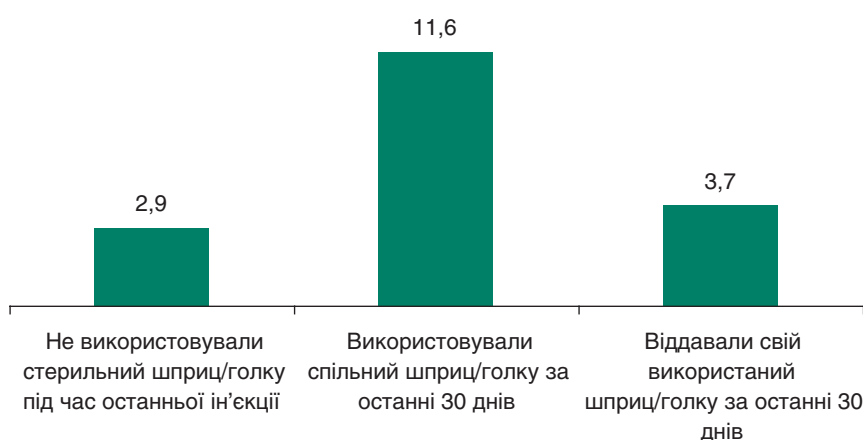


Рис. 4.2.1. Поширеність ризикованої ін'єкційної поведінки серед СНІ, які знають про свій ВІЛ-позитивний статус (N=971), відсотковий розподіл

Статистично значущого зв'язку між небезпечними ін'єкційними практиками серед СНІ, що знають, що вони ВІЛ-позитивні, залежно від віку та статі не виявлено.

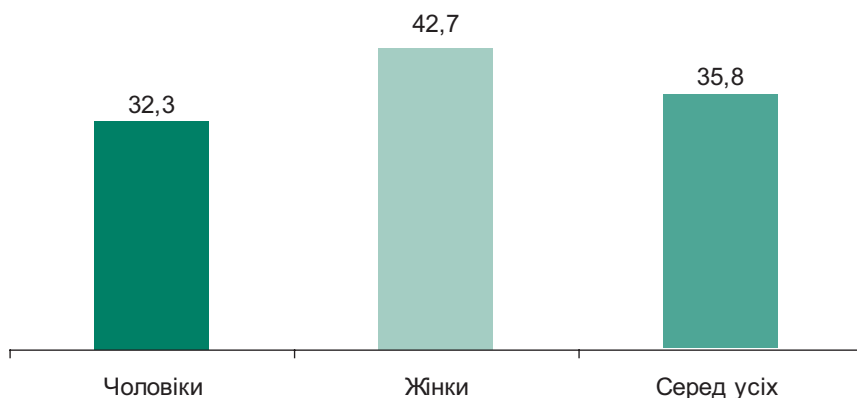


Рис. 4.2.2. Невикористання презерватива під час останнього сексуального контакту серед СНІ, які знають про свій ВІЛ-позитивний статус (N=971), відсотковий розподіл

Жінки частіше, ніж чоловіки, наражали своїх партнерів на ризик інфікування ВІЛ, не використовуючи презерватив під час останнього сексуального контакту. Статистично значущого зв'язку між віком та використанням презерватива під час останнього сексуального контакту не зафіксовано.

Резюме

Таким чином, досвід тестування протягом останніх 12 місяців мають більше третини опитаних СІН (35,7%), що пов'язане з відсутністю бажання проходити таке тестування або браком інформації про те до кого можна звернутися. Діяльність громадських організацій щодо доступу СІН до тестування на ВІЛ у деяких випадках має навіть понаднормовий характер: близько відсотка СІН вказали, що вони проходили тестування на ВІЛ більше трьох разів за 6-9 місяців 2011 р. (в залежності від періоду проведення польового етапу в місті).

СІН, що проходили тестування на наявність ВІЛ, зазначають, що з ними не завжди проводилась післятестова консультація, що зумовлює для СІН брак інформації, як жити з ВІЛ-позитивним статусом, якої поведінки дотримуватися, до яких організацій/установ/закладів слід звернутися для отримання послуг, пов'язаних з лікуванням та доглядом у зв'язку ВІЛ.

4.3. Охоплення профілактичними послугами

Нижче поданий аналіз даних щодо основних превентивних заходів, визначено рівень охоплення СІН послугами, що передбачають роздачу презервативів та шприців, розраховано показник охоплення профілактичними послугами¹⁷ та частку СІН, які є клієнтами громадської організації¹⁸.

Шляхи отримання презервативів

Серед усіх СІН 47% протягом останнього року отримали презервативи в рамках інформаційно-просвітницьких програм у пунктах обміну шприців, у консультаційних центрах або інших організаціях.

Ключові відмінності в шляхах отримання презервативів спостерігаються за віком та статтю, в той час як за типом наркотику та стажем вживання різниці виявлено не було. Опитані жінки-СІН частіше повідомляли про отримання безкоштовних презервативів упродовж останнього року. За віком вирізняється наймолодша група СІН (до 19 років), де за останні 12 місяців безкоштовні презервативи отримали 35% опитаних, що на 12% менше за середній показник.

Серед загалу клієнтів громадських організацій 90% отримували презервативи від представників цих організацій, а в молодшій віковій групі (до 19 років) – 97%.

¹⁷ Показник розрахований за системою Національних показників – «Відсоток СІН, які охоплення профілактичними послугами» (Див. методичні рекомендації з проведення досліджень для моніторингу відповіді країни на епідемію ВІЛ-інфекції / [Балакірева О.М., Варбан М.Ю., Довбах Г.В. та ін.] ; МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». – К., 2008. – 96 с.).

¹⁸ Мають картку клієнта або індивідуальний код громадської організації, яка працює із СІН.

Таблиця 4.3.1

Питома вага СІН, що безкоштовно отримували презервативи, %

Характеристики/ практики	(1) Серед клієнтів громадських організацій за останні 6 місяців (N=2661)	(2) Серед загалу СІН, за останні 12 місяців (N=9069)
Серед усіх	90,3	46,6
За віком		
14–19 років	97,3	35,1
20–24 роки	90,9	41,7
25–34 роки	89,0	49,6
35 років та більше	91,6	46,0
p	0,028	<0,001
За статтю		
Чоловіки	90,6	45,0
Жінки	89,8	51,0
p	0,147	<0,001

Серед загалу СІН, що мали статеві контакти протягом останнього місяця, за цей період купували презервативи менше третини (28%), головним чином СІН у віці до 25 років (табл. 4.3.2). Майже половина опитаних у віці до 19 років (44%) та понад третини 20–24-річних (37%) повідомили, що купували презервативи протягом останнього місяця.

Таблиця 4.3.2

Питома вага СІН, що купували презервативи впродовж останнього місяця, % (серед тих, хто мав статеві контакти впродовж останнього місяця, N=7049)

Серед усіх	27,8
За віком (p<0,001)	
14–19 років	43,5
20–24 роки	37,1
25–34 роки	28,0
35 років та більше	22,4
За статтю (p<0,001)	
Чоловіки	31,7
Жінки	18,6
Чи є клієнтом громадської організації (p<0,001)	
Так	10,1
Ні	35,6

Жінки рідше купували презервативи: тільки кожна п'ята опитана (19%) купувала презервативи за останній місяць. Серед чоловіків таких було 32%.

Суттєва різниця спостерігається серед клієнтів та неклієнтів громадських організацій, орієнтованих на роботу з СІН. Тільки 10% клієнтів таких організацій, що мали статеві контакти впродовж останнього місяця, купували презервативи.

СІН у середньому купували 11 презервативів на місяць та витратили на це 41 грн.

За результатами дослідження 2011 р., програмами розповсюдження безкоштовних презервативів скористалося понад двох третин опитаних СІН у Черкасах (89%), Сімферополі (87%), Сумах (75%), Івано-Франківську (68%). Найнижчий рівень охоплення цільової групи програмами поширення безкоштовних презервативів мають Львів (11%), Рівне (14%) та Ужгород (17%).

Щодо динаміки показника «відсоток СІН, які за останні 12 місяців отримували презервативи» протягом 2008–2011 рр., його зменшення спостерігається у 8 містах: Рівному, Чернівцях, Івано-Франківську, Дніпропетровську, Києві, Ужгороді, Херсоні та Чернігові (рис. 4.3.1 та табл. 4.3.3). У Полтаві та Харкові суттєвих змін не відбулося. У Сумах зафіксовано зростання питомої ваги СІН, які за останні 12 місяців отримували презервативи, на більш ніж 60%. На 57% зростає цей показник у Луганську та на 41% у Вінниці.

Таблиця 4.3.3

**Відсоток СІН, які за останні 12 місяців отримували презервативи протягом 2008–2011 рр., %
(наприклад, через інформаційно-просвітницькі програми або проекти, пункти обміну шприців, консультативні центри, центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, під час акцій тощо)**

Місто	2008/2009	Довірчий інтервал	2011	Довірчий інтервал
Сімферополь	78,0**	72,1–83,3**	87,4	84,3–90,9
Вінниця	23,0**	18,1–30,7**	64,0	58,7–69,4
Луцьк	47,8*	37,4–57,9*	64,8	59–70,4
Дніпропетровськ	45,6**	37,4–53,7**	20,9	16,4–25,6
Донецьк	31,6*	25,5–37,9*	40,2	34,7–45,9
Житомир	1,9**	1,0–3,4**	26,6	20–32,8
Ужгород	31,5**	22,8–42,7**	17,4	11,9–23,9
Запоріжжя	18,6**	12,5–25,1**	28,9	20,3–37,9
Івано-Франківськ	94,1**	90,0–96,4**	67,8	58,9–77,9
Київ	56,1**	48,6–62,9**	41,2	34,8–48,1
Кіровоград	19,0*	14,2–24,2*	31,0	24,7–39
Луганськ	9,2*	4,1–13,9*	66,0	58,4–74,5
Львів	4,7*	2,4–8,5*	11,4	6,8–16,1
Миколаїв	24,1**	18,8–30,8**	53,3	48,8–58,8
Одеса	9,8*	5,3–14,1*	36,4	31,3–41,4
Полтава	53,6*	45,0–62,8*	50,7	44,7–56,8
Рівне	62,7**	56,5–69,6**	13,6	9,9–17,5
Суми	7,7*	4,3–12,1*	74,6	68,3–80,5
Тернопіль	17,2**	9,9–29,1**	42,3	33–52,5
Харків	20,3*	14,9–26,6**	20,4	15,5–25,3
Херсон	57,9*	48,3–65,4**	44,7	38,4–49,4
Хмельницький	27,5*	21,9–37,3**	50,2	43,9–57,1
Черкаси	56,9**	49,2–67,2*	88,6	85,2–91,5
Чернівці	94,8**	91,1–98,1*	64,7	50,5–73,3
Чернігів	36,8**	29,4–45,7*	26,5	21–32,2

* Дослідження проводилось у 2008 р.

** Дослідження проводилось у 2009 р.

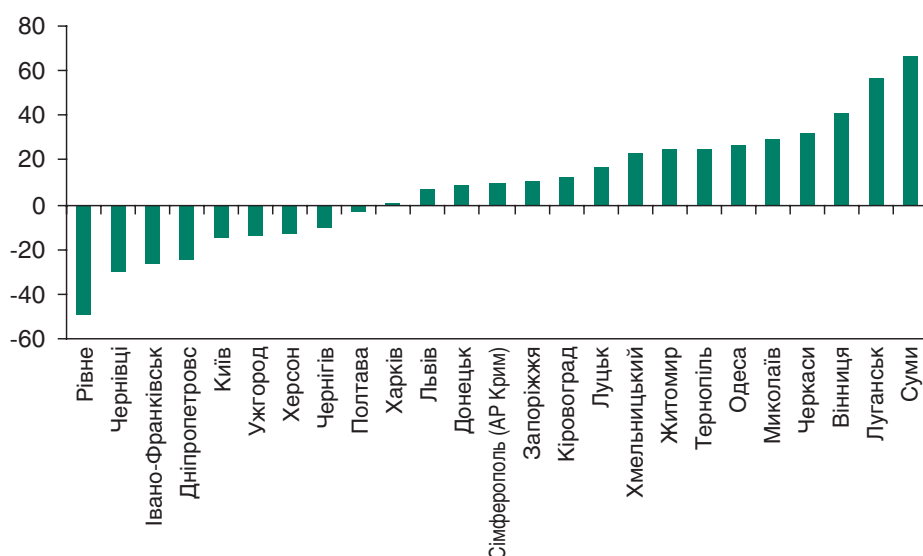


Рис. 4.3.1. Динаміка показника «СІН, які за останні 12 місяців отримували презервативи» протягом 2008–2011 рр., %

Використання презерватива серед СІН суттєво залежить від доступності профілактичних програм, які розповсюджують презервативи в регіоні¹⁹. Частіше повідомляли про використання презерватива під час останнього статевого контакту респонденти в містах, де відсоток СІН, які протягом останніх 12 місяців отримували презервативи (наприклад, через інформаційно-просвітницькі програми або проекти, пункти обміну шприців, консультаційні центри, під час акцій тощо), є значним (рис. 4.3.2).

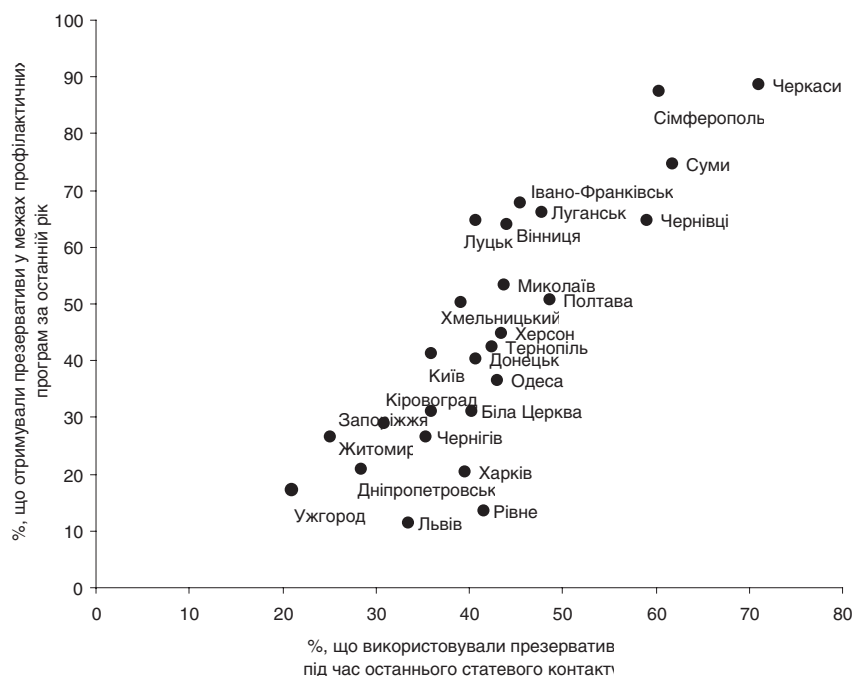


Рис. 4.3.2. Частки СІН, що отримували презервативи в межах профілактичних програм, та СІН, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту, %

¹⁹ Коефіцієнт кореляції Пірсона між змінними «використання презерватива під час останнього статевого контакту» та «отримання презервативів у межах профілактичних програм», агрегованими на регіональному рівні як середні значення, становить 0,761, що свідчить про дуже сильний лінійний зв'язок.

Понад три чверті опитаних СІН були охоплені програмами розповсюдження презервативів у Черкасах (87%) та Сімферополі (87%), 75% – у Сумах. У цих містах також найвищі показники щодо використання презерватива під час останнього статевого контакту: 71% у Черкасах, 60% у Сімферополі та 62% в Сумах. Натомість у Житомирі, Дніпропетровську та Ужгороді, де такими програмами були охоплені менше 30% опитаних, показники щодо використання презерватива під час останнього статевого контакту становлять 25, 28 та 21% відповідно. Поза межами тренду ситуація в Кіровограді, Харкові, Рівному та Львові, де показники щодо використання презерватива значно перевищують питому вагу СІН, охоплених програмами розповсюдження презервативів: майже удвічі в Кіровограді та Харкові та втричі в Рівному і Львові.

Шляхи отримання шприців/голок

Серед клієнтів громадських організацій (N=2661) майже всі (93%) отримували шприци від представників цієї організації протягом останніх 6 місяців. Трохи більше 95% зазначили, що отримували шприци за останні 12 місяців. Серед загалу опитаних питома вага тих СІН, що отримували безкоштовно шприци за останні 12 місяців, складає менше половини – 46,9% (серед чоловіків – 44,8%, серед жінок – 52,6%, $p < 0,001$).

Залежно від віку опитаних також існує статистично значуща відмінність ($p < 0,001$): серед підлітків-СІН найменша питома вага тих, хто отримував шприци (серед 14–19-річних – 32,1%, серед 20–24-річних – 41,4%, серед 25–34-річних – 48,7% та серед 35-річних і старших – 47,9%).

68,8% СІН повідомили, що вони купували шприци/голки протягом останнього місяця. Чоловіки-СІН частіше за жінок купували шприци (72,2 проти 59,5%, $p < 0,001$). Розподіл залежно від віку не показав статистично значущих відмінностей.

Клієнти громадських організацій є досить забезпеченими шприцями, тому питома вага тих, хто купував шприци за останній місяць, серед них складає трохи більше третини (38,9%), серед чоловіків – 41,1%, серед жінок – 33,9% ($p < 0,001$).

Показник охоплення профілактичними програмами

Результати дослідження свідчать, що 41,8%²⁰ СІН охоплені профілактичними програмами. Жінок, охоплених профілактичними програмами, більше в порівнянні з чоловіками (47,2 проти 39,8%, $p < 0,001$). Також відсоток СІН, охоплених профілактичними програмами, збільшується разом із віком СІН ($p < 0,001$), серед 14–19-річних СІН питома вага охоплених профілактичними програмами складає 29,7%, серед 20–24-річних – 36,9%, серед 25–34-річних – 44,1% і серед СІН 35 років та старших – 41,8%.

Питома вага СІН, охоплених профілактичними програмами в різних містах опитування представлена в таблиці 4.3.4.

²⁰ Показник неможливо порівняти із аналогічним показником 2008/2009 рр. через використання різних формулювання запитань у дослідженнях 2008 та 2009 рр.

**Питома вага СНІВ, охоплених профілактичними програмами²¹
залежно від регіону опитування, відсотковий розподіл
та довірчі інтервали**

Місто	%	Довірчі інтервали
Сімферополь	84,5	81,2–88,1
Вінниця	58,8	53,6–64,3
Луцьк	63,5	57,7–69,4
Дніпропетровськ	16,5	12,4–21,2
Донецьк	36,3	31,9–42,3
Житомир	26,3	19,7–32,4
Ужгород	11,6	7,3–16,7
Запоріжжя	26,6	18,8–35,0
Івано-Франківськ	66,1	57,4–76,4
Біла Церква	29,4	20,1–38,8
Київ	32,5	26,7–39,0
Кіровоград	24,0	18,6–30,8
Луганськ	62,3	53,2–70,8
Львів	8,7	4,3–12,7
Миколаїв	43,1	38,1–48,4
Одеса	26,4	22,1–31,2
Полтава	44,8	38,3–51,0
Рівне	10,8	7,6–14,1
Суми	69,9	63,4–75,9
Тернопіль	38,9	30,4–49,0
Харків	16,0	11,8–20,9
Херсон	38,4	32,8–43,1
Хмельницький	42,0	35,9–48,0
Черкаси	86,6	82,6–90,3
Чернівці	67,5	53,6–74,1
Чернігів	26,4	21,0–32,0

Статус клієнта громадської організації

Із числа опитаних СНІВ майже третина (29,3%) є клієнтами громадських організацій, що працюють з СНІВ. Соціально-демографічний склад СНІВ – клієнтів громадської організації представлений в підрозділі 1.1. Регіональні рівні представленості таких клієнтів серед опитаних СНІВ подано в таблиці 4.3.5.

²¹ Показник розрахований за системою Національних показників – «Відсоток СНІВ, які охоплення профілактичними послугами» (Див. методичні рекомендації з проведення досліджень для моніторингу відповіді країни на епідемію ВІЛ-інфекції / [Балакірева О.М., Варбан М.Ю., Довбах Г.В. та ін.] ; МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». – К., 2008. – 96 с.).

Таблиця 4.3.5.

**Питома вага СІН, які є клієнтами громадських організацій,
що працюють із СІН, відсотковий розподіл та довірчі інтервали**

Місто	%	Довірчі інтервали
Сімферополь	45,8	38,3–52,2
Вінниця	8,0	5,2–12,2
Луцьк	65,3	60,0–71,3
Дніпропетровськ	4,7	2,2–7,4
Донецьк	27,1	22,6–31,9
Житомир	34,9	29,1–40,9
Ужгород	5,3	2,4–9,0
Запоріжжя	30,5	22,0–38,6
Івано-Франківськ	34,8	28,6–41,9
Біла Церква	30,3	20,9–39,3
Київ	29,9	22,7–37,3
Кіровоград	12,8	9,3–16,6
Луганськ	11,0	5,1–17,5
Львів	4,4	1,7–7,0
Миколаїв	17,9	14,0–21,9
Одеса	18,6	14,4–23,2
Полтава	25,9	20,5–31,4
Рівне	5,3	3,2–7,5
Суми	69,9	63,2–75,9
Тернопіль	28,9	20,2–37,9
Харків	6,9	4,6–9,7
Херсон	33,3	27,4–38,4
Хмельницький	18,9	13,8–24,2
Черкаси	72,4	66,6–75,7
Чернівці	62,1	44,9–71,4
Чернігів	26,3	21,0–31,8

Але статус клієнта громадської організації не обов'язково засвідчує користування послугами цієї організації. Так, з числа СІН, що зазначили про свій статус клієнта ГО (N=2661), 11% не охоплені профілактичними послугами.

Питома вага ВІЛ-позитивних та хворих на гепатит С серед охоплених профілактичними програмами та клієнтів громадських організацій є вищою порівняно з тими, хто не користується такими послугами (див. табл. 4.3.6 та 4.3.7).

Таблиця 4.3.6

Розподіл охоплених профілактичними програмами СІН та клієнтів громадських організацій залежно від ВІЛ-статусу, відсотковий розподіл

Результат тесту на ВІЛ	Охоплені профілактичними програмами (p<0,001)		Клієнти громадської організації (p<0,001)	
	Так	Ні	Клієнти	Не клієнти
Позитивний	27,2	17,5	30,1	18,0
Негативний	72,8	82,5	69,9	82,0

Таблиця 4.3.7

Розподіл охоплених профілактичними програмами СІН та клієнтів громадських організацій залежно від захворюваності на гепатит С, відсотковий розподіл

Результат тесту на ВІЛ	Охоплені профілактичними програмами (p<0,001)		Клієнти громадської організації (p<0,001)	
	Так	Ні	Клієнти	Не клієнти
Позитивний	43,7	29,9	48,2	30,5
Негативний	56,3	70,1	51,8	69,5

Методологія та інструментарій проведеного дослідження не дозволяють встановити час інфікування ВІЛ та гепатитом С та виявити, що інфікування відбулося після того, як СІН почали отримувати послуги, що могли запобігти інфікуванню. Аналіз зв'язків між іншими змінними свідчить, що клієнтів організацій та тих СІН, що підпадають під охоплення профілактичними послугами, більше серед старших СІН, з великим стажем вживання наркотичних речовин та жінки-СІН. Серед зазначених категорій СІН рівень поширеності ВІЛ-інфекції є вищим (див. розділ 5).

4.4. Рівень знань щодо шляхів передачі ВІЛ

64% СІН правильно визначають шляхи передачі ВІЛ-інфекції та знають, як ВІЛ не передається²², статистично значущої різниці залежно від статі СІН не виявлено. Віковий розподіл демонструє дещо вищий рівень знань щодо шляхів передачі ВІЛ у старших вікових групах (p<0,001). Цей показник зростає з 51,5% (серед 14–19-річних) до 59,4% серед 20–24-річних СІН; 65,7% серед 25–34-річних та 64,4% серед 35-річних та старших. Регіональний розподіл показника представлений в таблиці 4.4.1.

За отриманими даними (табл. 4.4.1), найвищий рівень знань шляхів передачі ВІЛ спостерігається в м.м. Полтава, Рівне, Черкаси та Чернівці (показник коливається в межах 82,9–85,9%). Відсутні значущі відмінності щодо рівня інфікування на ВІЛ та гепатит С (зв'язане дослідження) серед СІН з високим та низьким рівнем знань щодо шляхів передачі ВІЛ.

²² Показник розрахований за системою Національних показників – «Відсоток СІН, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається» (Див. методичні рекомендації з проведення досліджень для моніторингу відповіді країни на епідемію ВІЛ-інфекції. / Балакірева О.М., Варбан М.Ю., Довбах Г.В. [та ін.] ; МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». – К. : 2008. – 96 с.).

Таблиця 4.4.1

Питома вага СІН, які правильно визначають шляхи передачі ВІЛ, відсотковий розподіл та довірчі інтервали

Місто	%	Довірчі інтервали
Сімферополь	65,0	61,2–68,9
Вінниця	74,1	69,6–78,2
Луцьк	71,2	65,3–77,4
Дніпропетровськ	76,8	72,4–81,0
Донецьк	70,8	64,9–76,1
Житомир	50,0	44,1–55,1
Ужгород	54,0	44,8–63,0
Запоріжжя	49,1	41,1–57,7
Івано-Франківськ	67,8	61,2–74,7
Біла Церква	59,1	48,3–69,5
Київ	53,0	46,2–59,5
Кіровоград	60,5	53,5–67,3
Луганськ	65,3	56,4–74,6
Львів	30,2	24,2–36,7
Миколаїв	59,4	54,4–64,4
Одеса	42,7	38,4–47,4
Полтава	84,5	79,0–89,8
Рівне	85,4	80,0–90,5
Суми	77,2	73,0–81,5
Тернопіль	55,6	45,0–65,9
Харків	52,2	45,6–59,5
Херсон	74,8	69,2–79,3
Хмельницький	58,7	52,3–64,8
Черкаси	85,9	82,5–89,5
Чернівці	82,9	75,9–89,5
Чернігів	48,9	43,6–54,3

Резюме

Майже третина СІН (29,3%) є клієнтами громадської організації, що надає послуги споживачам ін'єкційних наркотиків, але статус клієнта організації не завжди є свідченням охоплення профілактичними послугами: 11% із числа клієнтів громадської організації охоплені профілактичними послугами. Це дає підстави стверджувати, що певна частка СІН тільки значиться як клієнт організації, але не звертається та не отримує профілактичні або інші види послуг від представників громадської організації.

Значущих відмінностей щодо ВІЛ-статусу серед СІН з високим та низьким рівнем знань щодо шляхів передачі ВІЛ не виявлено. Це може свідчити, що рівень знань щодо шляхів передачі ВІЛ не є визначальним фактором для попередження ВІЛ-інфекції.

Результати зв'язаного дослідження

Зв'язане дослідження – це поєднання опитування представників груп ризику з їх тестуванням, що дозволяє підтвердити статус, який декларується респондентом, отримати інформацію в разі незнання респондентом його статусу або відмови респондента називати результати попередніх тестувань та більш детально проаналізувати чинники інфікування. У 2011 р. здійснювалося тестування крові респондентів на ВІЛ та гепатит С.

5.1. Рівень інфікування ВІЛ

Серед тих, хто вже проходив тест на ВІЛ до участі в дослідженні, 85% погодилися повідомити про його результат. Від загалу тих, хто погодився надати результат тестування (5097 респондентів), 19% вказали на ВІЛ-позитивний статус. З 971 респондента, що мали позитивний статус за результатами попередніх тестувань, 85% були поставлені на облік у центрах СНІДу, а 32% були учасниками програми АРТ.

За результатами зв'язаного дослідження, 21,6% отримали позитивний результат тесту на ВІЛ. Такий самий результат тестування було отримано у дослідженні 2009 р.

Серед респондентів, які повідомили про свій ВІЛ-позитивний статус, 91% підтвердили позитивний результат у межах зв'язаного дослідження (табл. 5.1.1). 7% респондентів (290 осіб) за результатами попередніх тестувань мали негативний ВІЛ-статус, проте за тестуванням у рамках дослідження отримали позитивний результат.

Таблиця 5.1.1

Самодекларований ВІЛ-статус та ВІЛ-статус, підтверджений результатами зв'язаного дослідження, % та абсолютні числа

Результати зв'язаного дослідження	Самодекларація ВІЛ-статусу з попередніх тестувань	
	Позитивний	Негативний
Позитивний	91,3 (886)	7,0 (290)
Негативний	8,7 (85)	93,0 (3835)
Разом	100 (971)	100 (4125)

Разом з тим, з'ясувалося, що 9% СІН (85 респондентів, або 0,9% від загалу опитаних), які задекларували свій ВІЛ-позитивний статус, отримали негативний результат у зв'язаному дослідженні. 44 респонденти з цієї групи повідомили, що вони перебувають на обліку в центрі СНІДу, а отже їхній ВІЛ статус мав бути підтвердженим. Причиною таких розбіжностей може бути обмежена чутливість та специфічність тестів, які ніколи не дають 100% точності.

У віковій групі СІН від 35 років і старших позитивний результат тесту на ВІЛ отримав майже кожний третій опитаний (29%). Серед 25–34-річних СІН отримано 21% позитивних тестів на ВІЛ. Значно меншим є показник ВІЛ-інфікованості у групі 20–24-річних СІН, тут менш ніж кожний десятий (8%) є ВІЛ-інфікованим. Серед підлітків питома вага ВІЛ-інфікованих становить 4%.

Серед жінок ВІЛ поширений більше, ніж серед чоловіків (24% серед жінок проти 21% серед чоловіків).

Рівень інфікованості ВІЛ зростає зі стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом. Серед СІН, що вживають наркотики ін'єкційними шляхом до 2 років, рівень інфікування ВІЛ становить 6%, а серед тих, хто має 6–10 років стажу, цей показник понад удвічі більше (15%). Серед СІН зі стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом від 11 років та більше ВІЛ-інфікованими є вже 32%.

За типом основного наркотику найменшу частку ВІЛ-інфікованих зафіксовано серед споживачів стимуляторів (15%), але для обґрунтованих висновків з цього приводу треба контролювати вплив віку та стажу вживання наркотиків.

Таблиця 5.1.2

Питома вага СІН, що отримали позитивний результат тестування на ВІЛ, %

Серед усіх	21,6
За віком (p<0,001)	
14–19 років	3,7
20–24 роки	7,9
25–34 роки	20,8
35 років та більше	28,7
За статтю (p=0,004)	
Чоловіки	20,8
Жінки	23,6
За типом наркотику (p<0,001)	
Опіати	27,2
Стимулятори	15,1
Опіати та стимулятори	23,6
За стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (p<0,001)	
До 2 років	6,2
3–5 років	9,2
6–10 років	14,7
11 років та більше	32,3

У 2011 р. найменші відсотки ВІЛ-інфікованих СІН (менше 10%) зафіксовано в таких містах: Рівне (9%), Кіровоград (9%), Харків (8%), Запоріжжя

(6%), Суми (4%), Чернівці (4%), Луганськ (2%) та Ужгород (1%). Найбільше ВІЛ-інфікованих СІН виявлено у Миколаєві (40%). Кожний третій СІН отримав позитивний результат тесту в Хмельницькому (34%), Дніпропетровську (33%), Чернігові (33%) та Одесі (32%). У Полтаві, Сімферополі та Донецьку питома вага ВІЛ-інфікованих СІН наближається до середнього показника по країні.

Протягом 2008–2011 рр. частка ВІЛ-інфікованих серед СІН зростає у 9 містах, більшою мірою у Черкасах (+15%), Дніпропетровську (+11%) та Тернополі (+11%) (рис. 5.1.1 та табл. 5.1.3). Відсутні суттєві відмінності у динаміці показників щодо ВІЛ-інфікованості СІН у Сімферополі та Полтаві. Натомість зменшення рівня ВІЛ-інфікованості серед СІН зафіксовано в 14 містах. Питома вага ВІЛ-інфікованих СІН зменшується більш ніж на 10% у чотирьох містах: Миколаєві (-16%), Рівному (-13%), Івано-Франківську (-13%) та Донецьку (-12%).

Таблиця 5.1.3

Відсоток ВІЛ-інфікованих СІН за регіонами, %

Місто	2008/2009	Довірчий інтервал	2011	Довірчий інтервал
Сімферополь	23,5**	18,1–29,0**	22,6	18,8–26,4
Вінниця	4,8**	2,2–8,1**	13,0	9,2–16,9
Луцьк	26,7*	19,3–34,9*	18,0	13,7–23,5
Дніпропетровськ	22,1**	15,4–30,2**	33,4	28,1–39,2
Донецьк	33,2*	26,9–39,7*	20,9	16,6–25,5
Житомир	25,3*	18,0–32,9*	19,0	14,9–23,1
Ужгород	3,0*	0,2–7,3*	1,3	4,0–2,6
Запоріжжя	10,7*	4,8–17,5*	5,8	2,0–10,4
Івано-Франківськ	29,6*	22,0–37,6*	16,9	11,3–22,4
Київ	22,1**	16,6–27,9**	25,8	17,4–33,1
Кіровоград	13,2**	8,1–18,8**	9,0	4,9–13,2
Луганськ	6,7**	2,3–12,2**	2,4	1,1–3,9
Львів	21,0*	15,2–29,9*	27,6	21,7–34,1
Миколаїв	56,4**	47,9–64,8**	40,2	25,1–45,9
Одеса	36,8**	30,4–43,0**	32,0	27,9–36,4
Полтава	23,7*	16,6–32,0*	22,8	17,1–28,4
Рівне	22,4**	17,5–32,4**	9,2	6,1–12,6
Суми	9,3*	4,6–16,2*	4,2	2,1–6,7
Тернопіль	6,2**	1,5–13,5**	17,2	8,7–24,9
Харків	10,6*	4,8–16,1*	8,4	5,3–12,0
Херсон	26,7*	19,9–34,4*	28,4	23,1–34,2
Хмельницький	26,8*	18,2–36,5*	33,7	28,7–40,4
Черкаси	11,1**	6,4–16,8**	26,2	21,4–31,0
Чернівці	6,2**	2,5–0,8**	3,7	1,3–6,6
Чернігів	27,2**	17,9–37,4**	33,1	27,2–38,9

* Дослідження проводилось у 2008 р.

** Дослідження проводилось у 2009 р..

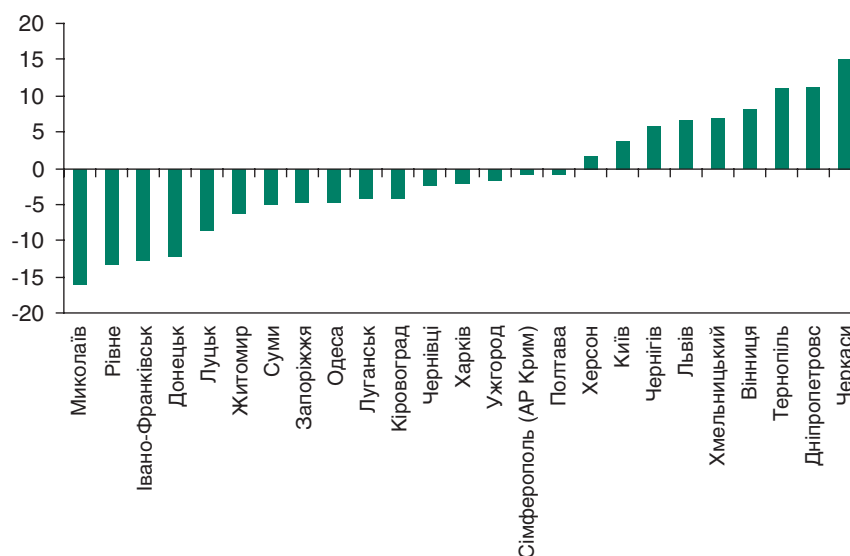


Рис. 6.1.1. Динаміка поширеності ВІЛ а регіонами протягом 2008/2009–2011 рр.,

Резюме

За результатами зв'язаного дослідження кожний п'ятий СІН (21,6%) має ВІЛ-позитивний статус. Середній по країні рівень поширеності ВІЛ у цій цільовій групі залишається стабільним з 2009 р. Регіонами з найвищим рівнем поширеності ВІЛ серед СІН є Миколаїв, Хмельницький, Дніпропетровськ, Чернігів та Одеса; у цих містах понад третина протестованих у межах дослідження СІН виявилися ВІЛ-інфікованими.

5.2. Рівень інфікування гепатитом С

За результатами зв'язаного дослідження, 35,7% отримали позитивний результат тесту на гепатит С. Такий показник є неочікувано низьким, оскільки, за оціночними даними лабораторії вірусних гепатитів та ВІЛ-інфекції Інституту епідеміології та інфекційних хвороб імені Громашевського АМН України, 61,5% СІН інфіковані на гепатит С²³. За результатами міжнародних досліджень, поширеність вірусу гепатиту С серед СІН становить принаймні 50%; проте дані по окремих країнах суттєво варіюються. Доступні регіональні оцінки коливаються в широких межах – від 10 до 96% у Східній Європі та Центральній Азії, від 10 до 100% в Південній і Південно-Східній Азії, від 34 до 93% у Східній Азії і країнах Тихого океану, від 5 до 60% у Північній Африці і на Близькому Сході, від 2 до 100% у Латинській Америці, від 8 до 90% у Північній Америці, від 25 до 88% в Австралії та Новій Зеландії, а також від 2 до 93% у Західній Європі²⁴.

²³ За матеріалами презентації «Скільки в Україні хворих гепатитом С», що була представлена Тетяною Сергеевою, головним спеціалістом лабораторії вірусних гепатитів та ВІЛ-інфекції Інституту епідеміології та інфекційних захворювань ім. Громашевського АМН України, на круглому столі «Гепатит С в Україні – невизнана епідемія. Правовий, медичний та соціальний аналіз» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://hepatit.org.ua/2009/11/05/skolko-v-ukraine-bolnyih-gepatitom-s-otsenka-uchyonyih/>

²⁴ Aceijas C, Rhodes T. (2007) Global estimates of prevalence of HCV infection among injecting drug users, *Int J Drug Policy*, 18 (5): 352–358..

Тестування на гепатит С у 2011 р. в рамках дослідження здійснювалося вперше, тобто немає можливості простежити динаміку інфікованості. Важко порівнювати отримані дані і з результатами офіційної статистики. Статистичні дані не відображають справжнього рівня захворюваності та поширеності вірусних гепатитів в Україні – як через реєстрацію лише гострих форм ВГС, так і через невелику кількість обстежених груп населення. Варто зазначити, що погана якість тестів на гепатит С не може бути причиною отримання низького показника поширеності інфекції. Тести на ВІЛ, розроблені тією ж компанією, що й у випадку гепатиту С, спрацювали добре: результати дослідження 2009 та 2011 років збігаються до десятої відсотка.

15% СІН від загалу опитаних повідомили, що впродовж останніх 12 місяців хворіли на гепатит С, а 9% від загалу опитаних (або 57% серед СІН, які мають гепатит С) лікували його²⁵. 83% серед СІН, що намагалися лікувати гепатит С, зверталися до лікарні, а 16% лікували інфекцію самостійно. 12 осіб зверталися по допомогу до громадських організацій.

81% респондентів, які повідомили, що хворіли на гепатит С, отримали також позитивний результат щодо наявності цієї інфекції у межах зв'язаного дослідження (табл. 5.2.1). Серед респондентів, які повідомили, що за останні 12 місяців не хворіли на гепатит С, за тестуванням у рамках дослідження 27,5% підтвердили позитивний результат щодо наявності гепатиту С. Між тим 19% повідомили, що впродовж останніх 12 місяців хворіли на гепатит С, проте отримали негативний результат тесту в межах дослідження, що означає, що скоріш за все це був інший гепатит.

Таблиця 5.2.1

Самодекларований результат тесту на гепатит С («хворіли на гепатит С за останні 12 місяців») та статус, підтверджений результатами зв'язаного дослідження, % та абсолютні числа

Результати зв'язаного дослідження	Наявність гепатиту С з попередніх тестувань, за повідомленням респондентів	
	Хворіли за останні 12 місяців	Не хворіли за останні 12 місяців
Позитивний	81,1 (563)	27,5 (1384)
Негативний	18,9 (817)	72,5 (6274)

Як і у випадку ВІЛ-інфекції, поширеність гепатиту С більша серед старших вікових груп: 38% хворі на гепатит С у віковій групі 25–34 роки та 41% – серед 35-річних і старших (табл. 5.2.2). У підлітковій когорті (до 19 років) виявлено 11% інфікованих на гепатит С.

Чоловіки частіше були інфіковані на гепатит С, ніж жінки: у 37% чоловіків та 33% жінок за результатами тестування у межах дослідження виявлено маркери гепатиту С.

За типом основного наркотику найменшу частку осіб з гепатитом С зафіксовано серед споживачів стимуляторів (28%), але для обґрунтованих висновків з цього приводу треба контролювати вплив віку та стажу вживання наркотиків.

²⁵ Варто зазначити, що лікування вірусного гепатиту С – дуже тривалий і дорогий процес. Сучасна антивірусна терапія потребує біля 3 тис. грн на тиждень, а повний курс лікування – від 70 до 140 тис. грн. Безкоштовно антивірусну терапію можуть отримувати тільки ВІЛ-інфіковані (за кошти Світового банку) та постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС (за кошти державного бюджету). Отже для переважної більшості СІН лікування гепатиту С є недоступним.

Питома вага СІН, що отримали позитивний результат тестування на гепатит С, %

Серед усіх	35,7
За віком (p<0,001)	
14–19 років	10,7
20–24 роки	18,3
25–34 роки	37,8
35 років та більше	41,2
За статтю (p<0,001)	
Чоловіки	36,8
Жінки	32,7
За типом наркотику (p<0,001)	
Опіати	37,9
Стимулятори	28,4
Опіати та стимулятори	35,2
За стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (p<0,001)	
До 2 років	12,4
3–5 років	20,3
6–10 років	32,5
11 років та більше	46,2

Зв'язок між стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом та наявністю гепатиту С аналогічний до вікових особливостей: понад 40% інфікованих гепатитом С серед СІН з 11-річним стажем або більш тривалим та кожний восьмий серед СІН зі стажем до двох років.

Найвищий рівень позитивних тестів на гепатит С було зафіксовано в Чернігові (68%). Були інфіковані на гепатит С понад половину опитаних у Києві (59%), Запоріжжі (53%), Херсоні (51%) та Вінниці (50%). Міста з найнижчим рівнем інфікування на гепатит С, де питома вага інфікованих СІН не перевищує 10%: Полтава (7%), Кіровоград (7%), Харків (5%), Ужгород (3%) та Рівне (3%). На рівні середнього показника по країні – рівень інфікування на гепатит С серед СІН Луганська (38%), Львова (37%), Сум (37%) та Миколаєва (35%).

Високий рівень поширеності гепатиту С не обов'язково зумовлює високий рівень поширеності ВІЛ серед СІН та навпаки. Наприклад, у Миколаєві частка ВІЛ-інфікованих СІН у півтора разу більша за частку СІН, інфікованих на гепатит С (табл. 5.2.3). У Рівному, де кожний п'ятий СІН отримав позитивний результат тесту на ВІЛ у межах зв'язаного дослідження, частка СІН, інфікованих на гепатит С, становить близько 3%.

Серед загалу опитаних 14% СІН інфіковані і на ВІЛ, і на гепатит С (рис. 5.2.1). 8% отримали позитивний результат тільки на ВІЛ, а 22% – тільки на гепатит С. Питома вага СІН, що не мають ані ВІЛ, ані гепатиту, С становить 56%.

Таблиця 5.2.3

Відсоток СІН, що мають гепатит С та/або ВІЛ за регіонами, %

Місто	ВІЛ		Гепатит С	
	%	Довірчий інтервал	%	Довірчий інтервал
Сімферополь	23,5	18,1–29,0	27,8	23,9–32,0
Вінниця	4,8	2,2–8,1	50,3	44,4–55,3
Луцьк	26,7	19,3–34,9	24,6	19,0–30,2
Дніпропетровськ	22,1	15,4–30,2	45,6	39,7–51,9
Донецьк	33,2	26,9–39,7	43,7	38,2–49,3
Житомир	25,3	18,0–32,9	33,6	28,2–39,3
Ужгород	3,0	0,2–7,3	2,8	1,2–5,0
Запоріжжя	10,7	4,8–17,5	53,1	45,1–61,1
Івано-Франківськ	29,6	22,0–37,6	39,4	32,5–47,1
Київ	22,1	16,6–27,9	58,6	51,7–65,2
Кіровоград	13,2	8,1–18,8	6,8	4,3–9,8
Луганськ	6,7	2,3–12,2	38,1	28,3–46,3
Львів	21,0	15,2–29,9	37,3	30,1–44,4
Миколаїв	56,4	47,9–64,8	34,9	30,3–39,9
Одеса	36,8	30,4–43,0	47,5	42,8–52,1
Полтава	23,7	16,6–32,0	7,1	3,7–10,4
Рівне	22,4	17,5–32,4	2,7	1,1–4,6
Суми	9,3	4,6–16,2	37,2	31,8–43,1
Тернопіль	6,2	1,5–13,5	32,7	23,8–41,7
Харків	10,6	4,8–16,1	4,7	2,4–7,1
Херсон	26,7	19,9–34,4	51,4	46,4–57,7
Хмельницький	26,8	18,2–36,5	32,2	26,8–37,4
Черкаси	11,1	6,4–16,8	45,4	40,5–51,5
Чернівці	6,2	2,5–0,8	20,6	13,2–26,2
Чернігів	27,2	17,9–37,4	67,7	62,2–73,4

Відсотки СІН з подвійною інфекцією (ВІЛ та гепатит С) найбільші в Чернігові (31%), Дніпропетровську (22%), Києві (21%), Миколаєві (21%) та Одесі (20%). Респонденти, які отримували позитивний результат тесту тільки на ВІЛ, частіше траплялися в Миколаєві (20%) та Хмельницькому (20%). Міста, де серед СІН більша частка тих, що отримали позитивний результат тесту тільки на гепатит С, – Запоріжжя (49%), Вінниця (39%), Київ (37%) та Луганськ (37%).

СІН, що інфіковані на ВІЛ та гепатит одночасно, частіше зустрічалися серед старшої вікової групи (35 років та старше), тих, що споживають опіати (15%) та мають 11-річний і більш тривалий стаж вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (20%).

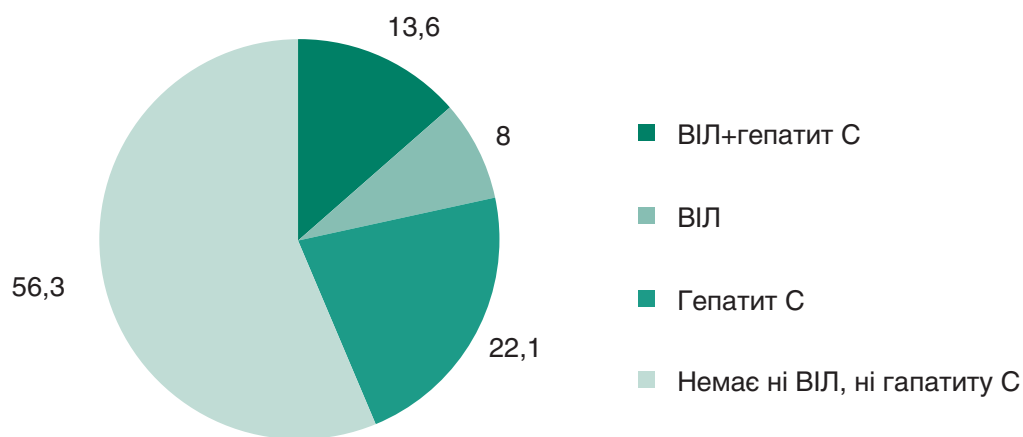


Рис. 6.2.1. Перетини груп СІН, інфікованих на ВІЛ та гепатит С, %

Резюме

За результатами зв'язаного дослідження понад третини СІН (35,7%) отримали позитивний результат тесту на гепатит С. Такий показник є спірним, зважаючи на міжнародний досвід щодо поширеності гепатиту С серед СІН, проте відсутність даних епіднагляду або інших біоповедінкових досліджень, обмеженість статистичних даних в Україні не надають надійних підстав для спростування отриманих результатів. Міста з найвищим рівнем поширеності гепатиту С у 2011 р., де частка інфікованих СІН перевищує половину протестованих респондентів, – Чернігів, Київ, Запоріжжя, Херсон та Вінниця. Наявність подвійної інфекції (ВІЛ та гепатит С) характеризує 14% СІН серед загалу опитаних.

5.3. Ризики інфікування ВІЛ/гепатитом С: регресійний аналіз

З метою виявлення міри впливу демографічних характеристик та індивідуальних поведінкових практик, пов'язаних з інфікуванням ВІЛ/гепатиту С, застосовано логістичний регресійний аналіз для оцінки індивідуальних чинників та багаторівневий регресійний аналіз для оцінки структурних чинників і їх взаємозв'язку з індивідуальними чинниками. Нижче надано детальний опис чинників, що були включені до аналізу.

Індивідуальні чинники інфікування ВІЛ/вірусом гепатиту С на рівні окремих СІН (мікрорівень) включали демографічні характеристики (вік, стать), наявність парентерального ризику через небезпечне вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, наявність сексуального ризику, стаж вживання наркотиків, наявність досвіду перебування в місцях позбавлення волі. Структурні чинники описували характеристики окремих регіонів, де проходило опитування: середній рівень знань щодо шляхів інфікування серед популяції СІН у регіоні; число неурядових організацій (НУО), які працюють із СІН; середній рівень охоплення СІН профілактичними програмами НУО. Для аналізу використовувалася інформація щодо інфікування ВІЛ/гепатитом С, отримана за даними тестування, проведеного в рамках дослідження.

Модель щодо ВІЛ було побудовано серед респондентів, які до проведення тестування в межах дослідження були впевнені у своєму негативному ВІЛ-статусі за результатами попередніх тестувань (модель щодо наявності ВІЛ). Таким чином, до аналізу потрапляли випадки нових інфекцій. Якщо робити розрахунки серед загалу опитаних СІН, то ми можемо стикатися з ситуацією отримання нелогічних асоціацій та зв'язків, оскільки інформація щодо часу інфікування невідома. СІН, що вже знають про свій позитивний статус, можуть змінити свою поведінку на безпечну, хоча саме небезпечна поведінка в минулому призвела до інфікування, проте в загальному масиві даних їх теперішня безпечна поведінка буде асоціюватися з наявністю ВІЛ-інфекції. Щодо гепатиту С дослідження не містило запитань відносно досвіду попередніх тестувань на цю інфекцію. Зважаючи на це, модель розрахована серед загалу опитаних, оскільки інформація про нові випадки інфікування була невідома.

Індивідуальні чинники. Основними шляхами передачі ВІЛ та гепатиту С є ін'єкційний та сексуальний. Зазначимо, однак, що статевим шляхом передача гепатиту С відбувається в 3–5% випадків інфікування цим вірусом²⁶. Ризик інфікування статевим шляхом мають ті СІН, які не завжди використовували презервативи під час сексуальних контактів за останні 90 днів хоча б з одним із типів партнерів (постійним, випадковим, комерційним, якому давали винагороду, або комерційним, від якого отримували винагороду); ризик інфікування через ін'єкційний шлях – ті СІН, які практикували принаймні один вид небезпечного вживання наркотиків ін'єкційним шляхом: використовували спільні шприц/голки; отримували ін'єкцію з уже наповненого шприца; отримували ін'єкцію зі шприца, який хтось наповнював своїм уже використаним шприцом, або використовували спільний посуд для приготування та розподілу наркотичної речовини.

Крім зазначених вище ризиків інфікування в моделях також аналізуються чинники уразливості: стаж вживання наркотиків ін'єкційним шляхом та досвід перебування в місцях позбавлення волі. Згідно з дослідженнями у різних країнах, ризик інфікуватися ВІЛ та гепатитом С серед СІН збільшується з кожним додатковим роком стажу вживання наркотиків ін'єкційним шляхом²⁷. Перебування в місцях позбавлення волі також є додатковим чинником уразливості щодо інфікування через те, що там доволі поширене споживання ін'єкційних наркотиків; водночас в установах пенітенціарної служби доступ до програм обміну голочок і шприців, замісної терапії та інших засобів зменшення шкоди залишається дуже обмеженим²⁸.

Моделі також включали чинники, що зменшують ймовірність інфікування: охоплення профілактичними програмами²⁹ та рівень знань щодо передачі ВІЛ. Дослідження Всесвітньої організації здоров'я, проведені в країнах з низьким і середнім рівнем доходу, показали, що програми профілактики підвищують рівень знань про інфекції, змінюють сексуальну поведінку і просувають безпечніші щодо інфікування ВІЛ/гепатитом С практики вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, що разом дозволяє значною мірою запобігти передачі ВІЛ-інфекції³⁰,

²⁶ Brettler B., Mannucci P.M., Gringeri A., Rasko J.E., Forsberg A.D., Rumi M.G., Garsia R.J., Rickard K.A., and Colombo M. The Low Risk of Hepatitis C Virus Transmission Among Sexual Partners of Hepatitis C-Infected Hemophilic Males: An International, Multicenter Study // <http://bloodjournal.hematologylibrary.org/content/80/2/540.full.pdf>

²⁷ Vlahov D, Ompad DC, Fuller CM, Nandi V. Comparison of HIV risk by duration of injection drug use // <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21303238>

²⁸ Interventions to address HIV in prisons: needle and syringe programmes and decontamination strategies / UNAIDS, Geneva, 2007 // http://www.who.int/hiv/idu/oms_ea_nsp_df1.pdf

²⁹ Охоплення профілактичними програмами включає наявність досвіду отримання стерильного шприца та презерватива за останні 12 місяців та знання місць, де можна пройти тестування на ВІЛ.

³⁰ WHO. 2003. Causes of death: Global, regional and country-specific estimates of deaths by cause, age and sex. www.who.int/mip/2003/other_documents/en/causesofdeath.pdf

Структурні чинники. Важливо розуміти вплив структурних чинників або середовища, у якому живуть СІН, на схильність до тієї або іншої поведінки та імовірність інфікування ВІЛ. Включення до географії дослідження 26 регіонів України із різної епідеміологічною ситуацією дає можливість оцінити регіональні відмінності в інфікуванні та особливостях індивідуальної поведінки СІН.

Середній рівень знань про ВІЛ визначався як частка СІН у місті, що надали правильні відповіді на всі п'ять основних питань: «Чи можна знизити ризик передачі ВІЛ, якщо мати статеві контакти лише з одним вірним, не інфікованим партнером?»; «Чи можна знизити ризик передачі ВІЛ при правильному використанні презерватива при кожному статевому контакті?»; «Чи може здорова на вигляд людина бути ВІЛ-інфікованою?»; «Чи можна заразитися ВІЛ, якщо пити з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною?» і «Чи можна заразитися ВІЛ через спільне користування з ВІЛ-інфікованою особою туалетом, басейном, сауною?». Варто зазначити, що анкета не містила окремих запитань про знання щодо гепатиту С. Однак можна припустити, що високий рівень знань про ВІЛ може розглядатися глибше, зокрема, і щодо гепатиту С. Іншими словами, якщо СІН знають про статевий та парентеральний шляхи передачі ВІЛ-інфекції та уникають ризиків, вони автоматично є менш уразливими для вірусу гепатиту С.

Щодо числа неурядових організацій (НУО), які працюють із СІН, цей індикатор включено до моделі через те, що розгалужена мережа НУО в місті може сприяти зменшенню поширеності інфекцій серед цільової групи завдяки більш потужному потенціалу впровадження програм профілактики.

Додатково аналізується такий структурний чинник, як «середній рівень охоплення програмами профілактики НУО», що включає питому вагу СІН у кожному місті, які є клієнтами НУО (мають картку клієнта) та безкоштовно отримували стерильні шприци і презервативи за останній місяць.

Інші структурні чинники, які охоплюють більш широке коло соціально-економічного, політичного і культурного контексту не було включено, тому що така статистика зазвичай відображає окремі області, а не обласні центри, де проходило дослідження.

До моделей були включені статистично значимі фактори щодо наявності ВІЛ або гепатиту С, які не корелюють між собою. Наявність таких пов'язаних чинників в одній моделі створює так звану проблему мультиколінеарності. Наприклад, коли оцінюється залежність між наявністю ВІЛ, членством у громадській організації та досвідом охоплення профілактичними програмами, останні два чинники мають високий ступінь кореляції: всі члени громадських організацій охоплені профілактичними програмами. Виникає ситуація, коли два чинники змінюються в одному напрямку, й у такому разі майже неможливо оцінити вплив окремого чинника на досліджуваний показник. Мультиколінеарність призводить до зміщення оцінок параметрів моделі (у скільки разів один з чинників підвищує або зменшує імовірність інфікування ВІЛ). Таким чином, фактори наявності інфекцій, які мали кореляцію між собою були виключені (зокрема, приналежність до групи клієнтів громадських організацій та охоплення профілактичними програмами).

Логістична регресія

Методом логістичної регресії визначені найбільш значущі чинники наявності ВІЛ-інфекції та гепатиту С серед СІН на індивідуальному рівні (поведінкові чинники та соціально-демографічні особливості). Імовірність наявності інфекції оцінювалися в порівнянні з референтними групами:

- імовірність жінок мати інфекцію ВІЛ або гепатит С у порівнянні з чоловіками;
- імовірність СІН з тривалим стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (понад 6 років та 3–5-річним стажем) мати інфекцію ВІЛ або гепатиту С у порівнянні з СІН, що вживають наркотики до 2 років;
- імовірність наявності інфекцій серед тих, хто мав сексуальний ризик або ін'єкційний ризик, в порівнянні з тими, хто не мав таких ризиків;
- імовірність мати ВІЛ або гепатит С серед СІН, які перебували в місцях позбавлення волі, у порівнянні зі всіма іншими СІН.
- імовірність наявності інфекцій серед СІН, що охоплені профілактичними програмами та знають про шляхи передачі інфекцій, у порівнянні з СІН, які не брали участі у таких програмах та мали поганий рівень знань стосовно ВІЛ.

Таблиця 5.3.1

Результати логістичної регресії на імовірність наявності ВІЛ (серед тих, що проходили тест на ВІЛ до тестування у межах дослідження та отримали негативний результат, N=3595)

Чинники		N	ВІЛ+, %	OR [95% C.I.]	P-value
Вік (коваріата)		–	–	0,99 [0,98–1,02]	0,928
Стать	Жінки	921	8,3	1,69 [1,29–2,22]	<0,001
	Чоловіки	2674	7,6	1,0	–
Стаж вживання наркотиків ін'єкційним шляхом	Понад 6 років	2778	8,9	3,20 [1,66–6,15]	<0,001
	3–5 років	530	3,5	0,99 [0,44–2,24]	0,992
	До 2 років	287	3,3	1,0	–
Тип основного наркотику	Опіати	2108	9,6	1,79 [1,26–2,54]	0,001
	Стимулятори	566	5,1	1,41 [0,90–2,23]	0,138
	Змішаний	921	5,0	1,0	–
Мали сексуальний ризик	Так	487	5,1	0,72[0,47–1,09]	0,123
	Ні	3108	8,2	1,0	–
Мали ін'єкційний ризик	Так	2781	8,3	1,56 [1,12–2,18]	0,009
	Ні	814	5,7	1,0	–
Перебували в місцях позбавлення волі	Так	1116	11,1	1,85 [1,41–2,41]	<0,001
	Ні	2479	6,1	1,0	–
Охоплені профілактичними програмами	Так	1963	6,6	0,66 [0,51–0,85]	0,001
	Ні	1632	9,3	1,0	–
Чинники		N	ВІЛ+, %	OR [95% C.I.]	P-value
Знають про шляхи передачі ВІЛ	Так	2476	7,1	0,75 [0,58–0,97]	0,026
	Ні	1119	9,1	1,0	–
-2 Log (фінальна модель): 1489,23 (зменшення на 7% у порівнянні з порожньою моделлю (тільки intercept)). Chi-Square/df: 1,1 (p=0,001). Pseudo R-Square: Cox&Snell: 0,028; Nagelkerke: 0,069; McFadden: 0,055.					

Результати логістичних регресій на імовірність інфікування ВІЛ та наявності гепатиту С надані в таблицях 5.3.1 та 5.3.2. Валідність регресійних моделей перевірялася за тестом χ^2 (Chi-Square) та оцінками функції правдоподібності (-2 Log). Модель вважається валідною якщо показник χ^2 поділений на кількість ступенів свободи (Chi-Square/df) коливається у проміжку від 1 до 3, а показник функції правдоподібності фінальної моделі (що включає всі предиктори) є меншим за показник порожньої моделі (без предикторів).

Таблиця 5.3.2

Результати логістичної регресії на імовірність наявності гепатиту С (серед загалу опитаних, N=9069)

Чинники	N	Мають маркери гепатиту С, %	OR [95% C.I.]	P-value	
Вік (коваріата)	–	–	1,00 [0,99–1,0]	0,386	
Стать	Жінки	815	32,7	1,01 [0,91–1,12]	0,814
	Чоловіки	2422	36,8	1,0	–
Стаж вживання наркотиків ін'єкційним шляхом	Понад 6 років	2829	42,1	3,91[3,18–4,81]	<0,001
	3–5 років	263	20,3	1,68 [1,32–2,12]	<0,001
	До 2 років	125	12,4	1,0	–
Тип основного наркотику	Опіати	37,9	2136	1,29 [1,14–1,45]	<0,001
	Стимулятори	28,4	434	1,15 [0,98–1,35]	0,086
	Змішаний	35,2	643	1,0	–
Мали сексуальний ризик	Так	2823	36,1	0,91 [0,80–1,04]	0,193
	Ні	413	33,0	1,0	–
Мали ін'єкційний ризик	Так	2729	37,3	1,48 [1,31–1,68]	<0,001
	Ні	507	29,0	1,0	–
Перебували в місцях позбавлення волі	Так	1447	50,5	1,97 [1,78–2,18]	<0,001
	Ні	1789	28,8	1,0	–
Охоплені профілактичними програмами	Так	1657	43,7	1,65 [1,50–1,81]	<0,001
	Ні	1579	29,9	1,0	–
Знають про шляхи передачі ВІЛ	Так	2098	34,8	0,91 [0,82–0,99]	0,041
	Ні	1138	36,2	1,0	–

–2 Log (фінальна модель): 6395,26 (зменшення на 12% у порівнянні з порожньою моделлю (тільки intercept)).
 Chi-Square/df: 1,3 (p<0,001).
 Pseudo R-Square: Cox&Snell: 0,091; Nagelkerke: 0,141; McFadden: 0,092.

Імовірність інфікування ВІЛ. За результатами логістичного регресійного аналізу статистично значущими предикторами наявності ВІЛ є жіноча стать, більший стаж вживання наркотиків, вживання опіатів як основного наркотику, наявність ін'єкційного ризику та наявність досвіду перебування в місцях позбавлення волі.

Охоплення профілактичними програмами та знання про шлях передачі ВІЛ є «захисними» чинниками, які, скоріше, асоціюються з відсутністю ВІЛ-інфекції.

Сексуальний ризик не асоціюється з наявністю ВІЛ-інфекції, що свідчить про те, що в середовищі СІН інфікування ВІЛ ін'єкційним шляхом є більш поширеним за статевий шлях передачі. За результатами аналізу, СІН, які мали принаймні одну практику небезпечного вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (використовували спільні шприц/голки; отримували ін'єкцію з уже наповненого шприца; отримували ін'єкцію зі шприца, який хтось наповнював своїм уже використаним шприцом, або використовували спільний посуд для приготування та розподілу наркотичної речовини) мали в 1,6 разу вищу імовірність інфікування ВІЛ у порівнянні з СІН, які не мали таких ризиків.

Жінки-СІН в 1,7 раз більше схильні інфікуватися ВІЛ у порівнянні з чоловіками.

Утричі вища імовірність інфікування ВІЛ-інфекцією серед СІН з тривалим стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (понад 6 років), порівнюючи їх шанси з респондентами, що вживали такі наркотики до двох років.

Виявлено, що серед споживачів опіатів імовірність інфікуватися ВІЛ в 1,8 раз вища, ніж серед СІН, які практикують змішане вживання. Проте різниці у шансах інфікування ВІЛ-інфекцією серед споживачів стимуляторів та СІН, які практикують змішане вживання, не було зафіксовано. Тут має значення не стільки тип наркотиків, скільки вікові особливості: «старі» СІН більш звичні до вживання опіатів, а молодші – до стимуляторів або міксу.

Імовірність наявності гепатиту С. У контексті наявності гепатиту С вік, стать та наявність сексуального ризику не мають суттєвого значення. Останній факт узгоджується з результатами досліджень, що гепатит С дуже рідко передається статевим шляхом³¹.

Відносно малі, але статистично значущі відмінності в шансах мати гепатит С виявлені серед СІН з різним рівнем знань щодо ВІЛ. За результатами дослідження знання щодо ВІЛ виступає захисним чинником, що знижує імовірність мати гепатит С. Проте серед СІН, що охоплені профілактичними програмами, у 1,7 раз вища імовірність мати гепатит С у порівнянні з СІН, які не є учасниками профілактичних програм. Такий результат є наслідком того, що модель побудована серед загалу опитаних і показує імовірність наявності гепатиту С, а не інфікування. За таких умов логічно, що СІН, які знають про свій статус, переадресовуються до громадських організацій і стають учасниками профілактичних програм. Як уже зазначалося вище, дослідження не містило запитань про наявність досвіду тестувань на гепатит С впродовж життя та знання про свій статус до тестування в межах опитування.

Дослідження продемонструвало, що наявність гепатиту С у СІН більше асоціювалася з ризиком парентерального інфікування в процесі вживання наркотиків (1,5 OR [95% С.І.: 1,3–1,7]), наявністю досвіду перебування в місцях позбавлення волі (2,0 OR [95% С.І.: 1,8–2,1]) та більшим стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (від 6 років та більше) (3,9 OR [95% С.І.: 3,2; 4,8]). У 1,3 раз вища імовірність наявності гепатиту С серед СІН, які вживають опіати (95% С.І.: 1,1; 1,5), що може бути наслідком вікових особливостей цієї групи (така практика більше характеризує старших СІН) або результатом поширеності практики використання крові в процесі приготування наркотику.

³¹ Brettler B., Mannucci P.M., Gringeri A., Rasko J.E., Forsberg A.D., Rumi M.G., Garsia R.J., Rickard K.A., and Colombo M. The Low Risk of Hepatitis C Virus Transmission Among Sexual Partners of Hepatitis C-Infected Hemophilic Males: An International, Multicenter Study // <http://bloodjournal.hematologylibrary.org/content/80/2/540.full.pdf>

Багаторівнева регресія

Для комплексного моделювання чинників інфікування ВІЛ/вірусом гепатиту С використовувалася багаторівнева регресія, що дозволяє оцінити вплив окремих чинників на мікро- (індивідуальний рівень) та макрорівнях (структурні чинники), а також рівень варіації (дисперсії) цих чинників. Згідно з методикою дані агреговані на двох рівнях: індивіди та регіони. Наприклад, можна оцінити, чи є індивідуальна практика небезпечного вживання наркотиків ін'єкційним шляхом більш ризиковою щодо інфікування в містах, де наразі працює мала кількість громадських організацій.

Перший крок у багаторівневому аналізі – визначити, наскільки рівень інфікованості пояснюється індивідуальними та структурними чинниками. Для оцінки питомої частки варіації на обох рівнях використовується коефіцієнт внутрішньогрупової кореляції (ICC). Далі додаються тільки чинники на індивідуальному рівні, а після цього чинники – на обох рівнях. Показники максимальної правдоподібності демонструють, наскільки моделі з обома рівнями чинників (індивідуальними та структурними) краще описують наявні відмінності в інфікуванні у порівнянні з моделлю, де фіксуються тільки індивідуальні чинники. Додатково визначають показники R² для кожного рівня цінностей, що показують, наскільки визначені чинники зменшують питому вагу не поясненої варіації, іншими словами, в якій мірі вдалося пояснити наявні відмінності в рівні інфікування.

Результати моделювання наведені у таблиці 5.3.3.

Таблиця 5.3.3

Результати багаторівневої регресії на імовірність наявності ВІЛ / гепатиту С (β-коефіцієнти)(серед загалу опитаних, N=9069)

	ВІЛ			Гепатит С		
	Модель 1	Модель 2	Модель 3	Модель 1	Модель 2	Модель 3
Intercept	0,224***	0,109***	0,180***	0,368***	0,201***	0,357**
Контрольні чинники						
Вік		-0,001	-0,001		-0,002*	-0,001*
Стать (чоловіки)		-0,057***	-0,057***		-0,004	-0,004
Рівень 1 (окремі СІН)						
Ін'єкційний ризик		0,070***	0,069***		0,064***	0,064***
Сексуальний ризик		0,011	0,009		0,054	0,054
Стаж споживання наркотиків (місяців)		0,009***	0,009***		0,012***	0,012***
Досвід перебування у місцях позбавлення волі		0,120***	0,120***		0,132***	0,132***
Рівень 2 (міста)						
Середній рівень знань			-0,001*			-0,005*

	ВІЛ			Гепатит С		
	Модель 1	Модель 2	Модель 3	Модель 1	Модель 2	Модель 3
Чисельність НУО місті			0,004			0,008
Середній рівень охоплення профілактичними програмами			-0,026			0,301
Дисперсія (варіація)						
Рівень 1	0,158***	0,148***	0,148***	0,205***	0,189***	0,189***
R2 (Snijders&Bosker)		0,080	0,097		0,076	0,123
R2 (Hox)		0,063	0,063		0,078	0,078
Рівень 2	0,017***	0,013***	0,010***	0,031***	0,029***	0,018***
R2 (Snijders&Bosker)		0,231	0,402		0,065	0,413
R2 (Hox)		0,235	0,412		0,065	0,419
-2 log	9303,39	8614,38	8593,34	11454,70	10669,29	10656,58
ICC	0,097			0,131		
*** p<0,001; ** p<0,01; * p<0,05.						

Результати моделювання свідчать, що у випадку інфікування ВІЛ структурні чинники на рівні міст описують 10% дисперсії, тоді як 90% – характеризуються особливостями індивідуальної поведінки. У випадку гепатиту С регіональні особливості описують 13% варіації – отже тут регіональні відмінності є дещо більшими.

Серед безпосередніх ризиків наявності ВІЛ та гепатиту С ключове значення має наявність парентерального ризику, що узгоджується з результатами логістичного аналізу. Ні у випадку ВІЛ, ані у випадку гепатиту С не виявлено статистично значущого зв'язку між наявністю сексуального ризику (секс без презерватива) та позитивним результатом тестування.

Якщо розглядати ймовірність мати ВІЛ/гепатит С у проміжку від 0 (немає інфекції) до 1 (є інфекція), кожний додатковий місяць вживання наркотиків ін'єкційним шляхом збільшує вірогідність мати ВІЛ/гепатит С на 0,01 пункту. Найбільш вагомим чинником на індивідуальному рівні щодо наявності ВІЛ/гепатиту С є досвід перебування в місцях позбавлення волі: β -коефіцієнт щодо цього чиннику уразливості майже вдвічі перевищує β -коефіцієнт відносно ін'єкційного ризику. Це означає, що у звичайному середовищі у СІН навіть за умов використання спільного інструментарію є менше шансів інфікуватися, ніж у місцях позбавлення волі³³.

³² У місцях позбавлення волі факти споживання наркотиків ін'єкційним шляхом не визнаються, спільноти СІН є менш розгалуженими, програми обміну шприців відсутні, а доступу до стерилізації інструментарію практично немає. Крім того, у місцях позбавлення волі поширені практики татуювань, що є додатковим ризиком інфікування. Див. Interventions to address HIV in prisons: needle and syringe programmes and decontamination strategies / UNAIDS, Geneva, 2007 // http://www.who.int/hiv/idu/oms_ea_nsp_df1.pdf

Щодо структурних чинників позитивний вплив на зменшення ризику наявності ВІЛ/гепатиту С має проживання в місті, де загальна спільнота СІН характеризується високим рівнем знань щодо ВІЛ. У таких спільнотах менш поширені практики ризикованої поведінки та відповідно зменшується імовірність інфікування навіть для тих СІН, які мають гірший рівень знань. Не виявлено статистично значущого зв'язку на макрорівні між охопленням профілактичними програмами та ймовірністю наявності інфекції. Можливим поясненням цього факту може бути несистематичність участі СІН у профілактичних програмах, як і їх нерівномірне впровадження в містах. Розгалуженість мережі НУО не впливає на число інфекцій серед СІН: ні у випадку ВІЛ, ні у випадку гепатиту С.

Варто зазначити, що перелік обраних структурних чинників пояснює понад 40% варіації³⁴ на регіональному рівні для обох інфекцій, але зазначені індивідуальні ризики та чинники уразливості пояснюють лише близько 10% відмінностей на рівні окремих СІН. Це означає, що традиційні ризики та чинники уразливості мають бути доповнені іншими характеристиками: більш детальною типологією самих ризиків (наприклад, включаючи татування) та факторами, що зменшують імовірність інфікування: знання, мотивація до захисту здоров'я, участь у програмах профілактики тощо. Для успішного формування такої моделі важливо аналізувати чинники ризику та уразливості у зв'язку з часом інфікування та зважаючи на знання щодо наявності ВІЛ.

Резюме

Із числа факторів ризикованої поведінки, яка може призвести до інфікування ВІЛ/гепатитом С, найбільшу значимість має небезпечне ін'єкційне вживання наркотиків. Статевий шлях інфікування ВІЛ наразі не має вагомого значення. Особливої уваги потребує профілактика ВІЛ/гепатиту С серед СІН в установах пенітенціарної системи, що мають найвищі відносні шанси інфікування ВІЛ та наявності гепатиту С. Соціальне середовище (рівень поширеності профілактичних програм у регіоні, середній у регіоні рівень знань щодо ВІЛ тощо) має більший вплив у випадку інфікування гепатитом С у порівнянні з ВІЛ. Це означає, що відмінності між регіонами України в структурних чинниках інфікування гепатитом С є більш вагомими.

³⁴ Іншими словами, модель описує приблизно половину виявленої варіації від 10% наявної варіації у випадку ВІЛ та від 13% наявної варіації у випадку гепатиту С.

КЛЮЧОВІ ВИСНОВКИ

Проведене біоповедінкове дослідження серед споживачів ін'єкційних наркотиків у 2011 р. дозволяє здійснювати аналіз зв'язку між ВІЛ-статусом та поведінковими практиками, а також проаналізувати певні тенденції, що сталися у наркоспоживанні впродовж 2008–2011 рр.

Споживачі ін'єкційних наркотиків досі залишаються найбільш ураженою ВІЛ-інфекцією групою, незважаючи на зменшення питомої ваги випадків інфікування ВІЛ парентеральним шляхом серед загалу населення. Упродовж 2009–2011 рр. питома вага ВІЛ-інфікованих СІН не змінюється і, як і раніше, становить 21,6%, за результатами тестування у межах поведінкового дослідження. Разом з тим, відмінності у динаміці показників щодо рівня ВІЛ-інфекції серед СІН відсутні тільки в Сімферополі та Полтаві. У 9 містах України рівень інфікування ВІЛ серед СІН зростає, а в 14 містах – зменшується. За результатами зв'язаного дослідження, 35,7% СІН інфіковані на гепатит С. Відсутність аналогів такого тестування в Україні до 2011 р. не дозволяє оцінити відповідність отриманих результатів іншим дослідженням. 14% СІН мають маркери обох інфекцій: на ВІЛ та на гепатит С. Це, головним чином, старші СІН.

Аналіз соціально-демографічного складу СІН показав, що у 2011 р., як і раніше, споживання ін'єкційних наркотиків притаманне переважно чоловікам – їх частка серед СІН становить 72,5%. Середній вік опитаних становить 33 роки: від 28 у Житомирі до 40 в Дніпропетровську. Зміни, що спостерігаються впродовж 2008–2011 рр., головним чином сигналізують про постаріння популяції СІН. На користь цього тренду свідчить зростання питомої ваги СІН, що мають тривалий стаж вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом (11 років та більше). Порівняно з результатами досліджень, проведених у 2008/2009 рр., цей показник зріс із 42 до 53% у 2011 р.

Ін'єкційному споживанню наркотиків, як правило, передують неін'єкційні практики. Лише в окремих випадках (до 4%) перша спроба вживання ін'єкційних наркотиків була раніше за неін'єкційне вживання. Дані, отримані щодо віку першої спроби неін'єкційного вживання наркотиків, свідчать, що в середньому СІН долучаються до такої практики у 18 років, а до вживання наркотиків ін'єкційним шляхом дещо пізніше – 21 рік. Неін'єкційне вживання наркотиків в більшості випадків передує ін'єкційному вживанню. Тому з метою попередження початку вживання наркотиків ін'єкційним шляхом програми з профілактики ВІЛ стосовно молоді з 2–3-річним стажем вживання наркотиків

неін'єкційним шляхом потребують більш широкого впровадження. Сама ця група потенційно перебуває в ризику переходу на вживання наркотиків ін'єкційним шляхом.

Близько половини (45%) СІН поєднують ін'єкційне та неін'єкційне вживання наркотичних речовин. Найпопулярнішим видом наркотику залишаються наркотики з опіоїдної групи. Про це свідчить як практика вживання цього виду наркотику за останні 30 днів, так і визначення опіатів основними наркотиками для себе. Вживання наркотиків-стимуляторів практикує майже третина СІН. Найбільше ці наркотики поширені серед жінок та молодих СІН. Досить значною (21%) є група СІН, які практикують змішане вживання наркотичних речовин, тобто поєднують опіоїдні наркотики та наркотики-стимулятори. Лише опіоїдні наркотичні речовини вживають 62%, а лише стимулятори – 17%. З 2008 р. питома вага споживачів стимуляторів суттєво не змінилася.

Аналіз даних щодо ризикованих ін'єкційних практик серед СІН свідчить, що майже всі СІН використовували стерильний шприц під час останньої ін'єкції та за останні 30 днів. При відповіді на запитання стосовно використання спільного посуду для приготування та розподілення наркотику, купівлі вже наповненого шприца вже значно більша кількість опитаних повідомляли про ризиковані практики. Частка СІН, які поєднували різні види ризикованої ін'єкційної поведінки, складає майже 82%, іншими словами чотири з кожних п'яти СІН наражалися на ризик інфікування ВІЛ парентеральним шляхом. Це свідчить про необхідність приділення особливої уваги ризикам інфікування ВІЛ ін'єкційним шляхом під час розробки та впровадження профілактичних програм. Відбулося усвідомлення ризику використання спільного шприца, проте знання щодо інших ризикових практик та мотивація до їх уникнення залишаються низькими. Панівний підхід у питанні зменшення шкоди в Україні, пов'язаний з обміном голочок і шприців, не є достатнім, варто приділяти більше уваги зменшенню ризику ВІЛ-інфікування, пов'язаного, наприклад, з поширеною серед підлітків-СІН практикою купівлі та використання вже наповнених шприців, розподілення ін'єкційних наркотиків з одного посуду.

Для СІН характерним є ранній початок статевого життя. 84% опитаних вперше вступили в статевий зв'язок до досягнення повноліття, у середньому в 16 років. Що стосується структури (типу) сексуальних партнерів, то переважна більшість СІН схильні мати тільки одного постійного партнера. Зважаючи, що понад дві третини СІН (69%) серед тих, які живуть разом з постійним партнером, мають партнера-не СІН, доволі актуальним є впровадження окремих інтервенцій серед сексуальних партнерів-СІН, які є «групами-містками» в поширенні ВІЛ та гепатиту С серед загалу населення.

Про статеві контакти з випадковими партнерами за останні три місяці повідомили третина опитаних. Група подвійного ризику СІН-ЖКС становить 10%, а СІН-ЧСЧ – близько 1%. В обох випадках ці групи зосереджені більшою мірою серед наймолодших СІН у віці до 19 років. Це свідчить, що комерційний секс радше є стратегією виживання, ніж професійною діяльністю.

Більше половини опитаних СІН (51%) потенційно перебували в ризику інфікування ВІЛ через невикористання презерватива під час останнього статевого контакту. Тип сексуального партнера має більше значення у мотивації до використання презерватива, ніж тип статевого контакту, та впливає на причини відмов від використання презервативів. Крім цього, використання презерватива серед СІН суттєво залежить від доступності профілактичних програм щодо поширення презервативів у регіоні. Менше половини опитаних СІН (47%) протягом останнього року отримали презервативи в межах

інформаційно-просвітницьких програм, у пунктах обміну шприців, в консультаційних центрах або інших організаціях. Упродовж 2008–2011 рр. відсоток СІН, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту, зменшується в 14 містах, головним чином в Івано-Франківську, Ужгороді, Херсоні, Миколаєві і Хмельницькому, проте збільшується – у Дніпропетровську, Черкасах, Тернополі, Сумах та Кіровограді. У Харкові, Луцьку, Чернігові, Вінниці та Донецьку суттєвих змін не відбулося. Відсоток СІН, які за останні 12 місяців отримували презервативи, протягом 2008–2011 рр. зменшується у 8 містах та зростає у 15 містах. У Сумах зафіксовано зростання питомої ваги СІН, які за останні 12 місяців отримували презервативи, більш ніж на 60%. На 57% цей показник зростає в Луганську та на 41% у Вінниці.

Більшість СІН (95%) вважають тестування на наявність ВІЛ доступним для себе. Але лише 36% робили тест на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та отримали його результат. Опитані СІН, які проходили тестування, зазначили, що не в 100% випадках з ними була проведена до- та післятестова консультація (86% та 80% відповідно). Така ситуація призводить до нерозуміння СІН свого ВІЛ-статусу та моделі поведінки, якої необхідно дотримуватися. Не для всіх СІН, які знають про свій ВІЛ-позитивний статус, характерна безпечна поведінка, що може призвести до повторного інфікування ВІЛ та наражає на ризик інших СІН та сексуальних партнерів: 35% не використовували презерватив під час останнього сексуального контакту, 3,7% віддавали свій використаний шприц іншим СІН.

42% СІН охоплені профілактичними програмами та майже третина (29,5%) є клієнтами громадських організацій. Але виявити, чи стає це бар'єром для інфікування ВІЛ та гепатитом С, зважаючи на методологію дослідження, неможливо. За результатами дослідження серед СІН, охоплених профілактичними програмами, та клієнтів громадських організацій вищий рівень інфікування ВІЛ. Така тенденція може вказувати на те, що ВІЛ-інфіковані СІН більш стурбовані станом свого здоров'я, мають більшу зацікавленість у послугах та стають клієнтами громадських організацій.

Із числа факторів ризикованої поведінки, яка може призвести до інфікування ВІЛ/гепатитом С, найбільшу значимість має небезпечне ін'єкційне вживання наркотиків, наразі для СІН основним шляхом інфікування залишається ін'єкційний шлях передачі. Ключові зусилля мають бути спрямовані на профілактику ризикованої щодо інфікування поведінки та зменшення впливу чинників уразливості. Зокрема, особливої уваги вимагає профілактика ВІЛ/гепатиту С серед СІН в установах пенітенціарної системи, де суттєво обмежені можливості стерилізації ін'єкційного обладнання, відсутні програми замісної терапії та обміну голок/шприців та часто не визнаються факти вживання наркотиків ін'єкційним шляхом.

РЕКОМЕНДАЦІЇ

За результатами дослідження та виходячи із загальних стратегічних засад, зазначених ВООЗ, ЮНЕЙДС, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу серед СІН, рекомендовано такі заходи для посилення профілактичної діяльності в Україні:

- Приділяти більше уваги роботі серед молодих СІН та посилити профілактичні втручання серед них.

Необхідна адаптація послуг з профілактики, лікування, догляду та підтримки для неповнолітніх СІН, серед яких рівень знань є нижчим, а ризиковані практики більш поширеними. Серед цієї групи дуже важливо удосконалити доступ до комплексного асортименту послуг підтримки, профілактики статевої передачі ВІЛ, які задовольняють базові потреби з гігієни, безпеки, харчування та розв'язують соціальні, юридичні та інші проблеми.

- Впроваджувати гендерно спрямовані профілактичні програми для СІН.

Жінки-СІН є більш уразливою групою для інфікування ВІЛ, вони частіше практикують незахищені статеві контакти та використовують спільний ін'єкційний інструментарій. Тому жінки-СІН потребують специфічних профілактичних програм, які будуть містити поряд із традиційними методами роботи, елемент психологічної допомоги та мотивації на ініціювання використання презерватива та стерильного ін'єкційного інструментарію, навіть зі своїм постійним сексуальним партнером.

- Впроваджувати профілактичні втручання для СІН, що практикують вживання наркотиків-стимуляторів та змішане вживання.

З огляду на значну частку СІН, які вживають наркотики-стимулятори або практикують змішане вживання наркотиків (поєднують опіати та стимулятори), виникає необхідність у збільшенні масштабу профілактичних втручань, орієнтованих на ці групи СІН, для вироблення в них безпечних щодо ВІЛ та інших інфекцій моделей поведінки, профілактики передозувань та навичок невідкладних дій у разі передозування тощо.

- Посилити контроль за проведенням дотестового та післятестового консультування.

Контроль за проведенням дотестового та післятестового консультування та якістю такого консультування має стати не-

від'ємною частиною роботи медичних установ та неурядових організацій. Проведення належного консультування представників груп ризику допоможе сформувати адекватне сприйняття свого ВІЛ-статусу та буде сприяти виробленню моделей поведінки, якої необхідно дотримуватися для збереження власного здоров'я та здоров'я оточуючих в контексті можливості інфікування ВІЛ та іншими соціально небезпечними захворюваннями.

- Посилити профілактичні втручання серед СІН в установах пенітенціарної системи.

Зважаючи на виявлений статистично значущий зв'язок між наявністю ВІЛ-інфекції (результат зв'язаного дослідження) та досвідом перебування в місцях позбавлення волі, необхідно реалізувати пілотні інтервенційні моделі з упровадження обміну шприців та ЗПТ у ряді колоній/СІЗО і забезпечити їх моніторинг і оцінку. За умов відсутності програм обміну шприців та ЗПТ в установах пенітенціарної системи важливо регулярно забезпечувати ув'язнених дезінфектантами для стерилізації ін'єкційного інструментарію. Дезінфектанти мають бути легко доступні для ув'язнених в різних місцях колоній/СІЗО, разом з інформаційно-освітніми матеріалами щодо їх використання. Також важливо забезпечити впровадження інтервенції щодо безпечних татувань у колоніях/СІЗО (надання дезінфектантів для стерилізації обладнання, інформаційно-освітніх матеріалів з цієї тематики).

- Удосконалити методологію біоповедінкового дослідження серед СІН для більшого розуміння превентивних чинників інфікування ВІЛ та мотиваційних установок до зміни поведінки.

Важливо додати до інструментарію в подальших дослідженнях запитання для СІН, які знають про свій ВІЛ-позитивний статус, щодо того, коли саме вони проходили тестування та дізналися про свій статус. Це дозволить зрозуміти, наскільки знання про власний статус змінює поведінку на більш безпечну в порівнянні з особами, що не мають відповідного статусу або не знають про нього. Наявність такої інформації також працюватиме як оцінка ефективності третинної (позитивної) профілактики.

У контексті аналізу чинників інфікування гепатитом С важливо включити в анкету запитання щодо досвіду тестування на гепатит С впродовж життя/за останній рік та знання про свій статус за аналогією до запитань про ВІЛ-статус.

Вивчаючи ризикову ін'єкційну поведінку серед СІН, необхідно приділити окрему увагу питанням стерильності наркотичної речовини, яка також може бути інфікована ВІЛ або гепатитом С. Включення зазначених питань до інструментарію дослідження дозволить точніше оцінити вплив вказаних чинників на ВІЛ-статус та інфікування гепатитом С серед СІН.

Додаток 1. Показники поінформованості та поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків, включені до переліку показників Національного плану моніторингу та оцінки ефективності заходів протидії епідемії ВІЛ-інфекції (національний рівень)

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

Кількість респондентів, які дали ствердні відповіді на запитання:	Всі СІН			СІН віком менше 25 років			СІН віком 25 років та старші		
	Чоловіки	Жінки	Всього (осіб)	Чоловіки	Жінки	Всього (осіб)	Чоловіки	Жінки	Всього (осіб)
	2779	1055	3834	486	317	801	2292	741	3033
5765	2258	8023	857	517	1374	4907	1742	6649	
48,2%	46,7%	47,8%	56,7%	61,3%	58,3%	46,7%	42,5%	45,6%	

1. С5. Чи використовували Ви (чи Ваш/а партнер/ка) презерватив під час останнього сексуального контакту?

2. Р1. Чи вживали Ви наркотики ін'єкційним шляхом за останні 30 днів? та С4. Чи були у Вас сексуальні контакти протягом останніх 30 днів?

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

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

Кількість респондентів, які дали ствердні відповіді на запитання:	Всі СІН			СІН віком менше 25 років			СІН віком 25 років та старші		
	Чоловіки	Жінки	Всього (осіб)	Чоловіки	Жінки	Всього (осіб)	Чоловіки	Жінки	Всього (осіб)
	6280	2383	8663	900	527	1427	5380	1856	7237
6578	2491	9069	945	563	1508	5633	1928	7561	
95,5%	95,7%	95,5%	95,2%	93,6%	94,6%	95,5%	96,3%	95,7%	

1. В9. Чи використовували Ви стерильну/ий голку/шприц під час останнього вживання ін'єкційних наркотиків?

2. Р1. Чи вживали Ви наркотики ін'єкційним шляхом за останні 30 днів?

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

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

Кількість респондентів, які дали ствердні відповіді на запитання:	Всі СІН			СІН віком менше 25 років			СІН віком 25 років та старші		
	Чоловіки	Жінки	Всього (осіб)	Чоловіки	Жінки	Всього (осіб)	Чоловіки	Жінки	Всього (осіб)
1. G9. Я не запитую Вас про результат тестування, але чи отримали Ви його? та G7. Давайте уточнимо, чи це було протягом останніх 12 місяців?	2243	998	3241	311	216	527	1932	782	2714
2. P1. Чи вживали Ви наркотики ін'єкційним шляхом за останні 30 днів?	6578	2491	9069	945	563	1508	5633	1928	7561
Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які протягом останніх 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ-інфекцію та одержали його результати	34,1%	40,1%	35,7%	32,9%	38,4%	34,9%	34,3%	40,6%	35,9%

4. Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які інфіковані ВІЛ

Кількість респондентів, які:	Всі СІН			СІН віком менше 25 років			СІН віком 25 років та старші		
	Чоловіки	Жінки	Всього (осіб)	Чоловіки	Жінки	Всього (осіб)	Чоловіки	Жінки	Всього (осіб)
1. Отримали позитивний результат тестування на наявність ВІЛ-інфекції (Т4. Вкажіть результат тестування респондента на ВІЛ)	1370	588	1958	61	47	108	1309	541	1850
2. Ствердно відповіли на запитання: P1. Чи вживали Ви наркотики ін'єкційним шляхом за останні 30 днів? та T1. Чи пройшов респондент тест на ВІЛ у межах цього дослідження?	6578	2491	9069	945	563	1508	5633	1928	7561
Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які інфіковані ВІЛ	20,8%	23,6%	21,6%	6,5%	8,3%	7,2%	23,2%	28,1%	24,5%

Додаток 2. Показники поінформованості та поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків, включені до переліку показників Національного плану моніторингу та оцінки ефективності заходів протидії епідемії ВІЛ-інфекції (регіональний рівень)

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

Місто	Частка у вибірці	Оціночна частка за RDS	Довірчий інтервал за RDS	Гомофілія
Сімферополь	70,7	60,4	56,5–64,6	0,029
Вінниця	53,0	44,0	38,3–50,0	0,071
Луцьк	52,7	41,7	35,2–46,8	-0,174
Дніпропетровськ	39,2	28,4	23,5–33,8	0,209
Донецьк	45,1	40,7	35,6–46,3	0,062
Житомир	26,0	25,1	19,7–30,5	0,027
Ужгород	26,3	20,9	14,9–27,8	0,058
Запоріжжя	33,0	30,9	23,3–38,7	0,07
Івано-Франківськ	64,7	45,5	37,5–52,7	0,198
Біла Церква	41,4	40,3	29,9–53,1	0,041
Київ	38,9	35,9	29,2–42,5	0,074
Кіровоград	38,7	54,2	47,0–60,6	-0,207
Луганськ	45,4	47,8	35,6–56,7	0,035
Львів	39,1	33,5	27,3–39,7	-0,189
Миколаїв	52,8	43,8	38,5–49,7	0,242
Одеса	48,7	43,0	38,7–47,6	0,059
Полтава	55,0	48,7	42,1–55,5	0,125
Рівне	47,8	41,6	35,1–47,8	0,196
Суми	56,7	61,8	56,0–67,6	0,034
Тернопіль	37,1	42,5	31,4–52,6	-0,322
Харків	48,4	39,5	33,6–46,1	0,03
Херсон	50,3	43,5	37,9–49,0	-0,012
Хмельницький	40,7	39,1	33,5–45,8	0,021
Черкаси	73,8	71,1	66,2–75,7	0,126
Чернівці	53,9	59,0	50,5–70,6	0,187
Чернігів	40,0	35,4	30,5–40,7	0,022

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

Місто	Частка у вибірці	Оціночна частка за RDS	Довірчий інтервал за RDS	Гомофілія
Сімферополь	96,9	95,9	94,3–97,2	-0,008
Вінниця	97,1	97,4	95,5–99,0	-0,004
Луцьк	98,0	97,7	95,6–99,4	0,0
Дніпропетровськ	97,7	95,2	93,0–96,9	-0,003
Донецьк	93,0	91,3	87,9–94,5	-0,014
Житомир	98,0	97,9	96,4–98,9	-0,003
Ужгород	99,0	89,6	77,1–98,5	0,702
Запоріжжя	93,3	93,9	90,5–96,7	-0,025
Івано-Франківськ	98,4	95,6	93,0–98,0	0,103
Біла Церква	99,3	98,5	96,9–99,6	-0,006
Київ	98,0	96,5	93,7–98,8	0,299
Кіровоград	95,9	93,2	89,5–96,1	0,196
Луганськ	95,6	94,4	89,9–97,7	0,112
Львів	91,5	92,4	89,2–95,3	-0,017
Миколаїв	97,8	95,8	93,3–97,8	0,135
Одеса	99,2	97,5	95,9–98,6	0,075
Полтава	99,1	99,1	98,2–99,7	-0,003
Рівне	96,6	95,9	93,4–98,1	0,132
Суми	98,3	97,3	95,0–98,9	0,117
Тернопіль	100,0	99,3	98,3–99,8	-0,008
Харків	92,3	90,3	83,5–94,9	0,143
Херсон	97,3	92,4	89,6–95,2	-0,004
Хмельницький	97,7	94,6	90,6–97,6	0,32
Черкаси	95,5	95,5	93,5–97,3	-0,002
Чернівці	99,0	99,0	97,8–99,8	-0,005
Чернігів	98,0	96,9	95,1–98,7	-0,001

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

Місто	Частка у вибірці	Оціночна частка за RDS	Довірчий інтервал за RDS	Гомофілія
Сімферополь	29,6	26,9	23,2–30,8	0,149
Вінниця	51,7	51,7	44,9–56,5	0,024
Луцьк	46,9	52,5	45,8–58,4	-0,028
Дніпропетровськ	23,8	17,7	14,1–22,1	0,19
Донецьк	33,9	29,3	25,2–35,0	0,114
Житомир	26,9	30,2	24,9–35,4	-0,238
Ужгород	19,0	12,9	8,7–18,3	0,154
Запоріжжя	32,0	26,1	17,2–35,1	0,341
Івано-Франківськ	67,2	62,8	51,8–72,0	0,324
Біла Церква	24,4	21,6	15,7–29,2	0,068
Київ	35,6	33,1	26,8–39,4	0,048
Кіровоград	17,1	48,0	41,1–54,9	0,017
Луганськ	53,4	43,7	35,6–54,2	0,277
Львів	20,0	18,5	12,4–25,1	0,167
Миколаїв	45,8	42,6	38,0–48,4	0,15
Одеса	41,4	35,6	31,5–40,2	0,208
Полтава	46,0	40,2	34,3–46,3	0,071
Рівне	30,9	29,4	23,6–35,1	0,118
Суми	56,9	43,1	37,2–48,6	0,325
Тернопіль	51,5	50,1	40,2–59,9	0,105
Харків	17,6	18,4	13,5–24,4	0,038
Херсон	31,3	34,5	28,0–40,2	0,111
Хмельницький	37,7	33,8	28,0–39,	0,158
Черкаси	62,4	60,5	55,5–65,1	0,048
Чернівці	83,5	87,0	80,3–91,9	-0,009
Чернігів	29,8	27,5	22,4–33,1	0,201

* Показник розрахований за допомогою статистичного пакету SPSS.PC. Розрахунок даних за допомогою RDSAT є неможливим через композицію вибірки.

4. Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які інфіковані ВІЛ

Місто	Частка у вибірці	Оціночна частка за RDS	Довірчий інтервал за RDS	Гомофілія
Сімферополь	20,8	22,6	18,8–26,4	0,038
Вінниця	16,0	13,0	9,2–16,9	0,101
Луцьк	19,6	18,0	13,7–23,5	0,029
Дніпропетровськ	41,3	33,4	28,1–39,2	0,286
Донецьк	28,5	20,9	16,6–25,5	0,296
Житомир	22,3	19,0	14,9–23,1	0,075
Ужгород	2,5	1,3	4,0–2,6	-1
Запоріжжя	6,5	5,8	2,0–10,4	0,24
Івано-Франківськ	18,8	16,9	11,3–22,4	0,153
Біла Церква	27,8	27,7	18,5–37,4	0,012
Київ	18,1	25,8	17,4–33,1	0,019
Кіровоград	11,4	9,0	4,9–13,2	0,152
Луганськ	6,0	2,4	1,1–3,9	0,162
Львів	30,8	27,6	21,7–34,1	0,139
Миколаїв	43,8	40,2	25,1–45,9	0,24
Одеса	31,6	32,0	27,9–36,4	0,123
Полтава	27,7	22,8	17,1–28,4	0,186
Рівне	9,7	9,2	6,1–12,6	0,04
Суми	4,9	4,2	2,1–6,7	0,176
Тернопіль	9,5	17,2	8,7–24,9	-0,171
Харків	10,2	8,4	5,3–12,0	0,168
Херсон	25,6	28,4	23,1–34,2	0,033
Хмельницький	34,9	33,7	28,7–40,4	0,143
Черкаси	25,8	26,2	21,4–31,0	0,132
Чернівці	5,5	3,7	1,3–6,6	0,221
Чернігів	37,5	33,1	27,2–38,9	0,28

Додаток 3. Показники поінформованості та поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків, включені до переліку показників Національного плану моніторингу та оцінки ефективності заходів протидії епідемії ВІЛ-інфекції (регіональний рівень з дезагрегацією за віком)

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

Місто	14–24 роки		25 років та старші	
	Оціночна частка за RDS/SPSS	Довірчий інтервал за RDS/SPSS	Оціночна частка за RDS/SPSS	Довірчий інтервал за RDS/SPSS
Сімферополь	79,1*	67,5–86,9	68,3*	63,4–73,0
Вінниця	43,3	27,1–58,4	44,9	39,2–51,1
Луцьк	65,9	49,9–82,2	41,0	34,1–48,3
Дніпропетровськ	58,8	42,1–73,1	26,6	21,8–32,2
Донецьк	68,1	55,7–78,5	35,6	30,2–41,8
Житомир	21,6	15,0–28,4	27,3	19,6–34,2
Ужгород	19,3	8,3–34,7	21,5	14,9–28,7
Запоріжжя	40,0*	30,6–69,4	34,3*	27,5–41,7
Івано-Франківськ	46,0	37,7–61,1	44,4	35,7–53,1
Біла Церква	46,2	27,1–74,2	39,3	28,0–53,4
Київ	46,3*	36,5–56,4	35,1*	30,5–39,9
Кіровоград	50,8	34,9–65,8	55,4	47,5–61,9
Луганськ	63,5*	52,6–74,1	42,0*	34,9–49,4
Львів	42,9	26,6–60,9	30,8	24,2–37,6
Миколаїв	77,3*	57,5–91,2	49,4*	44,7–54,2
Одеса	63,5*	53,5–73,6	45,1*	39,9–50,2
Полтава	53,8	39,9–69,3	48,2	41,4–56,0
Рівне	63,8*	49,4–76,1	46,1*	40,3–52,2
Суми	75,0*	65,4–83,7	58,0*	52,0–63,9
Тернопіль	37,7	17,7–54,7	43,1	29,8–54,4
Харків	43,3*	26,8–60,8	45,2*	39,5–51,1
Херсон	55,4	39,5–67,5	42,1	36,3–48,1
Хмельницький	53,1	36,8–71,1	37,9	32,4–44,6
Черкаси	69,0	61,1–76,8	72,9	66,9–78,5
Чернівці	70,5*	58,1–80,7	54,3*	45,6–62,8
Чернігів	47,7*	36,2–60,0	39,6*	33,5–45,9

* Показник розрахований за допомогою статистичного пакету SPSS.PC. Розрахунок даних за допомогою RDSAT є неможливим через композицію вибірки.

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

Місто	14–24 років		25 років та старші	
	Оціночна частка за RDS/SPSS	Довірчий інтервал за RDS/SPSS	Оціночна частка за RDS/SPSS	Довірчий інтервал за RDS/SPSS
Сімферополь	96,1	91,0–98,3	95,7	94,1–97,3
Вінниця	93,8	84,5–99,1	98,1	96,6–99,3
Луцьк	93,0	79,1–94,7	98,3	96,6–99,6
Дніпропетровськ	93,8*	82,1–98,9	98,2*	96,6–99,1
Донецьк	97,6*	91,8–99,3	94,3*	91,6–96,2
Житомир	98,1*	93,5–99,4	98,3*	96,4–99,5
Ужгород	100,0*	95,3–100,0	98,4*	95,2–99,7
Запоріжжя	100,0*	77,6–100,0	95,6*	92,2–98,1
Івано-Франківськ	100,0*	94,6–100,0	98,5*	95,9–99,5
Біла Церква	100,0*	93,7–100,0	99,6*	98,3–100,0
Київ	99,3	98,2–99,5	95,9	92,0–98,2
Кіровоград	96,3*	89,0–99,3	94,8*	91,7–96,9
Луганськ	88,7	74,7–98,6	96,4	93,8–98,6
Львів	97,6*	90,1–99,8	92,7*	88,6–95,7
Миколаїв	100,0*	89,1–100,0	97,0*	95,1–98,3
Одеса	92,9	86,0–95,7	98,3	96,9–99,2
Полтава	100,0*	96,3–100,0	98,9*	97,3–99,7
Рівне	97,9*	89,0–99,5	95,7*	93,1–97,7
Суми	96,3	92,0–98,7	97,4	94,9–99,0
Тернопіль	100,0*	92,2–100,0	100,0*	98,5–100,0
Харків	78,0*	63,3–88,2	92,6*	89,4–95,2
Херсон	97,3*	90,2–99,9	97,6*	95,3–98,9
Хмельницький	96,8*	85,2–99,5	97,4*	95,2–98,8
Черкаси	94,2	89,3–97,9	96,1	93,7–98,0
Чернівці	100,0*	96,1–100,0	99,3*	96,3–99,9
Чернігів	97,0*	88,7–97,7	99,3*	93,7–98,3

* Показник розрахований за допомогою статистичного пакету SPSS.PC. Розрахунок даних за допомогою RDSAT є неможливим через композицію вибірки.

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

Місто	14–24 років		25 років та старші	
	Оціночна частка за RDS/SPSS	Довірчий інтервал за RDS/SPSS	Оціночна частка за RDS/SPSS	Довірчий інтервал за RDS/SPSS
Сімферополь	41,5	30,8–52,6	24,4	20,6–28,8
Вінниця	53,4	38,1–69,3	50,6	43,6–55,7
Луцьк	64,6	46,2–82,8	50,0	43,6–57,6
Дніпропетровськ	15,0	6,1–26,5	17,8	14,0–22,5
Донецьк	16,4	6,5–25,9	31,9	27,6–38,4
Житомир	26,5	18,7–34,2	31,8	25,1–38,4
Ужгород	14,2	7,1–26,6	12,3	6,8–18,5
Запоріжжя	19,2	6,1–51,5	26,6	17,5–35,9
Івано-Франківськ	86,3	74,8–95,5	57,1	45,5–66,9
Біла Церква	24,1	11,0–45,2	21,0	14,6–29,4
Київ	29,2	20,1–39,9	34,2	27,7–42,9
Кіровоград	59,4	42,2–71,2	45,0	37,7–52,3
Луганськ	36,7	19,8–61,0	46,7	37,7–56,5
Львів	14,4	1,8–32,5	19,3	13,1–26,4
Миколаїв	41,8	25,8–63,6	42,6	37,9–48,6
Одеса	18,4	10,2–26,6	50,8	41,7–62,8
Полтава	42,6	30,4–56,7	39,4	32,6–45,9
Рівне	43,3	29,6–59,4	27,9	21,7–34,2
Суми	32,3	21,3–43,3	46,5	40,8–52,8
Тернопіль	13,5	1,1–29,6	61,1	49,8–71,2
Харків	12,0	4,8–23,9	18,8	13,1–25,8
Херсон	15,9	6,5–28,3	36,4	29,8–42,4
Хмельницький	18,7	9,1–32,7	34,9	28,6–41,2
Черкаси	34,4	28,5–40,7	62,8	56,9–68,5
Чернівці	94,1	88,4–97,7	84,1	75,3–90,5
Чернігів	13,2	5,6–24,5	31,1	25,1–37,1

4. Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які інфіковані ВІЛ

Місто	14–24 років		25 років та старші	
	Оціночна частка за RDS/SPSS	Довірчий інтервал за RDS/SPSS	Оціночна частка за RDS/SPSS	Довірчий інтервал за RDS/SPSS
Сімферополь	9,0	3,3–15,8	24,9	20,7–29,1
Вінниця	14,9	5,0–26,2	12,2	8,6–16,2
Луцьк	11,5	1,8–26,1	19,1	14,3–24,9
Дніпропетровськ	16,7	7,6–29,3	34,6	29,4–40,9
Донецьк	2,9	0,2–7,3	24,8	19,7–30,5
Житомир	8,5	4,3–13,3	23,5	17,8–28,8
Ужгород	1,4*	0,1–5,4	1,5*	0,3–4,7
Запоріжжя	0,0*	–	6,5*	3,5–10,6
Івано-Франківськ	15,0	6,1–24,4	17,0	10,5–22,7
Біла Церква	10,4	2,7–24,1	30,6	19,6–41,3
Київ	9,4	3,0–17,9	29,2	20,2–38,3
Кіровоград	6,3	1,9–13,1	9,5	4,8–14,3
Луганськ	0,3	0,2–1,1	3,5	1,6–5,6
Львів	20,7	6,1–39,8	28,9	22,5–35,6
Миколаїв	20,7	7,9–39,8	41,3	35,8–46,7
Одеса	3,2	1,0–6,7	38,1	33,5–42,8
Полтава	4,5*	1,4–11,9	27,6*	22,5–32,9
Рівне	2,3	1,9–7,8	9,7	6,2–13,4
Суми	0,0*	–	5,6*	3,3–8,9
Тернопіль	0,0*	–	21,8*	15,9–28,3
Харків	2,8	0,5–8,2	9,0	5,7–13,0
Херсон	10,6	2,3–21,5	30,4	25,5–37,7
Хмельницький	7,0	2,8–22,6	36,5	31,0–43,5
Черкаси	5,9	2,1–10,5	34,4	28,5–40,7
Чернівці	0,0*	–	5,1*	2,2–9,6
Чернігів	10,3	3,6–19,4	39,7	32,4–46,5

* Показник розрахований за допомогою статистичного пакету SPSS.PC. Розрахунок даних за допомогою RDSAT є неможливим через композицію вибірки.

АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ
за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року
«МОНІТОРИНГ ПОВЕДІНКИ ТА ПОШИРНОСТІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ
СЕРЕД СПОЖИВАЧІВ ІН'ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ
ЯК КОМПОНЕНТ ЕПІДНАГЛЯДУ ЗА ВІЛ ДРУГОГО ПОКОЛІННЯ»

Загальна редакція:

І. Шваб

Літературна редакція:

М. Ілляш

Верстка та дизайн обкладинки:

Н. Тілікіна



Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні

МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»
вул. Димитрова, 5, корпус 10А, 9-й поверх, 03680, м. Київ, Україна
тел.: +380 44 490-54-85, факс: +380 44 490-54-89,
e-mail: office@aidalliance.org.ua, www.aidalliance.org.ua

Підписано до друку 17.07.2012 р. Формат 60x84/8. Папір офс.
Гарнітура Helios. Ум. друк. арк. 7,5. Фіз. друк. арк. 7,0,
Тираж 500 пр. Зам. № 20/8.

Надруковано у друкарні ТОВ «Агентство «Україна»
01054, м. Київ, вул. Гончарова, 55, оф. 60
(Свідоцтво про реєстрацію серії ДК № 265 від 30,11.2000 р.)