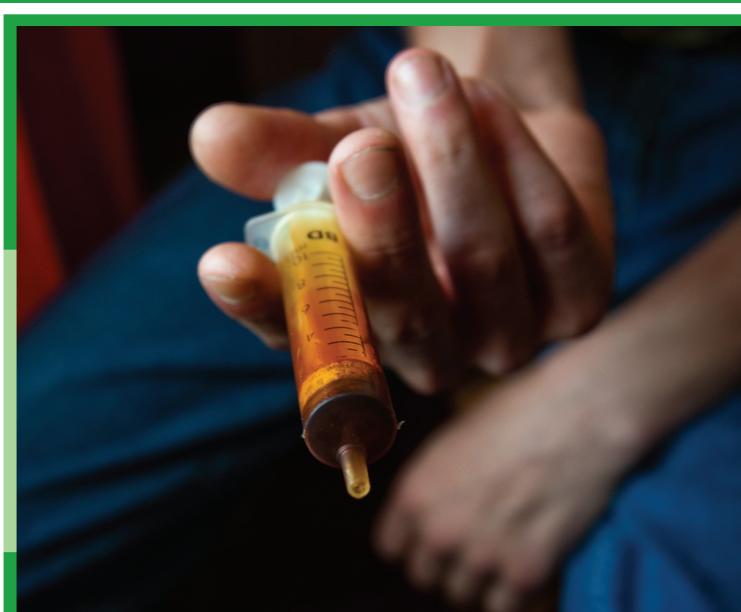


## АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ

### «МОНІТОРИНГ ПОВЕДІНКИ ТА ПОШИРЕННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ СЕРЕД СПОЖИВАЧІВ ІН’ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ ЯК КОМПОНЕНТ ЕПІДНАГЛЯДУ ЗА ВІЛ ДРУГОГО ПОКОЛІННЯ»

за результатами інтегрованого біоповедінкового дослідження  
2013 року



Київ 2014

# **АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ**

**«МОНІТОРИНГ ПОВЕДІНКИ  
ТА ПОШИРЕННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ  
СЕРЕД СПОЖИВАЧІВ ІН'ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ  
ЯК КОМПОНЕНТ ЕПІДНАГЛЯДУ  
ЗА ВІЛ ДРУГОГО ПОКОЛІННЯ»**

**ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ІНТЕГРОВАНОГО  
БІОПОВЕДІНКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ**

**2013 РОКУ**

УДК

ББК

M77

**Автори звіту:**  
О.М. Балакірєва, к. соціол. н., Т.В. Бондар, к. соціол. н., І.І. Локтєва,  
Я.О. Сазонова, Ю.В. Середа, к. соціол. н.

**Рецензія:**  
Т.І. Андреєва, к. мед. н.

**Літературна редакція:**  
М.М. Ілляш

**Верстка та дизайн:**  
Н.В. Тілікіна

**M77 Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління: аналіт. звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2013 року / Балакірєва О.М., Бондар Т.В. та ін. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2014. – 181 с.**

Звіт підготовлено за результатами дослідження 2013 року «Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління», яке проведено ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка» на замовлення МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». Описані дані показують соціально-демографічну структуру цільової групи дослідження, основні індикатори ризикованої сексуальної поведінки, вживання наркотичних речовин, доступ до програм профілактики, тестування на ВІЛ тощо.

Особлива увага приділяється аналізу поширення ВІЛ-інфекції та гепатиту С. В окремих ключових аспектах результати порівнюються з даними попередніх подібних досліджень 2008/2009, 2011 років.



Дослідження здійснено за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Побудова сталої системи надання комплексних послуг з попередження ВІЛ, лікування, догляду та підтримки груп ризику та ЛЖВ в Україні».

Публікація цього посібника стала можливою за технічної підтримки Проекту «Залучення місцевих організацій до розвитку моніторингу та оцінки у сфері ВІЛ/СНІДу в Україні» (МЕТИДА), що упроваджується МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», за фінансування центрів контролю та профілактики захворювань США (CDC), в рамках Надзвичайного плану Президента США для надання допомоги у зв'язку зі СНІДом (PEPFAR).

Ця публікація підтримана Угодою про співробітництво № U2GGH000840 з центрами контролю та профілактики захворювань США (CDC). Відповіальність за зміст публікації лежить виключно на її авторах та не обов'язково відображає офіційну позицію центрів контролю та профілактики захворювань США (CDC).

Викладені у даній публікації думки й точки зору є думками і 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 випливають 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.

ISBN 978-966-2157-84-0

УДК

ББК

© МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2014

# ЗМІСТ

ПОНЯТІЙНИЙ АПАРАТ .....	5
ВСТУП .....	7
МЕТОДОЛОГІЯ .....	9
<b>РОЗДІЛ 1. СОЦІАЛЬНИЙ ПОРТРЕТ СПОЖИВАЧІВ ІН'ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ.....</b>	<b>14</b>
<b>РОЗДІЛ 2. ПРАКТИКА ВЖИВАННЯ НАРКОТИКІВ ІН'ЄКЦІЙНИМ ШЛЯХОМ.....</b>	<b>30</b>
2.1. Ініціація вживання ін'єкційних та неін'єкційних наркотиків.....	30
2.2. Види наркотичних речовин .....	33
2.3. Частота вживання наркотичних речовин та досвід передозувань.....	39
2.4. Практика спільного використання інструментарію для введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом.....	40
<b>РОЗДІЛ 3. СЕКСУАЛЬНА ПОВЕДІНКА ТА РИЗИК ІНФІКУВАННЯ ВІЛ ПРИ СЕКСУАЛЬНИХ КОНТАКТАХ .....</b>	<b>46</b>
3.1. Сексуальні партнери та використання презервативів .....	46
3.2. Груповий секс: наявність досвіду використання презервативів .....	66
<b>РОЗДІЛ 4. КОРИСТУВАННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИМИ ПОСЛУГАМИ І РІВЕНЬ ЗНАНЬ щодо ВІЛ .....</b>	<b>69</b>
4.1. Користування послугами ГО та охоплення профілактичними програмами.....	69
4.2. Знання шляхів передачі ВІЛ-інфекції .....	79
<b>РОЗДІЛ 5. ЗВЕРНЕННЯ ЗА ПОСЛУГАМИ КіТ .....</b>	<b>82</b>
5.1. Доступність послуг КіТ .....	82
5.2. Наявність практики КіТ .....	88

<b>РОЗДІЛ 6. РІВЕНЬ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ ТА ІНШИМИ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИМИ ХВОРОБАМИ .....</b>	<b>105</b>
6.1. Захворювання на туберкульоз, гепатити В і С .....	105
6.2. Рівень інфікування ВІЛ серед СІН .....	116
6.3. Рівень інфікування гепатитом С серед СІН .....	121
<b>РОЗДІЛ 7. ЧИННИКИ, ЩО ПОВ'ЯЗАНІ З ІНФІКУВАННЯМ ВІЛ ТА ВІРУСОМ ГЕПАТИТУ С .....</b>	<b>128</b>
7.1. Чинники, пов'язані з інфікуванням ВІЛ .....	130
7.2. Чинники, пов'язані з інфікуванням на вірус гепатиту С .....	134
<b>ВИСНОВКИ .....</b>	<b>140</b>
<b>КЛЮЧОВІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ПРОГРАМ .....</b>	<b>143</b>
<b>ДОДАТОК 1. Індикатори, включені до переліку показників Національного плану моніторингу та оцінки ефективності заходів протидії епідемії ВІЛ-інфекції, стосовно поінформованості та поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків .....</b>	<b>146</b>
<b>ДОДАТОК 2. Рекрутинг респондентів згідно з методикою RDS .....</b>	<b>154</b>

# ПОНЯТІЙНИЙ АПАРАТ

**Біоповедінкове дослідження** – соціологічне поведінкове 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.

**ЗПТ** – замінна підтримуюча терапія.

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

**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 рекрутити інших респондентів.

**СІН** – споживачі ін’єкційних наркотиків, цільова група дослідження.

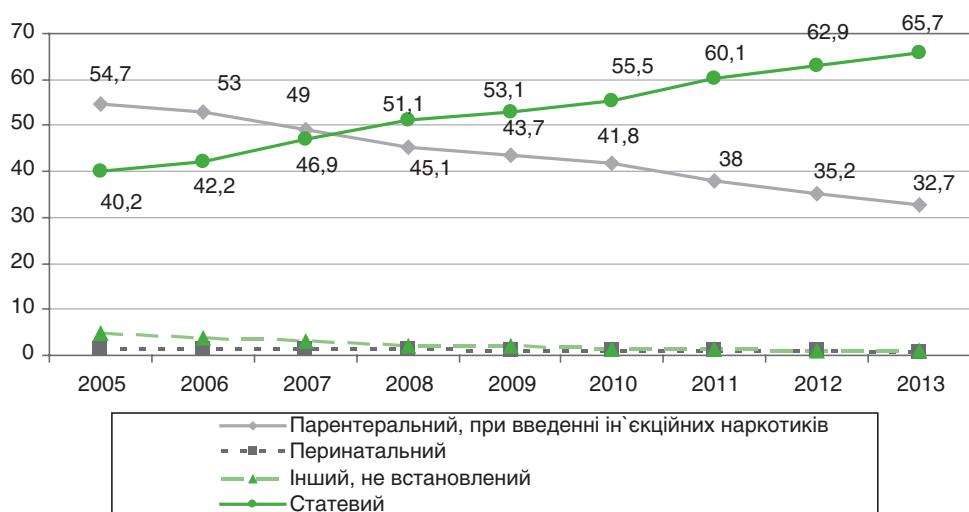
**Хвиля (у RDS)** – сукупність респондентів, залучених рекрутерами одного рівня. Наприклад, особа, рекрутована безпосередньо первинним респондентом, потрапляє до першої хвилі. Особи, рекрутовані учасниками першої хвилі, становлять другу хвилю. Послідовність хвиль складає ланцюжок рекрутингу.

**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.

# ВСТУП

Важливу роль у досягненні цілей Глобальної стратегії ЮНЕЙДС на 2011–2015 роки «Прямування до Нуля» відіграє група споживачів наркотиків, для якої поставлена мета досягти цілковитої відсутності нових випадків інфікування ВІЛ<sup>1</sup>. На сьогоднішній день епідеміологічна ситуація серед групи споживачів ін'єкційних наркотиків свідчить, що ця група залишається однією з рушійних сил епідемії ВІЛ в Україні, хоча фіксується постійне покращання епідеміологічної ситуації. Зменшення абсолютної кількості СІН серед уперше зареєстрованих інфікованих ВІЛ осіб спостерігається останні чотири роки: із 7105 випадків у 2009 році до 5847 випадків у 2013-му. В структурі шляхів передачі ВІЛ частка осіб, що були інфіковані перентеральним шляхом при введенні ін'єкційних наркотиків, у 2013 році становила 32,7% (див. рис. 1).



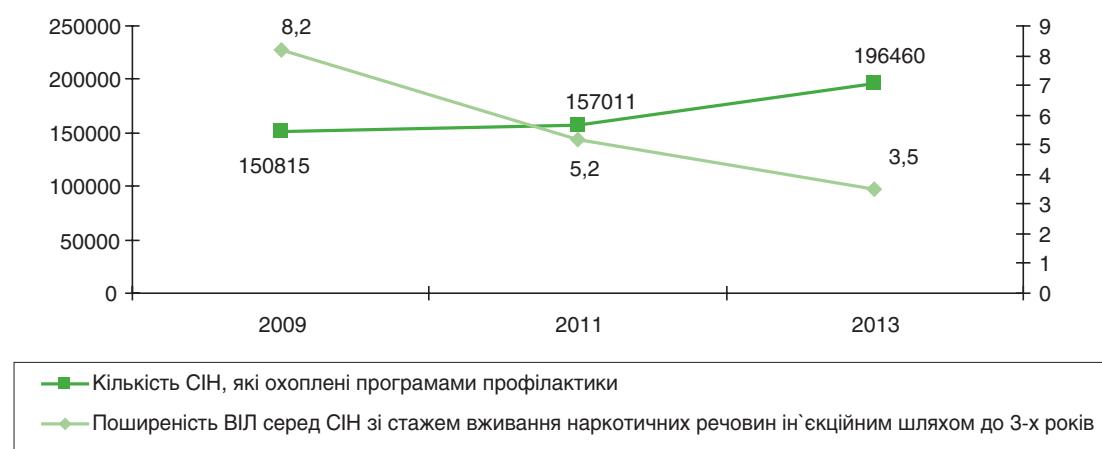
**Рис. 1. Структура шляхів передачі ВІЛ в Україні з урахуванням рівнів передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини за 2005–2013 роки,<sup>2</sup>**

Досягнутий прогрес зниження показників кількості випадків ВІЛ-інфекції більшою мірою завдячує масштабному впровадженню програм профілактики, які реалізуються МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» та є доступними для СІН через мережу НУО на всій території України. Постійне збільшення показника охоплення програмами СІН приводить до того, що ми з кожним роком фіксуємо меншу частку СІН з ВІЛ-позитивним результатом, особливо серед групи СІН із невеликим стажем (до трьох років), що є свідченням значного зменшення темпів приросту нових випадків ВІЛ-інфекції в цій групі (див. рис. 2).

На тлі зменшення притоку нових випадків ВІЛ-інфекції в групі СІН стає все більш актуальною проблема залучення СІН до програм АРВ-терапії та формування прихильності до отримання препаратів, про що свідчать дані рутинного моніторингу щодо постійного росту кількості СІН, у яких ВІЛ-інфекція переходить у стадію СНІД (див. рис. 3).

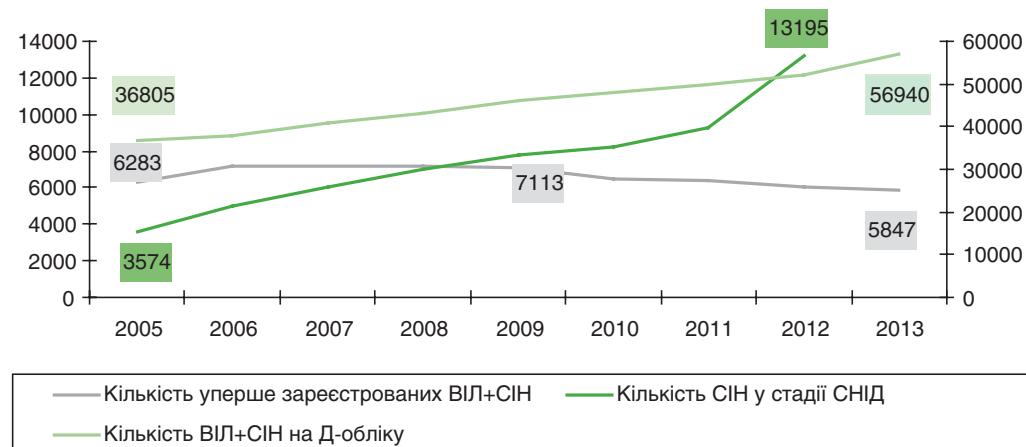
<sup>1</sup> В направлении цели «ноль». Стратегия на 2011–2015 годы [Электронный ресурс] / Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС). – Режим доступа: [http://www.unaids.org.ua/files/Zero\\_Strategy\\_Rus.pdf](http://www.unaids.org.ua/files/Zero_Strategy_Rus.pdf)

<sup>2</sup> ВІЛ-інфекція в Україні: інформ. бюл. / М-во охорони здоров'я України, ДУ «Укр. центр контролю за соц. небезпечними хворобами МОЗ України»; ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського Нац. акад мед. наук України». – К., 2014. – № 41. – 95 с.



**Рис. 2. Вплив профілактичних програм на розвиток епідемії ВІЛ серед СНІ в Україні**

Джерела: Програмний моніторинг МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» (дані бази SYREX) та дані біоповедінкових досліджень серед СНІ 2009, 2011 та 2013 років.



**Рис. 3. Динаміка кількості ВІЛ-позитивних результатів серед СНІ, кількості СНІ у стадії СНІД та кількості тих, хто знаходиться на диспансерному обліку, 2005–2013 роки**

Джерело: Рутинний моніторинг ДУ «Український центр контролю за соц. небезпечними хворобами МОЗ України»<sup>3</sup>.

Регіональний аналіз рутинних даних свідчить, що найбільша кількість СНІ, які були поставлені на диспансерний облік у зв'язку з виявленням ВІЛ-інфекції у 2013 році, була зафіксована в Дніпропетровській (1083), Донецькій (1002), Одеській (592), Миколаївській (257) областях, АР Крим (286) та м. Київ (470)<sup>4</sup>.

Зважаючи на існуючі епідеміологічні дані, група СНІ повинна залишатися під пильним наглядом для моніторingu тенденцій розвитку епідемії ВІЛ та основних факторів, які можуть бути з цим пов'язані.

У рамках епіднагляду за ВІЛ-інфекцією другого покоління забезпечується контроль за епідемією ВІЛ/СНІД шляхом поглиблення розуміння епідеміологічної ситуації, вивчення тенденцій поширення ВІЛ/СНІД у часі, визначення форм поведінки, що зумовлюють поширення епідемії, вивчення груп високого ризику. Здійснення такого епіднагляду відбувається за допомогою проведення періодичних моніторингових досліджень. У звіті представлені результати останньої хвили дослідження, яке відбулося в 2013 році.

<sup>3</sup> ВІЛ-інфекція в Україні: інформ. бюл. / М-во охорони здоров'я України, ДУ «Укр. центр контролю за соц. небезпечними хворобами МОЗ України» ; ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського Нац. акад. мед. наук України». – К., 2014. – № 41. – 95 с.

<sup>4</sup> Там само. – С. 53.

# МЕТОДОЛОГІЯ

**Метою дослідження** було вивчення поведінкових практик щодо вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом, використання презервативів, тестування на ВІЛ, рівня знань про шляхи передачі ВІЛ-інфекції та виявлення зв'язків цих факторів з рівнем поширеності ВІЛ-інфекції та гепатиту С серед СІН.

## Дизайн дослідження

Для реалізації дослідження був застосований крос-секційний дизайн, який за своєю типологією є описовим видом дослідження та передбачає збір інформації серед певної популяції в конкретний період часу.

У рамках дослідження було поєднано опитування та тестування респондентів на ВІЛ та гепатит С швидкими тестами, що надало змогу оцінити як показники поширення ВІЛ-інфекції та гепатиту С серед СІН, так і виявити основні ризикові та превентивні види поведінки в групі.

Рекрутинг респондентів до дослідження відбувався відповідно до методики RDS (Respondent Driven Sample) – вибірка, що спрямовується та реалізується самими респондентами.

## Вибірка та географічне охоплення

Дослідження було проведено в 29 містах України. Загальна кількість опитаних та протестованих СІН становить 9502 особи. Для розрахунку вибіркової сукупності для кожного міста враховувалися оцінка чисельності групи в конкретному місті та рівень поширеності ВІЛ серед СІН. Реалізована вибіркова сукупність представлена в табл. 1.

Критеріями включення респондентів до дослідження були:

- вік (не молодше 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 та затверджену скринінгову форму, а медичні працівники перевіряли наявність проколів від вживання наркотичних речовин на венах потенційного респондента.

**Таблиця 1**  
**Реалізована вибіркова сукупність**

Місто	Вибіркова сукупність		Кількість первинних респондентів	
	заплановано	реалізовано	заплановано	взяли участь у дослідженні
Біла Церква	300	300	3	3
Васильків	150	150	2	2
Вінниця	250	250	2	2
Дніпропетровськ	500	501	4	5
Донецьк	500	500	4	4
Житомир	350	350	3	3
Запоріжжя	350	350	3	3
Івано-Франківськ	300	299	3	3
Київ	500	499	4	4
Кіровоград	250	250	2	2
Луганськ	300	300	3	3
Луцьк	350	350	3	3
Львів	350	350	3	5
Миколаїв	500	501	4	5
Одеса	400	400	4	5
Полтава	300	300	3	3
Рівне	300	300	3	4
Севастополь	350	350	3	3
Сімферополь	400	400	4	4
Суми	350	350	3	3
Тернопіль	250	250	2	2
Ужгород	200	200	2	2
Фастів	150	150	2	2
Харків	350	350	3	3
Херсон	300	300	3	3
Хмельницький	300	300	3	3
Черкаси	350	348	3	4
Чернівці	250	250	3	3
Чернігів	300	300	3	3
<b>Всього</b>	<b>9500</b>	<b>9502</b>		

Методологія RDS передбачала участь респондентів двох категорій:

1. Первинні респонденти – респонденти-СІН, рекрутинг яких здійснено відповідно до певних характеристик (не випадковим шляхом).
2. Вторинні респонденти – учасники опитування, рекрутинг яких здійснено самими респондентами-СІН.

Відбір первинних респондентів відбувався в тісній співпраці з громадськими організаціями, що надають послуги СІН у містах опитування та реалізують проекти в межах гранту МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».

Первинні респонденти були відібрані відповідно до таких критеріїв:

- представники вікової групи до 25 років;
- наявність серед первинних респондентів СІН обох статей;
- вживання різних типів наркотиків: опіоїдні наркотики, наркотики-сти-мулятори та змішане вживання наркотичних речовин;
- проживання в різних районах міста дослідження;
- статус клієнта неурядової організації, яка надає профілактичні послуги СІН (серед первинних мали бути як клієнти, так і неклієнти програм);
- ВІЛ-негативний статус (за свідченням самих СІН перед участю в дослідженні).

Відібрані первинні респонденти виступали в ролі рекрутерів інших СІН із числа своєї соціальної мережі. Якщо рекрутованій первинний респондент відмовлявся виступити в ролі рекрутера, то його не вважали «результативним» і замінювали іншим СІН з такими самими характеристиками. Усі респонденти, крім первинних, є вторинними. Кожен із респондентів, які пройшли повний цикл дослідження, отримував можливість рекрутувати трьох інших СІН за винагороду.

## Інструменти дослідження

### Соціологічний компонент дослідження

Усіх респондентів опитано методом індивідуального інтерв'ю інтерв'юерами із постійної мережі УІСД ім. О. Яременка, які мають досвід проведення поведінкових досліджень із важкодоступними групами ризику.

Інструментарій для опитування споживачів ін'єкційних наркотиків розроблений на базі інструментарію, який було використано в дослідженнях моніторингу поведінки СІН у 2007, 2008, 2009 та 2011 роках, та включає набір запитань для розрахунку національних показників згідно з Національним планом з моніторингу та оцінки ефективності заходів з протидії ВІЛ-інфекції та СНІДу.

### Епідеміологічний компонент дослідження

Консультування та тестування СІН за допомогою експрес-тестів на ВІЛ та гепатит С здійснювалися кваліфікованими медичними працівниками з числа співробітників центрів СНІДу після інтерв'ю із СІН.

## 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.

## 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 розподіл даних за містами опитування, поданий у звіті, базується на аналізі даних у пакеті RDSAT. 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 SPSS17 було імпортовано ваги, розраховані для кожного окремого міста у пакеті RDSAT. Аналіз даних на національному рівні здійснено за допомогою статистичного пакета SPSS.PC на масиві даних, що зважені на основі коефіцієнтів, розрахованих у 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 перевіreno за статистичним тестом хі-квадрат ( $\chi^2$ ). Таким чином, для демонстрації значущості зв'язку між змінними в більшості таблиць подано рівень значущості p-value, розрахований за допомогою  $\chi^2$  (наявність значимих відмінностей:  $p < 0,01$ ;  $p < 0,05$ ;  $p < 0,001$ ).

Для визначення чинників інфікування на ВІЛ та гепатит С застосовано метод регресійного аналізу. Регресійний аналіз побудовано як багаторівневу логістичну регресію, що враховує структуру дизайну дослідження: групування СІН у містах опитування. Більш детальна інформація про методологію визначення чинників інфікування ВІЛ та вірусом гепатиту С надана у розд. 7.

## Аналіз динаміки

З метою аналізу соціально-демографічних змін у популяції СІН, поведінки, рівня інфікування ВІЛ тощо у звіті використовуються дані попередніх біоповедінкових досліджень 2008/2009 та 2011 років. У 2013 році дослідження проведено у 29 містах України, у 2011 – у 26 містах, у 2008 – в 16 та в 2009 – в 17 містах, тому задля коректного порівняння та відповідності кількості міст масиви даних 2009 та 2008 років були об'єднані. У разі, якщо в переліку міст дослідження 2008 та 2009 років міста збігалися, аналіз даних у цих містах проводили на основі дослідження 2009 року. У табл. 2 представлено перелік міст досліджень 2008 та 2009 років ( $N=6460$ ), які були обрані для порівняння з результатами досліджень 2011 року ( $N=9069$ ) та 2013 року ( $N=9502$ ).

**Таблиця 2**

**Географія подібних досліджень, результати яких використовуються  
для представлення динаміки основних показників на національному та регіональному рівнях**

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 дослідженням 2009 р.	Сімферополь, Дніпропетровськ, Київ, Миколаїв, Вінниця, Житомир, Рівне, Черкаси, Чернігів, Івано-Франківськ, Запоріжжя, Тернопіль, Ужгород, Чернівці

Міста, обрані для порівняння з дослідженням 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 в тих випадках, коли запитання були однаково сформульовані.

## Обмеження дослідження

Крос-секційний дизайн дослідження дозволяє оцінити основні поведінкові показники серед СІН на конкретний період часу, але обмежує дослідників у виявленні факторів та причинно-наслідкового зв'язку. Всі 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. Участь СІН у різних профілактичних програмах, статус клієнта громадської організації, попередня участь у подібних дослідженнях також можуть відображатися в завищених показниках дотримання безпечних щодо ВІЛ-інфекції практик поведінки.

Обсяг реалізованих вибірок у містах опитування не є достатнім для впевненості в репрезентативності даних на регіональному рівні. 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 частини СІН у тому чи іншому місті опитування.

## Валідизація даних

Дослідницька команда УІСД ім. О. Яременка, представники МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» та залучені консультанти здійснили моніторингові візити до міст опитування, що дозволило виявити певні порушення методології дослідження, усунути їх та попередити повторення подібних порушень в інших містах.

Для попередження помилок на етапі вводу даних 10% анкет були введені повторно. Результати зіставлення першого та повторного введення даних засвідчили належну якість.

Додатковий контроль щодо логічності даних 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 його польового етапу та обробки даних.

## Обробка пропущених даних

У звіті подані відсотки, розраховані виходячи з числа респондентів, які дали змістовні відповіді на запитання. У кожному розділі зазначено кількість СІН, 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 здійснювали із числа осіб, які відповіли на поставлене запитання.

# РОЗДІЛ 1. СОЦІАЛЬНИЙ ПОРТРЕТ СПОЖИВАЧІВ ІН'ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ

У розділі подано аналіз даних щодо соціально-демографічних характеристик опитаних СІН, таких як стать, вік, сімейний стан (у тому числі наявність дітей), освіта та рід зайнятості. Аналіз даних представлений на національному та регіональному рівнях. В окремих запитаннях представлено аналіз структурних змін у популяції СІН порівняно з 2008/2009 та 2011 роками.

Методологія передбачала проведення опитування та тестування серед СІН, які проживають у містах, визначених для дослідження. Результати опитування свідчать (табл. 1.1), що частка СІН, які народилися і проживають у місті опитування, залишається стабільною з минулого хвилі опитування, дещо збільшується частка тих, хто не живе в місті постійно, приїжджає час від часу (1,2% у 2011 році та 1,6% у 2013 році).

Дані щодо статі та віку отримані від усіх 9502 респондентів. Залишається стабільною популяція СІН у статевому розрізі та представлена більшою мірою чоловіками, але порівняно з минуловою хвилею опитування частка жінок дещо зменшується. Найбільш наповненою віковою групою є СІН старше 25 років – 86,6%. Популяція тих, кому 14–19 років та які виявляються доступними для дослідження, також залишається стабільною і важкодоступною групою. Дещо зменшується популяція тих, кому 20–24 роки.

Збільшується, порівняно з іншими роками, частка тих, хто має базову або повну загальну освіту, проте зменшується частка СІН, які намагаються отримати вищу освіту.

Більшу частку (27,5%) становлять респонденти, які офіційно не одружені/не заміжні, але живуть разом із сексуальним партнером, причому така частка жінок є значно вищою, ніж чоловіків (38,4 та 24,2% відповідно). Кожен п'ятий з опитаних має дітей, з якими разом проживає (переважно це жінки).

Частка СІН, які працюють, становить 69%, проте з них 46,1% мають лише випадкові заробітки. Частка учнів/студентів залишається на рівні минулого опитування (3%).

**Таблиця 1.1**

**Розподіл СІН за статтю, віком, освітою, сімейним станом, місцем проживання та родом зaintягості, абсолютні числа та %**

Характеристика		2011		2013	
		N	%	N	%
Стать	Чоловіча	6578	72,5	7366	76,4
	Жіночя	2491	27,5	2136	23,6
Вік	14–19 років	246	2,7	258	2,5
	20–24 роки	1262	13,9	1116	10,9
	25–34 роки	4029	44,4	4262	44,0
	35 років та старше	3532	38,9	3866	42,6
	Середній вік	–	33,1 року	–	33,4 року
Освіта	Початкова	234	2,6	330	3,2
	Базова (неповна) середня	1175	13	1647	16,9
	Повна загальна середня	5181	57,3	5509	59,4
	Базова вища	1604	17,7	1385	14,2
	Повна вища	855	9,5	606	6,3
Сімейний стан	Одружений/заміжня або живу разом з жінкою/чоловіком	1135	12,5	1337	14,2
	Одружений/заміжня, але маю іншого сексуального партнера/партнерів	110	1,2	158	1,6
	Офіційно не одружений/не заміжня, але живу разом із сексуальним партнером	2993	33,1	2680	27,5
	Одружений/заміжня, не живу разом ні з жінкою/чоловіком, ні з іншим сексуальним партнером	214	2,4	348	3,6
	Неодружений/незаміжня, не живу разом із сексуальним партнером	4600	50,8	4978	53,0
Наявність дітей	Так, проживають зі мною	–	–	1850	19,2
	Так, проживають не зі мною	–	–	2337	25,7
	Немає	–	–	5315	55,2
Місце народження та проживання	Народився в місті проживання	7550	83,5	7960	83,1
	Не живу постійно, приїжджаю час від часу	108	1,2	149	1,6
	Проживає менше року	58	0,6	91	1,1
	Проживає більше року	1324	14,7	1255	13,6
Рід діяльності	Учень/иця школи	281	3,1	5	0,0
	Учень/иця ПТНЗ	–	–	66	0,6
	Студент/ка технікуму	–	–	64	0,6
	Студент/ка ВНЗ	–	–	128	1,4
	Маю постійну роботу	5587	61,8	2222	23,0
	Маю випадкові заробітки	–	–	4406	46,1

	Характеристика	2011		2013	
		N	%	N	%
Джерела доходу	Постійна робота	—	—	2291	24,0
	Непостійна робота/випадкові за-робітки	—	—	4584	48,2
	Допомога батьків або інших родичів	—	—	997	10,4
	Дохід чоловіка/дружини, сексуал. партнера	—	—	329	3,7
	Допомога друзів/знайомих	—	—	140	1,5
	Пенсійні/соціальні виплати	—	—	880	9,9
	Надання сексуальних послуг за винагороду	—	—	34	0,2
	Жебракування	—	—	13	0,3
	Крадіжка	—	—	204	1,5
Розмір доходу	Менше 700 гривень	—	—	953	11,6
	700–1000 гривень	—	—	957	11,6
	1001–1300 гривень	—	—	985	11,3
	1301–2000 гривень	—	—	1997	21,4
	2001–3000 гривень	—	—	2253	22,5
	3001–5000 гривень	—	—	1680	15,9
	Більше 5000 гривень	—	—	656	5,5
<b>Всього СІН</b>		<b>9069</b>		<b>9502</b>	

Розглядаючи віковий розподіл з дезагрегацією за статтю, спостерігаємо, що частка дівчат віком 14–24 роки дещо більша, ніж частка юнаків (табл. 1.2).

**Таблиця 1.2**  
**Розподіл СІН за віком з дезагрегацією за статтю, відсотковий розподіл**

Вік	Чоловіча	Жіночча	Загалом
14–19 років	2,2	3,5	2,5
20–24 роки	10,2	13,2	10,9
25–34 роки	44,1	43,6	44,0
35 років і старше	43,5	39,7	42,6

Зважування масиву даних здебільшого вплинуло на статевий та віковий розподіл, тому аналізу структури за статтю та віком приділено окрему увагу і в таблицях 1.3 та 1.4 подано аналіз розриву між вибірковими та оціночними даними по кожному місту опитування.

**Таблиця 1.3****Розподіл СІН за статтю, абсолютні числа, відсотковий розподіл та довірчі інтервали**

Місто	Стать	2011				2013			
		N	%	оці-ночна частка за RDS	довірчі інтервали за RDS	N	%	оці-ночна частка за RDS	довірчі інтервали за RDS
Сімферополь	Чоловіча	319	63,8	66,8	62,8–70	270	64,8	64,9	59,7–70,3
	Жіноча	181	36,2	33,2	30,0–37,2	131	35,2	35,1	29,7–40,3
Вінниця	Чоловіча	261	74,6	69,9	64,7–74,5	210	82,0	81,8	74,4–88,3
	Жіноча	89	25,4	30,1	25,5–35,3	40	18,0	18,2	11,7–25,6
Луцьк	Чоловіча	288	81,8	81,5	76,9–86,1	274	76,6	76,6	71,5–82,1
	Жіноча	64	18,2	18,5	13,9–23,1	76	23,4	23,4	17,9–28,5
Дніпропетровськ	Чоловіча	348	69,7	72,6	67,1–77,6	372	75,2	76,2	70,6–81,8
	Жіноча	151	30,3	27,4	22,4–32,9	129	24,8	23,8	18,2–29,4
Донецьк	Чоловіча	333	66,5	70,1	64,9–74,3	388	74,0	74,0	68–79,5
	Жіноча	168	33,5	29,9	25,7–35,1	112	26,0	26,0	20,5–32
Житомир	Чоловіча	269	76,9	75,3	70,3–79,6	283	77,1	77,0	71,3–82,2
	Жіноча	81	23,1	24,7	20,4–29,7	67	22,9	23,0	17,8–28,7
Ужгород	Чоловіча	158	79,0	72,6	61,9–83,2	171	85,0	84,4	77,2–90,3
	Жіноча	42	21,0	27,4	16,8–38,1	29	15,0	15,6	9,7–22,8
Запоріжжя	Чоловіча	156	78,0	81,2	74,3–87,6	292	87,1	86,8	80,6–92,0
	Жіноча	44	22,0	18,8	12,4–25,7	58	12,9	13,2	8,0–19,4
Івано-Франківськ	Чоловіча	189	75,6	73,1	66,7–79,2	226	75,7	76,3	70,0–81,6
	Жіноча	61	24,4	26,9	20,8–33,3	74	24,3	23,7	18,4–30
Біла Церква	Чоловіча	245	81,9	77,7	67,4–86,4	238	81,3	82,0	75,2–87,7
	Жіноча	54	18,1	22,3	13,6–32,7	62	18,7	18,0	12,3–24,8
Київ	Чоловіча	410	80,7	70,2	64,0–79,5	370	72,8	72,7	67,4–77,5
	Жіноча	98	19,3	29,8	20,5–36	130	27,2	27,3	22,5–32,6
Кіровоград	Чоловіча	303	86,6	84,1	77,9–90,4	214	89,6	89,5	84,1–94,0
	Жіноча	47	13,4	15,9	9,6–22,2	36	10,4	10,5	6,0–15,9
Луганськ	Чоловіча	182	72,5	62,9	53,2–72,4	231	75,7	75,7	65,6–84,5
	Жіноча	69	27,5	37,1	27,6–46,8	69	24,3	24,3	15,5–34,4
Львів	Чоловіча	189	75,6	71,7	65,0–78,4	285	79,7	80,5	74,8–86,0
	Жіноча	61	24,4	29,3	21,6–35,1	65	20,3	19,5	14,0–25,2
Миколаїв	Чоловіча	361	72,2	75,7	71,6–79,9	395	79	79,3	74,2–84,1
	Жіноча	139	27,8	24,3	20,1–28,4	105	21	20,7	15,9–25,8
Одеса	Чоловіча	383	76,6	76,7	73,1–79,7	328	81	81,1	76,7–85,2
	Жіноча	117	23,4	23,3	20,3–26,9	72	19	18,9	14,8–23,3
Полтава	Чоловіча	220	62,9	62,7	56,5–69,6	197	65,3	64,7	57,6–72,2
	Жіноча	130	37,1	37,3	30,4–43,5	103	34,7	35,3	27,8–42,4
Рівне	Чоловіча	324	92,6	90,8	87,2–93,6	252	83	83,5	78,1–88,4
	Жіноча	26	7,4	9,2	6,4–12,8	48	17	16,5	11,6–21,9
Суми	Чоловіча	255	72,9	65,3	60,5–70,1	261	67,1	67,6	60,2–74,6
	Жіноча	95	27,1	34,7	30,0–39,6	89	32,9	32,4	25,4–39,8
Тернопіль	Чоловіча	156	78,0	78,3	70,0–85,6	184	74	74,2	66,9–80,5
	Жіноча	44	22,0	21,7	14,4–30	66	26	25,8	19,5–33,1
Харків	Чоловіча	261	73,9	73,8	67,5–79,9	259	74,3	73,9	67,7–79,8
	Жіноча	92	26,1	26,2	20,1–32,5	91	25,7	26,1	20,2–32,3
Херсон	Чоловіча	276	78,6	77,8	73,3–82,5	249	82	82,5	76,9–88,1
	Жіноча	75	21,4	22,2	17,5–26,7	51	18	17,5	11,9–23,1
Хмельницький	Чоловіча	272	77,7	75,4	70,4–80,3	233	76,7	76,7	70,3–82,6
	Жіноча	78	22,3	24,6	19,7–29,6	67	23,3	23,3	17,4–29,7

Продовження таблиці 1.3

Місто	Стать	2011				2013			
		N	%	оціночна частка за RDS	довірчі інтервали за RDS	N	%	оціночна частка за RDS	довірчі інтервали за RDS
Черкаси	Чоловіча	198	55,6	51,9	47,5–55,5	276	80	81,2	75–87,2
	Жіноча	158	44,4	48,1	44,5–52,5	74	20	18,8	12,8–25,0
Чернівці	Чоловіча	137	68,5	62,1	55,5–68,6	181	66,4	70,4	61–78,8
	Жіноча	63	31,5	37,9	31,4–44,5	69	33,6	29,6	21,–39,0
Чернігів	Чоловіча	259	74,2	72,9	68,3–77,3	225	70	70,6	64,3–76,8
	Жіноча	90	25,8	27,1	22,7–31,7	75	30	29,4	23,2–35,7
Фастів*	Чоловіча	—	—	—	—	128	87,3	88,1	81,4–93,6
	Жіноча	—	—	—	—	22	12,7	11,9	6,4–18,6
Васильків*	Чоловіча	—	—	—	—	116	72	72,3	63,1–80,5
	Жіноча	—	—	—	—	34	28	27,7	19,5–36,9
Севастополь*	Чоловіча	—	—	—	—	258	73,1	73,2	66,7–79,2
	Жіноча	—	—	—	—	92	26,9	26,8	20,8–33,3

\* Дослідження у 2011 році в цих містах не проводилося.

Таблиця 1.4

Розподіл СІН за віковими групами, абсолютні числа, відсотковий розподіл та довірчі інтервали

Місто	Вік респондента	2011				2013			
		N	%	оціночна частка за RDS	довірчі інтервали за RDS	N	%	оціночна частка за RDS	довірчі інтервали за RDS
Сімферополь	14–19 років	10	2,0	1,3	0,5–2,3	11	2	2	0,8–3,6
	20–24 роки	73	14,6	12,5	9,9–14,9	64	13,5	13,5	9,6–17,2
	25–34 роки	193	38,6	36,5	32,8–41,1	139	35,9	36	30,4–41,1
	35 і старше	224	44,8	49,7	44,8–54,4	187	48,6	48,5	42,9–54,7
Вінниця	14–19 років	10	2,9	5,9	3,0–9,5	7	4	4,1	0,1–10,2
	20–24 роки	36	10,3	12,2	8,8–16,6	23	9,2	9,2	5,5–13,3
	25–34 роки	164	46,9	44,1	38,4–49,1	142	58,6	58,5	50,7–66,1
	35 і старше	140	40,0	37,8	32,6–42,5	78	28,1	28,2	21,2–35,6
Луцьк	14–19 років	1	0,3	—*	—	2	0,6	0,4	0–1,3
	20–24 роки	34	9,7	11,6	7,7–15,6	25	8,3	8,1	4,5–11,8
	25–34 роки	148	42	45,8	39,8–51,6	154	44,7	44,7	38,9–50,9
	35 і старше	169	48	42,6	36,8–48,9	169	46,4	46,7	40,6–52,9
Дніпропетровськ	14–19 років	11	2,2	1,7	0,8–2,9	3	0,2	0,3	0–0,9
	20–24 роки	28	5,6	4,5	2,9–6,6	17	4,2	4,1	2–6,6
	25–34 роки	152	30,5	25,1	20,6–29,8	107	19,8	19,7	15,3–24,7
	35 і старше	308	61,7	68,7	63,3–73,7	374	75,8	75,9	70,7–80,6
Донецьк	14–19 років	17	3,4	4,1	2,3–6,2	18	4,2	4,1	2–6,7
	20–24 роки	50	10	12,7	9,0–16,6	61	12,2	12,1	8,1–16,1
	25–34 роки	250	49,9	48,2	42,9–54,1	227	42,6	42,6	35,5–50,4
	35 і старше	184	36,7	35	29,1–40,7	194	41	41,1	33,4–48,9
Житомир	14–19 років	20	5,7	4,7	2,7–7,2	30	6,9	6,7	3,9–10,1
	20–24 роки	95	27,1	25,9	21,6–30,6	53	12,3	12,4	8,1–16,9
	25–34 роки	188	53,7	57,1	51,5–61,8	159	48,9	48,8	41,8–55,6
	35 і старше	47	13,4	12,4	8,7–16,7	108	32	32,1	26,6–38
Ужгород	14–19 років	5	2,5	2,6	0,8–4,9	9	5	5,2	1,7–9,9
	20–24 роки	51	25,5	32,2	20,3–45,9	46	19,5	19,4	13,4–26,2
	25–34 роки	68	34,0	30,1	21,9–38,1	81	47	47,1	36,4–56,4
	35 і старше	76	38,0	35,1	25,0–45,5	64	28,5	28,4	20,2–36,7

Продовження таблиці 1.4

Місто	Вік респондента	2011				2013			
		N	%	оціночна частка за RDS	довірчі інтервали за RDS	N	%	оціночна частка за RDS	довірчі інтервали за RDS
Запоріжжя	14–19 років	2	1,0	0,5	0,4–1,5	2	0	0,1	0–0,3
	20–24 роки	14	7,0	7,0	2,7–12,1	45	8,3	8,3	4,7–12,2
	25–34 роки	116	58,0	59,5	50,8–67,8	147	44,9	44,8	36,3–54,1
	35 і старше	68	34,0	33,1	25,2–41,2	156	46,9	46,8	37–56,2
Івано-Франківськ	14–19 років	2	0,8	–	–	2	0	0	–
	20–24 роки	45	18,0	18,3	14,1–24,2	36	10	10,1	6–12,9
	25–34 роки	131	52,4	46,6	38,7–54,4	149	54	54	47,7–61,2
	35 і старше	72	28,8	35,2	25,6–44,1	113	36	36	30–42,8
Біла Церква	14–19 років	13	4,3	5,2	1,1–10,5	3	0,7	0,8	0–2,7
	20–24 роки	27	9,0	7,6	4,1–11,1	37	13	13	6,7–19,7
	25–34 роки	139	46,5	47,9	37,5–58,8	165	56,3	56,2	47,3–65,3
	35 і старше	120	40,1	39,3	29,9–50,8	95	30	30	21,7–38,5
Київ	14–19 років	8	1,6	1,4	0,5–2,6	9	1,6	1,7	0,4–3,1
	20–24 роки	95	18,7	17,1	13,1–22	56	9,6	9,7	6,5–13,1
	25–34 роки	307	60,4	64,2	57,8–69,9	277	55,7	55,7	50–61,5
	35 і старше	98	19,3	17,3	12,6–22,2	158	33,1	32,9	27,7–38,3
Кіровоград	14–19 років	10	2,9	2,7	0,9–5,8	7	1,6	1,6	0,4–3,3
	20–24 роки	64	18,3	12,4	8,1–16,8	44	16,4	16,5	11–22,9
	25–34 роки	144	41,1	31,1	25,2–37,1	124	44,8	44,9	35,8–55,9
	35 і старше	132	37,7	53,8	45,4–61,6	75	37,2	37	26,6–46,1
Луганськ	14–19 років	9	3,6	4,5	0,7–4	13	2,7	2,6	1–4,8
	20–24 роки	51	20,3	25,8	16,2–38	26	7,6	7,6	3,9–12,3
	25–34 роки	121	48,2	41,6	32,8–51,6	152	52,5	52,6	40–65,8
	35 і старше	70	27,9	28,1	18,1–36,7	109	37,2	37,2	25,8–49,1
Львів	14–19 років	13	5,2	4,3	1,8–6,9	10	2,6	2,5	0,7–4,7
	20–24 роки	31	12,4	13,5	7,8–19,3	33	7,4	7,4	4,4–10,7
	25–34 роки	93	37,2	33,6	26,7–40,2	75	22,6	22,8	17,3–28,2
	35 і старше	113	45,2	48,6	41,5–56,9	232	67,4	67,3	60,8–73,8
Миколаїв	14–19 років	3	0,6	0,3	0,1–0,7	7	0,8	0,8	0–1,8
	20–24 роки	31	6,2	4,1	2,6–6,2	36	4,8	4,8	3–6,9
	25–34 роки	190	38	37,7	32,5–43	211	45,8	45,8	39,1–51,7
	35 і старше	276	55,2	58,0	52,1–63	246	48,6	48,6	42,8–5,3
Одеса	14–19 років	15	3,0	3,3	1,6–4,9	0	0	0	–
	20–24 роки	76	15,2	14,3	11,1–17,4	44	8,3	8,2	5,1–11,7
	25–34 роки	192	38,4	37,5	33,3–41,9	153	37,8	37,8	32,7–43,4
	35 і старше	217	43,4	44,9	40,1–49,9	203	54	54	48,1–59,8
Полтава	14–19 років	5	1,4	1,9	0,5–4,5	43	15,3	15,3	9,7–22,6
	20–24 роки	50	14,3	16	10,6–21,8	43	16	16,0	11–21,5
	25–34 роки	125	35,7	38,5	32,3–45,3	116	36,3	36,3	28,3–43,5
	35 і старше	170	48,6	43,6	36,2–50,5	98	32,3	32,4	24,6–40,9
Рівне	14–19 років	6	1,7	2,2	0,8–3,8	4	1,7	1,6	0–4,4
	20–24 роки	46	13,1	11,8	8,6–15,7	41	9,3	9,3	6,3–12,5
	25–34 роки	154	44,0	41,8	35,5–48,1	165	52,7	52,7	43,8–62,2
	35 і старше	144	41,1	44,2	37,2–50,9	90	36,3	36,4	26,7–45,8
Суми	14–19 років	10	2,9	3,5	1,4–5,7	29	9,7	9,5	5,7–14,1
	20–24 роки	64	18,3	20,8	16,5–25,3	78	27,4	27,4	21–33,6
	25–34 роки	198	56,6	56,7	51,1–62,4	144	38,7	38,8	32,1–45,6
	35 і старше	78	22,3	18,9	14,9–22,9	99	24,2	24,3	18,3–31

Продовження таблиці 1.4

Місто	Вік респондента	2011				2013			
		N	%	оціночна частка за RDS	довірчі інтервали за RDS	N	%	оціночна частка за RDS	довірчі інтервали за RDS
Тернопіль	14–19 років	15	7,5	4	0,8–8,6	3	0,4	0,3	0–1,5
	20–24 роки	30	15,0	11,7	7,8–18,6	12	4,8	4,8	2,1–8
	25–34 роки	93	46,5	56,8	44,4–65,6	116	46,8	46,7	39–56,3
	35 і старше	62	31,0	27,5	19,2–37,7	119	48	48,2	38,1–56,4
Харків	14–19 років	8	2,3	4,1	0,7–9,4	4	1,1	1,0	0–2,6
	20–24 роки	29	8,2	7,8	4,8–11,3	35	8,6	8,7	4,9–12,9
	25–34 роки	168	47,6	40,6	34,4–46,8	192	48,6	48,5	40,8–57,5
	35 і старше	148	41,9	47,4	40,8–54,2	119	41,7	41,8	32,5–50,1
Херсон	14–19 років	5	1,4	0,8	0,1–1,6	7	2,3	2,3	0,3–5,3
	20–24 роки	37	10,5	10	6,3–13,5	33	10,3	10,3	5,3–15,4
	25–34 роки	168	47,9	45,3	40–50,9	146	40,7	40,7	34,1–48,5
	35 і старше	141	40,2	43,9	38,4–50,1	114	46,7	46,6	38–54,8
Хмельницький	14–19 років	5	1,4	1,6	0,2–3,5	1	0,3	0	–
	20–24 роки	34	9,7	7,6	5–10,7	23	8	8,3	4,2–13,2
	25–34 роки	161	46,0	44,2	38,5–50,2	118	36,7	36,6	29,3–43,4
	35 і старше	150	42,9	46,6	40,4–52,6	158	55	55,2	47,1–63,5
Черкаси	14–19 років	26	7,3	7,7	5,2–10,4	5	0,6	0,6	0,1–1,6
	20–24 роки	70	19,7	21,4	17,4–25,9	27	7,1	7,2	3,9–10,7
	25–34 роки	178	50,0	49,2	44–54,8	129	34	34	27,2–41
	35 і старше	82	23,0	21,7	16,9–25,9	189	58,3	58,2	50,5–66,2
Чернівці	14–19 років	2	1,0	0,5	0,4–1,6	4	0,4	0,4	0–1,1
	20–24 роки	44	22,0	31,2	22,6–42,3	35	10,8	10,7	5,4–16,6
	25–34 роки	118	59,0	56,1	45–64,4	159	66	65,5	58,6–72,6
	35 і старше	36	18,0	12,2	7,8–16,6	52	22,8	23,4	17,3–30,3
Чернігів	14–19 років	12	3,4	4,1	2,2–6,2	6	2,7	2,7	0,7–5,5
	20–24 роки	52	14,9	16,2	11,8–20,5	46	17	16,8	11,1–23,2
	25–34 роки	187	53,6	52,2	46,5–57,9	173	53	52,5	46,2–60,4
	35 і старше	98	28,1	27,6	22,8–32,8	75	27,3	28	20,5–34,2
Фастів**	14–19 років	–	–	–	–	0	0,0	0	–
	20–24 роки	–	–	–	–	21	18	18,1	7,7–27,9
	25–34 роки	–	–	–	–	87	50	49,5	39,3–62,4
	35 і старше	–	–	–	–	42	32	32,4	20,2–45,9
Васильків**	14–19 років	–	–	–	–	11	6,6	6,8	2,9–11,7
	20–24 роки	–	–	–	–	32	19,9	19,8	11,3–28,6
	25–34 роки	–	–	–	–	90	55,6	55,8	42,1–65,7
	35 і старше	–	–	–	–	17	17,9	17,6	8,1–34,3
Севастополь**	14–19 років	–	–	–	–	8	1,7	1,6	0,2–3,3
	20–24 роки	–	–	–	–	44	13,7	13,7	8,5–19,6
	25–34 роки	–	–	–	–	165	39	39,1	33,2–45,9
	35 і старше	–	–	–	–	133	45,6	45,6	38,6–52,4

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

\*\* Дослідження у 2011 році у цих містах не проводилося.

У більшості міст опитані СІН мають середній рівень освіти, за винятком міст Полтава та Дніпропетровськ, де більшість опитаних СІН мають освітній рівень нижче за середнє (табл. 1.5).

Що стосується зайнятості, то більшість тих, хто не працює, опитано у м. Чернігів (72,3%). Переважну більшість опитаних СІН по інших містах становлять ті, хто працює, але переважно це випадкові заробітки. Найбільше учнів/студентів представлено у Сумах та Полтаві (табл. 1.6).

Таблиця 1.5

## Розподіл СН за рівнем освіти у 29 містах опитування, абсолютні числа, відсотковий розподіл

Місто	Нижче середнього рівня (початкова освіта (неповні 9 класів))			Базова (неповна) середня освіта (повних 9 класів)			Середній рівень (повна загальна середня професійно-технічна, незакінчена вища) Вище середнього рівня (базова вища освіта (ВНЗ I-II рівнів акредитації, технікум), повна вища освіта (ВНЗ III-IV рівнів акредитації))					
	N	%	оціночна частка за RDS	довірчі інтервали за RDS	N	%	оціночна частка за RDS	довірчі інтервали за RDS	N	%	оціночна частка за RDS	довірчі інтервали за RDS
Сімферополь	82	17,0	17,3	13,4–21,3	237	59,2	59,4	53,9–64,8	80	23,6	23,0	18,3–28
Вінниця	24	8,6	7,7	4,3–12,8	146	61,7	63,2	55,2–70,6	80	29,7	29,1	21,9–35,5
Луцьк	20	5,0	5,0	2,7–7,8	208	62,7	62,9	56,9–68,6	121	32,1	31,9	26,4–37,8
Дніпропетровськ	274	55,8	56,4	49,8–62,8	194	35,0	34,9	29,1–41,0	33	9,2	8,7	5,0–12,9
Донецьк	98	15,7	15,9	12,1–20,1	281	59,9	59,5	52,7–65,9	120	24,4	24,6	19,2–30,3
Житомир	108	30,1	31,7	25,4–37,5	198	60,3	59,1	53,2–65,4	43	9,4	8,9	5,6–12,6
Ужгород	69	30,9	29,1	21,4–37,1	100	50,9	51,8	43,6–60,9	30	18,2	19,1	11,9–26,8
Запоріжжя	80	22,3	22,3	15,9–28,9	232	68,9	68,9	60,7–76,3	37	8,7	8,7	4,7–13,3
Івано-Франківськ	40	14,6	14,4	9,1–19,7	140	44,8	41,2	33,7–48,6	118	40,6	44,3	36,2–53,4
Біла Церква	35	14,7	14,7	8,9–21,6	176	59,8	59,2	50,5–67,1	89	25,5	26,0	19,2–33,5
Київ	153	25,7	26,2	21,4–30,8	261	55,7	55,1	49,7–60,5	86	18,6	18,7	14,5–23,5
Кіровоград	33	9,3	9,3	5,3–14,4	181	79,0	79,0	72,8–84,7	36	11,7	11,7	7,5–16,2
Луганськ	34	11,6	11,0	5,4–19,5	205	71,9	73,0	62,2–80,4	61	16,4	16,0	11–23,4
Львів	25	7,7	8,0	4,3–12	251	75,9	75,3	70,0–80,8	73	16,4	16,7	12,6–20,6
Миколаїв	146	28,0	28,6	23–33,6	304	60,0	59,4	53,8–66,2	50	12,0	12,0	7,4–17,0
Одеса	85	23,8	24,1	18,7–29,1	196	46,9	46,9	41,3–52,8	119	29,3	29,0	23,8–34,5
Полтава	174	57,2	55,9	46,6–64,7	104	37,4	38,4	29,6–47,8	21	5,3	5,6	2,9–8,7
Рівне	47	13,7	13,8	9,2–17,5	209	71,3	71,6	65,6–78,9	44	15,0	14,6	9,6–19,8
Суми	13	2,1	2,2	1,0–3,7	196	58,2	58,6	51,8–64,7	141	39,7	39,2	32,9–46,1
Тернопіль	22	11,0	11,8	5,5–18,5	183	71,8	71,0	65,2–79,6	44	17,2	17,2	10,9–22,3
Харків	52	12,0	12,3	8,7–16,6	204	63,4	63,7	57,1–70	92	24,2	23,7	18,5–29,1
Херсон	48	16,2	15,6	10,7–21	192	62,9	63,9	56,5–71,3	57	20,8	20,5	14,5–26,8

## МОНІТОРИНГ ПОВЕДІНКИ ТА ПОШИРЕННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ СЕРЦЕ СПОЖИВАЧІВ ІН'ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ ЯК КОМПОНЕНТ ЕПІДНЯГЛЯДУ ЗА ВІЛ ДРУГОГО ПОКОЛІННЯ

**22**

2014

*Продовження табл. 1.5*

**Середній рівень (повна загальна середня професійно-технічна, незакінчена вища) вище середнього рівня (базова вища освіта (ВНЗ I-II рівнів акредитації, технікум), повна вища освіта (ВНЗ III-IV рівнів акредитації))**

Місто	Нижче середнього рівня (початкова освіта (неповних 9 класів))				Базова (неповна) середня освіта (повних 9 класів)			
	N	%	оціночна частка за RDS	довірчі інтервали за RDS	N	%	оціночна частка за RDS	довірчі інтервали за RDS
Хмельницький	15	6,8	6,7	2,8–11,2	157	52,8	52,9	45,9–60,7
Черкаси	17	3,6	3,6	1,5–6,1	173	49,3	48,8	42,7–54,9
Чернівці	123	49,2	47,0	40,1–56,2	91	34,8	36,1	28,7–41,8
Чернігів	1	0,3	0,3	0,0–0,9	276	94,1	94,5	90,8–96,8
Фастів	54	37,7	37,2	25,6–49,7	91	59,6	59,2	46,0–71,4
Васильків	43	34,1	36,3	25,6–45,8	93	59,0	57,5	48,4–68
Севастополь	62	17,8	17,6	13,0–22,6	230	70,2	70,4	64,0–76,7

Таблиця 1.6

## Розподіл СН за зайнятістю у 29 містах опитування, абсолютні числа, відсотковий розподіл

Місто	Учні/студенти (учені/иця школи, учень/иця ПТНЗ, Студент/ка технікуму, студент/ка ВНЗ)				Працюючі (маю постійну роботу, маю випадкові заробітки)				Непрацюючі (безробітний/на, займаючись домашнім господарством, непрацездатний/на (інвалід))			
	N	%	оціночна частка за RDS	довірчі інтервали за RDS	N	%	оціночна частка за RDS	довірчі інтервали за RDS	N	%	оціночна частка за RDS	довірчі інтервали за RDS
Сімферополь	14	2,8	3,1	1,5–5,2	203	53,0	53,3	47,6–58,6	175	42,4	42,1	36,7–47,7
Вінниця	6	3,0	3,1	0,7–6,3	191	79,8	80,8	74,1–86,5	53	17,2	16,1	10,8–22,5
Луцьк	5	1,7	1,4	0,1–3,2	304	89,5	90,2	86,9–93,3	39	8,3	8,2	5,5–11,1
Дніпропетровськ	4	0,7	0,6	0,0–1,5	340	65,4	66,0	59,9–72,0	150	32,8	32,4	26,3–38,3
Донецьк	21	5,2	5,5	3,0–8,5	343	60,8	61,0	53,0–68,8	135	33,9	33,5	25,7–41,7
Житомир	10	2,2	2,3	0,8–4,2	270	81,1	80,7	75,8–85,4	70	16,7	17,0	12,8–21,5
Ужгород	9	2,9	2,8	1,0–5,1	137	67,5	68,4	60,0–76,6	52	27,2	28,1	20,2–36,5
Запоріжжя	5	0,5	0,5	0,1–1,0	260	71,7	71,9	64,0–79,4	79	26,4	26,5	18,9–34,2
Івано-Франківськ	3	1,9	2,0	0,0–5,5	209	64,8	64,9	56,6–71,8	88	33,3	33,2	26,1–41,8
Біла Церква	5	2,3	2,8	0,5–5,7	217	71,9	72,2	64,7–78,8	77	25,4	25,0	18,8–32,3
Київ	5	0,8	0,6	0,1–1,3	345	70,9	71,2	66,2–76,1	137	26,6	27,0	22,0–32,0
Кривоград	5	2,4	2,5	0,3–5,7	200	81,0	81,1	74,7–87,3	44	16,3	16,1	10,4–21,8
Луганськ	5	0,7	0,8	0,1–1,8	262	81,9	80,5	70,0–90,9	32	14,1	14,3	7,0–24,4
Львів	6	1,8	2,1	0,5–3,9	257	73,7	74,5	68,8–80,2	84	23,8	22,6	17,3–28,1
Миколаїв	6	0,8	0,9	0,2–1,7	376	74,4	74,3	68,9–79,7	117	24,6	24,5	19,2–29,9
Одеса	6	1,2	1,3	0,3–2,5	311	76,4	76,1	71,4–80,8	83	22,4	22,6	18,2–27,2
Полтава	30	10,9	10,7	6,2–16,6	150	46,8	46,2	37,9–54,4	119	41,9	43,1	34,6–51,2
Рівне	2	0,3	0,5	0,0–2,4	255	81,1	80,6	74,4–86,1	43	18,5	18,9	13,1–24,9
Суми	48	15,0	14,2	9,3–19,9	238	70,0	70,7	64,5–76,9	64	15,0	15,1	10,7–19,8
Тернопіль	1	0,6	0,6	0,0–2,0	139	60,9	60,6	52,1–68,5	110	38,5	38,8	31,1–47,1
Харків	12	3,1	3,0	1,0–5,6	268	72,6	72,4	64,6–80,7	70	24,4	24,5	16,5–32,7
Херсон	16	6,3	7,4	3,4–12,1	213	69,7	68,1	60,0–75,4	70	23,7	24,0	17,0–31,7

Продовження таблиці 1.6

Місто	Учні/студенти (учені/иця школи, учень/иця ПТНЗ, Студентка технікуму, студент/ка ВНЗ)				Працюючі (маю постійну роботу, маю випадкові заробітки)				Непрацюючі (безробітний/на, займаються домашнім господарством, непрацездатний/на (інвалід))			
	N	%	оціночна частка за RDS	довірчі інтервали за RDS	N	%	оціночна частка за RDS	довірчі інтервали за RDS	N	%	оціночна частка за RDS	довірчі інтервали за RDS
Хмельницький	3	1,0	1,1	0,0–2,7	207	69,0	69,8	62,9–76,9	87	28,6	29,1	21,9–36,1
Черкаси	2	0,4	0,6	0,0–2,1	244	71,4	71,8	65,6–77,8	94	23,6	23,0	17,4–29,2
Чернівці	4	0,7	0,5	0,0–1,2	162	67,1	66,9	60,0–73,5	84	32,2	32,6	26,1–39,3
Чернігів	1	0,7	1,1	0,0–3,6	84	27,0	27,1	21,7–33,1	215	72,3	71,7	65,6–77,5
Фастів	3	1,6	1,5	0,0–3,8	97	73,0	74,6	62,9–84,0	49	25,0	23,9	14,8–35,1
Васильків	12	6,8	5,2	1,5–9,4	76	51,0	52,3	40,4–61,0	61	41,8	42,1	34,0–53,8
Севастополь	14	3,6	4,0	1,5–7,3	270	75,4	75,3	68,9–81,3	66	21,0	20,7	15,2–26,7

Переважна більшість опитаних СІН по всіх містах є корінними мешканцями міста, де були опитані (табл. 1.1.7).

Таблиця 1.7

**Розподіл СН за місцем проживання у 29 містах опитування, абсолютні числа, відсотковий розподіл**

Місто	Тут народився(лас) і живу				Не живу постійно, але проводжу більшість свого часу в цьому місті				Менше 1 року				Живу більше 1 року			
	N	%	оціночна частка за RDS	довірчі інтервали за RDS	N	%	оціночна частка за RDS	довірчі інтервали за RDS	N	%	оціночна частка за RDS	довірчі інтервали за RDS	N	%	оціночна частка за RDS	довірчі інтервали за RDS
Сімферополь	329	82	81,9	77,2–86,1	11	3,0	3,0	1,3–4,9	1	0,2	0,3	0,0–1,2	55	13,7	13,8	10,0–18,2
Вінниця	203	85,2	84,8	78,8–89,6	2	0,8	0,9	0,0–2,3	2	0,4	0,4	0,0–1,1	41	13,2	13,4	8,9–19,3
Луцьк	275	79,7	79,3	74,2–83,8	13	2,9	3,0	1,3–5,2	2	0,6	0,5	0,0–1,6	59	16,9	17,1	12,7–22
Дніпропетровськ	423	81,7	81,8	76,7–86,1	7	2,2	2,4	0,7–4,4	4	0,8	0,8	0,0–2,0	66	15,1	14,7	10,5–19,5
Донецьк	478	95,4	95,5	92,7–97,8	2	0,2	0,3	0,0–0,9	3	0,8	0,7	0,0–1,7	17	3,6	3,5	1,4–6,2
Житомир	318	91,7	91,1	86,5–94,7	5	0,9	1,1	0,3–2,2	2	0,3	0,5	0,0–1,4	24	6,6	6,7	3,5–10,7
Ужгород	176	88,5	87,4	80,5–93,2	7	3,5	3,9	1,2–7,3	4	1,5	1,4	0,3–2,9	11	6,0	6,5	2,5–11,1
Запоріжжя	285	75,9	76,0	68,2–83,5	5	1,1	1,2	0,1–2,9	8	3,4	3,3	0,9–6,4	46	15,5	15,4	9,6–21,7
Івано-Франківськ	233	76,0	75,0	67,2–82,6	14	3,3	3,7	1,7–6,0	4	3,7	3,9	0,2–8,4	48	16,3	16,8	10,5–23,7
Біла Церква	232	75,6	75,0	66,2–81,8	9	4,7	4,8	1,5–8,5	0	0,0	0,0	—	57	19,4	19,9	14,1–28,5
Київ	448	91,2	91,1	88,2–93,7	8	1,8	1,8	0,6–3,5	2	0,2	0,2	0,0–0,6	39	6,2	6,2	4,1–8,5
Кіровоград	226	91,6	91,7	87,2–95,5	1	0,4	0,3	0–0,9	1	0,0	0,1	0,0–0,3	20	7,6	7,8	4,0–12,3
Луганськ	272	91,7	91,4	86,1–95,2	2	0,3	0,3	0–0,8	0	0,0	0,0	—	24	7,3	7,5	3,8–12,8
Львів	341	98,0	97,9	96,0–99,4	0	0,0	0,0	—	2	0,6	0,6	0,0–1,5	7	1,4	1,5	0,3–3,2
Миколаїв	416	80,4	80,2	75,2–84,9	4	0,6	0,6	0,1–1,3	4	0,8	0,9	0,1–2,1	71	17,4	17,6	12,8–22,7
Одеса	349	87,3	87,4	83,6–90,9	6	1,3	1,4	0,4–2,5	2	0,8	0,7	0,0–2,0	43	10,8	10,6	7,5–13,9
Полтава	212	64,7	63,3	55,5–71,7	3	1,7	2,1	0,0–5,8	10	3,3	3,6	1,1–6,4	70	28,0	28,8	21,4–35,9
Рівне	231	77,9	77,8	71,0–83,7	2	0,7	0,7	0,0–2,3	4	0,7	0,7	0,0–1,9	63	20,7	20,8	15,1–27,4
Суми	297	87,1	87,0	82,7–90,8	1	0,0	0,1	0,0–0,9	3	0,9	0,8	0,0–1,9	49	12,0	12,0	8,4–16,4
Тернопіль	203	82,5	82,8	76,6–88,3	9	3,6	3,6	1,0–7,0	2	0,8	0,6	0,0–1,9	36	13,1	13,0	8,0–18,8
Харків	310	91,7	92,0	88,4–94,9	5	0,9	0,8	0,1–2,0	7	1,1	0,8	0,1–1,7	27	6,3	6,3	3,7–9,5

## МОНІТОРИНГ ПОВЕДІНКИ ТА ПОШИРЕННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ СЕРЦЕ СПОЖИВАЧІВ ІН'ЄСІЙНИХ НАРКОТИКІВ ЯК КОМПОНЕНТ ЕПІДНЯГЛЯДУ ЗА ВІЛ ДРУГОГО ПОКОЛІННЯ

26

2014

*Продовження таблиці 1.7*

Місто	Тут народився(лась) і живу			Не живу постійно, але проводжу більшість свого часу в цьому місті			Менше 1 року			Живу більше 1 року		
	N	%	оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	N	%	оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	N	%	оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS
Харків	211	68,3	67,8	60,8–76,0	12	4,3	5,3	2,0–9,0	10	5,0	4,9	1,9–9,2
Хмельницький	255	86,3	85,9	80,5–90,5	1	0,7	0,6	0,0–2,1	3	1,7	1,7	0,0–4,4
Черкаси	259	70,5	69,8	63,1–76,5	14	5,7	6,3	2,4–10	0	0,0	0	—
Чернівці	226	89,6	89,4	84,3–93,9	0	0,0	0,0	—	2	0,4	0,2	0,0–0,8
Чернігів	242	82,3	83,0	77,7–87,3	0	0,0	0,0	—	0	0,0	0,0	—
Фастів	111	66,7	67,3	55,7–78,3	2	0,7	0,7	0,0–1,9	4	8,7	7,5	0,0–20,3
Васильків	129	82,7	84,8	75,7–92,1	4	2,7	1,5	0,0–5,5	1	0,7	—	—*
Севастополь	270	72,9	72,4	65,6–78,7	0	0,0	0,0	—	4	1,4	1,4	0,0–3,9
									76	25,7	26,2	20,0–33,0

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

Більшість респондентів (56%) за останні три місяці проживали у власному помешканні, близько третини (31%) – у помешканні родичів/друзів, за яку не сплачували оренду (табл. 1.8).

### Таблиця 1.8

**Розподіл СІН за постійним місцем проживання за останні 3 місяці (90 днів) з дезагрегацією за статтю, відсотковий розподіл**

	Чоловіча	Жіноча	Загалом
У власному помешканні	55,8	55,7	55,8
У помешканні родичів/друзів (не сплачує оренду)	31,2	29,9	30,9
В орендованому помешканні (наймаю один/на або з кимось)	8,4	11,9	9,2
Де прийдеться (часта зміна місця проживання)	2,6	1,3	2,3
На вулиці, в покинутих помешканнях, на вокзалах(безпритульний/а)	0,6	0,4	0,5

Основним джерелом доходів є непостійна робота/випадкові заробітки (більшою мірою серед чоловіків, ніж жінок – відповідно 53 та 34%), кожний четвертий живе за рахунок допомоги батьків (серед чоловіків – кожний десятий, серед жінок – кожна сьома). Кожний десятий живе за рахунок пенсійних або соціальних виплат, особливо це стосується жінок, які в тому числі отримують допомогу по догляду за дитиною (табл. 1.9).

### Таблиця 1.9

**Розподіл СІН за основним джерелом доходів з дезагрегацією за статтю, відсотковий розподіл**

	Чоловіча	Жіноча	Загалом
Постійна робота	24,5	22,2	24,0
Непостійна робота/випадкові заробітки	52,7	33,5	48,2
Допомога батьків або інших родичів	9,1	14,8	10,4
Дохід чоловіка/дружини, сексуального партнера	1,2	11,9	3,7
Допомога друзів/знайомих	1,5	1,4	1,5
Пенсійні або соціальні виплати, соціальна допомога	8,5	14,3	9,9
Надання сексуальних послуг на комерційній основі	0,0	0,8	0,2
Жебракування	0,3	0,1	0,3
Крадіжка	1,9	0,4	1,5

Найбільше опитаних (70–73%), які проживають за рахунок випадкових заробітків, у Рівному та Чернівцях. Дещо менше таких (60–67%) серед опитаних мешканців Одеси, Запоріжжя, Житомира та Ужгорода) (табл. 1.10).

Кожен третій опитаний СІН має досвід перебування в місцях позбавлення волі, термін ув'язнення – від трьох до п'яти років (табл. 1.11).

Отримані дані щодо кількості знайомих, які вживали наркотики ін'єкційним шляхом протягом останніх 30 днів, демонструють, що більшість СІН мають невелику мережу знайомих, а саме до п'яти осіб, незалежно від статі. Порівнюючи з даними минулого опитування, констатуємо, що цей показник збільшився у 2,5 раза (18% у 2011 році проти 45% у 2013 році). Про те, що вони знають більш ніж 21 інших споживачів ін'єкційних наркотиків, зазначили лише 8%, тоді як цей показник у 2011 році становив 27% (табл. 1.12).

**Таблиця 1.10**  
**Розподіл СІН за джерелом доходів у 29 містах опитування, абсолютні числа, %**

Місто	Постійна та не-постійна робота/випадкові заробітки		Допомога батьків або інших родичів; дохід чоловіка/дружини, сексуального партнера; допомога друзів/ знайомих		Пенсійні або соціальні виплати, соціальна допомога		Жебракування, крадіжка	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Сімферополь	162	46,0	86	21,3	70	16,1	66	13,9
Вінниця	181	76,8	32	12,0	34	10,2	2	1,0
Луцьк	291	85,8	45	11,2	13	2,9	1	0,1
Дніпропетровськ	367	71,6	48	10,4	70	13,7	16	4,3
Донецьк	343	61,3	92	21,4	59	16,4	3	0,5
Житомир	272	80,7	61	15,6	15	3,3	2	0,5
Ужгород	167	86,1	30	12,7	3	1,2	0	0,0
Запоріжжя	284	81,0	22	7,5	29	9,4	11	0,9
Івано-Франківськ	201	63,4	56	22,3	40	14,0	1	0,0
Біла Церква	240	82,4	38	10,7	18	6,0	1	0,1
Київ	379	80,0	55	12,1	25	4,1	33	2,8
Кіровоград	211	85,5	29	10,6	10	3,9	0	0,0
Луганськ	255	79,8	34	12,7	11	7,5	0	0,0
Львів	264	74,9	21	4,9	61	19,3	1	0,0
Миколаїв	370	74,8	56	10,3	70	14,5	2	0,2
Одеса	343	84,1	24	7,3	31	8,3	1	0,2
Полтава	202	64,2	61	22,1	26	10,5	8	2,1
Рівне	254	81,3	31	11,9	14	6,0	1	0,8
Суми	213	56,8	123	39,2	14	4,0	0	0,0
Тернопіль	141	59,8	55	20,0	34	14,7	15	4,5
Харків	279	74,6	43	15,9	12	3,5	15	5,7
Херсон	227	75,3	30	9,5	41	13,7	1	1,0
Хмельницький	219	72,9	17	7,6	62	19,4	2	0,1
Черкаси	263	75,9	42	11,2	40	12,3	1	0,3
Чернівці	197	82,9	31	9,1	20	7,0	1	0,3
Чернігів	106	34,5	172	55,4	15	8,4	7	1,6
Фастів	103	73,2	21	14,0	19	8,9	6	3,2
Васильків	82	52,4	51	34,0	3	5,1	11	7,0
Севастополь	259	74,3	60	13,9	21	10,5	9	1,2

**Таблиця 1.11****Наявність досвіду та тривалість перебування в місцях позбавлення волі, %**

Перебували в місцях позбавлення волі	33,8
Серед них:	
Від 1 міс. до 1 року включно	4,3
Від 1 року до 2 років	7,1
Від 3 до 5 років	17,6
Більше 5 років	4,0
Немає відповіді	0,7
Не перебували в місцях позбавлення волі	66,2

**Таблиця 1.12****Кількість знайомих СІН (знають ім'я один одного), які вживали наркотики ін'єкційним шляхом протягом останніх 30 днів\*, %**

Кількість	Чоловіки	Жінки	Серед усіх
1–5 осіб	45,3	45,8	45,4
6–10 осіб	29,9	32,6	30,5
11–20 осіб	17,0	15,0	16,5
21 особа та більше	7,8	6,6	7,6

\*Різниця за статтю значуча  $p<0,01$ .

## РЕЗЮМЕ

- Популяція СІН у статевому розрізі представлена більшою мірою чоловіками. Порівняно з минулою хвилею опитування спостерігається зменшення частки жінок. Найбільш наповненою віковою групою є СІН старше 25 років – 86,6%. Популяція тих, кому 14–19 років та які є доступними для дослідження, також залишається стабільною. Дещо зменшується популяція тих СІН, кому 20–24 роки.
- Більшу частку (27,5%) складають респонденти, які офіційно не одруженні/не заміжні, але живуть разом із сексуальним партнером. Кожний п'ятий з опитаних має дітей, з якими проживає разом (серед жінок таких 36,9%, серед чоловіків – 13,7%).
- Відсоток СІН, які працюють, становить 69%, проте з них 46,1% мають лише випадкові заробітки. Кожний четвертий живе за рахунок допомоги батьків.
- Частка учнів/студентів залишається на рівні минулого опитування (3%).
- Більшість респондентів (56%) за останні три місяці проживала у власному помешканні, близько третини (31%) – у помешканні родичів/друзів, за яку не сплачували оренди.
- Кожен третій опитаний СІН має досвід перебування в місцях позбавлення волі.

## РОЗДІЛ 2. ПРАКТИКА ВЖИВАННЯ НАРКОТИКІВ ІН'ЄКЦІЙНИМ ШЛЯХОМ

У розділі наведено дані щодо практики вживання наркотичних речовин ін'єкційних шляхом. Особливу увагу приділено видам наркотиків, які вживають респонденти, частоті їх вживання та подається інформація про масштаби поширеності ризикованиї ін'єкційної поведінки, яка може привести до інфікування ВІЛ.

Надані регіональні показники щодо вживання наркотичних речовин дозволяють оцінити поширеність окремих характеристик щодо вживання наркотиків залежно від міста дослідження. Динаміка показників представлена на основі даних подібних досліджень, що проводилися в Україні з 2008 року.

### 2.1. ІНІЦІАЦІЯ ВЖИВАННЯ ІН'ЄКЦІЙНИХ ТА НЕІН'ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ

Отримані результати свідчать, що більшість СІН починають вживання наркотичних речовин із неін'єкційних наркотиків та поступово переходять до ін'єкційного вживання. Про початок вживання наркотиків одразу з ін'єкційних наркотиків повідомили 6% СІН, які зазначили, що почали вживати їх раніше, ніж неін'єкційні, та 9% СІН, які взагалі не мали практики вживання неін'єкційних наркотиків.

Середній вік початку вживання наркотичних речовин неін'єкційним шляхом серед СІН складає 19 років. У середньому через рік після початку вживання неін'єкційних наркотиків відбувається перехід до ін'єкційного вживання – середній вік початку вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом становить 20,4 року. Порівняно з попередніми роками показники середнього віку вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом практично не змінилися, але спостерігається зменшення віку ініціації вживання наркотиків у послідовних вікових когортах (див. табл. 2.1.1).

Середній стаж вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом становить 13,57 року, що свідчить про поступове старіння популяції СІН в Україні: у 2011 році середній стаж становив 12,5 року. Стаж вживання ін'єкційних наркотиків до 3-х років мають близько 8% опитаних СІН, у 2011 році частка таких СІН складала 9%, у 2008/2009 роках – 13,7%, що є ще одним свідченням зменшення темпу приросту групи СІН та старіння популяції в цілому.

Майже 60% опитаних СІН мають стаж вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, який перевищує 10 років. Аналіз даних залежно від соціально-демографічних характеристик традиційно виявив статистично значущий зв'язок між віком та стажем вживанням (див. табл. 2.1.2).

**Таблиця 2.1.1****Середні показники ініціації вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом, кількість років**

Характеристика	2008/2009 р.	2011 р.	2013 р.
Загальний показник	20,2	20,6	20,4
<b>Залежно від статі</b>			
Чоловіки	20,1	20,6	20,4
Жінки	20,6	20,8	20,5
<b>Залежно від віку</b>			
14–19 років	16,0	16,2	16,5
20–24 роки	18,0	18,5	18,0
25–34 роки	19,6	19,8	19,3
35 років та старше	22,2	22,7	22,3
<b>Залежно від типу наркотиків, які вживали за останні 30 днів</b>			
Вживали тільки опіоїдні наркотики	—*	21,0	20,9
Вживали тільки наркотики-стимулятори	—*	21,2	20,8
Практикували змішане вживання (опіати та стимулятори)	—*	19,2	18,2

\* Через наявність різних за формулуванням запитань щодо видів наркотиків, які вживали СІН, в інструментарії 2008 та 2009 років, об'єднаний масив не містить даних для формування груп СІН залежно від типів наркотиків.

Наведені дані засвідчують, що залежно від статі помітні статистично значущі відмінності: серед чоловіків значно більша частка тих, хто має стаж вживання більше 10 років у порівнянні з жінками. Залежно від типів наркотиків, що вживаються, також існують статистично значущі відмінності щодо стажу вживання наркотичних речовин: серед споживачів опіатів значно більша частка тих, хто вже має практику вживання наркотиків протягом 11 років та більше. Такий аналіз дозволяє побачити, що значний приріст нових споживачів ін'єкційних наркотиків відбувається саме за рахунок жінок-СІН та споживачів наркотиків-стимуляторів.

Аналіз кумулятивного стажу вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом є досить показовим та засвідчує, що значна частка СІН має тривалий стаж вживання: 50% СІН вживають наркотики ін'єкційним шляхом вже протягом 13-ти або більше років, 80% СІН – протягом 5-ти років або більше (див. рис. 2.1.1).

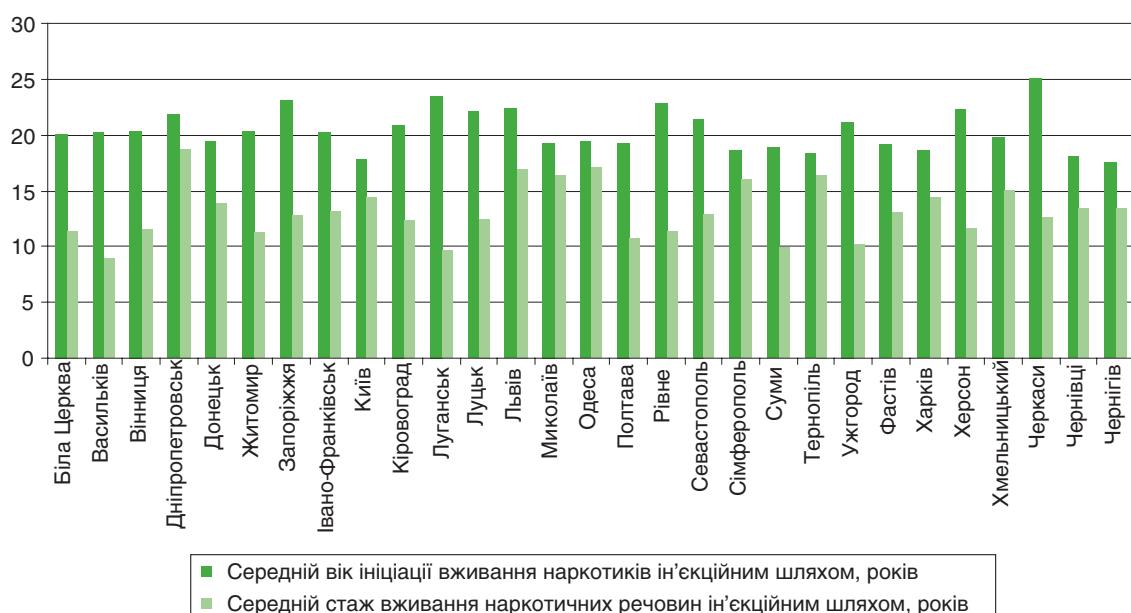
**Рис. 2.1.1. Стаж вживання наркотиків ін'єкційним шляхом,%**

**Таблиця 2.1.2**  
**Стаж вживання наркотиків ін'єкційним шляхом залежно від статі, віку та типу наркотичних речовин, % (N=9372)**

	Стаж вживання			
	до 3-х років	3–5 років	6–10 років	11 років і більше
<b>Загальний показник</b>	<b>7,7</b>	<b>12,8</b>	<b>19,7</b>	<b>59,8</b>
<b>Залежно від статі (<math>r=0,753</math>, <math>p&lt;0,001</math>)*</b>				
Чоловіки	7,3	11,7	19,5	61,5
Жінки	9,0	16,1	20,5	54,4
<b>Залежно від віку (<math>p&lt;0,001</math>)</b>				
14–19 років	79,6	17,8	2,7	0,0
20–24 роки	21,3	48,6	29,6	0,5
25–34 роки	4,7	11,8	32,3	51,2
35 років та старше	3,2	4,2	5,2	87,4
<b>Залежно від типу наркотиків, які вживали за останні 30 днів (<math>p&lt;0,001</math>)</b>				
Вживали тільки опіоїдні наркотики	6,5	11,7	17,4	64,5
Вживали тільки наркотики-стимулятори	16,9	21,1	23,9	38,1
Практикували змішане вживання (опіати та стимулятори)	6,3	11,6	24,2	57,9

\* Коефіцієнт кореляції Пірсона розрахований між кількісними шкалами змінних віку та стажу вживання ін'єкційних наркотиків.

Середній стаж вживання наркотичних речовин залежно від регіонів дослідження представлений на рис. 2.1.2.



**Рис. 2.1.2. Середній вік початку вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом та середній стаж вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом, за містами опитування, кількість років (N=9372)**

Наведений аналіз по містах свідчить, що СІН із м. Черкаси характеризуються найбільшим середнім віком початку вживання наркотичних речовин. Схожі показники щодо середнього віку початку вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом існують також у містах Дніпропетровськ, Запоріжжя, Луганськ, Луцьк, Львів, Рівне, Севастополь, Херсон. Найнижчий середній вік входження до групи СІН зафікований у Києві, Чернівцях та Чернігові.

## 2.2. ВІДИ НАРКОТИЧНИХ РЕЧОВИН

Вживання опіоїдних наркотиків ін'єкційним шляхом, переважно екстракту опію в рідкому стані, у більшій мірі характерно для опитаних СІН, ніж вживання стимуляторів. Разом з тим спостерігається поступове зростання показників вживання наркотиків-стимуляторів, поява та швидке поширення нових видів наркотиків, таких як дезоморфін, «сіль»<sup>5</sup>, інших комбінацій наркотичних речовин на основі аптечних препаратів (див. табл. 2.2.1).

Отримані результати свідчать, що при збільшенні періоду, за який збирається інформація (від 30 днів до 12 місяців), частка споживачів дезоморфіну збільшується з 7,5 до 10,4%, частка споживачів екстракту опію – з 79,1 до 83,4%, метамфетаміну у вигляді розчину – з 20,6 до 29,1%. Варто зазначити, що за період в 30 днів представлена інформація щодо наркотичних речовин, які вживалися виключно ін'єкційним шляхом, а за 12 місяців збиралася інформація про види наркотиків, що вживалися як ін'єкційним, так і неін'єкційним шляхом. Зважаючи на це, збільшення показників вживання таких наркотичних речовин, як амфетамін, трамадол, метамфетамін у вигляді порошку, може бути пов'язано не лише із збільшенням періоду, за який збиралася інформація, й з можливістю вживання таких наркотиків неін'єкційним шляхом.

<sup>5</sup> Найчастіше до складу входять такі катіони, як метілендиоксипровалерон, метилон та мефедрон.

**Таблиця 2.2.1**  
**Види наркотичних речовин, які вживали протягом останніх 30 днів та останніх 12 місяців, % (N=9502)**

Тип наркотику	За останні 30 днів (ін'єкційним шляхом)						За останні 12 місяців (ін'єкційним та не-ін'єкційним шляхом)		
	Серед усіх	Стать	р-знача	р-value	14–19 років	20–24 роки	25–34 роки	35 років і старше	p-value
<b>Опіати</b>									
Дезоморфін («крокодил», «електроширка»)	7,5	7,8	6,5	<0,020	8,1	8,3	9,8	4,9	<0,001
Трамадол/трамал	1,4	1,4	1,6	0,242	2,1	1,2	1,9	1,0	<0,002
Героїн	4,7	5,0	3,6	<0,002	3,8	4,1	6,1	3,4	<0,001
Екстракт опію в рідкому стані (ширка, чорна)	79,1	79,8	79,6	<0,001	55,7	62,2	78,7	85,3	<0,001
Вуличний метадон	9,3	9,4	8,9	0,259	9,4	9,2	10,2	8,3	<0,032
Вуличний бупренорфін	3,3	3,6	2,6	<0,013	1,3	3,2	3,9	2,8	<0,011
Інше, що саме – вкажіть	0,5	0,5	0,4	0,356	0,4	0,4	0,5	0,5	0,974
<b>Стимулятори</b>									
Амфетамін	5,9	6,0	5,5	0,245	16,6	11,6	6,5	3,1	<0,001
Метамфетамін у вигляді порошку (кристалічний)	0,8	0,9	0,3	<0,002	1,3	0,7	1,2	0,3	<0,001
Метамфетамін у вигляді розчину	20,6	19,4	24,7	<0,001	32,3	36,4	22,1	14,4	<0,001
Меткатіон	0,7	0,7	0,8	0,359	2,1	2,1	0,6	0,3	<0,001
Катілон	1,0	1,0	1,2	0,225	3,0	1,5	1,1	0,7	<0,001
«Сіль для ванн»	0,9	1,0	0,6	<0,052	1,3	1,7	0,9	0,6	<0,009
Аптечні наркотики (трапікамід, риназолін, капіспол, кетамін)	5,1	5,0	5,7	<0,090	12,8	6,6	5,6	3,9	<0,001
Інше, що саме – вкажіть	0,1	0,1	0,0	0,227	0,0	0,0	0,0	0,2	<0,069
									0,2

У таблиці 2.2.2 наведено дані щодо динаміки ін'єкційної наркосцени 2011–2013 років.<sup>6</sup>

**Таблиця 2.2.2**

**Динаміка наркосцени за основними типами наркотиків, які вживають ін'єкційним шляхом, залежно від статі, віку та стажу вживання наркотичних речовин, 2011–2013 роки, %**

Характеристика	2011			2013		
	тільки опіати	тільки стимулятори	змішане вживання (опіати та стимулятори)	тільки опіати	тільки стимулятори	змішане вживання (опіати та стимулятори)
<i>Стать респондента</i>	<i>p&lt;0,001</i>			<i>p&lt;0,001</i>		
Чоловіча	63,7	15,6	20,0	65,1	11,1	23,0
Жіночча	58,5	20,2	20,6	60,4	16,4	22,6
<i>Вік респондента</i>	<i>p&lt;0,001</i>			<i>p&lt;0,001</i>		
14–19 років	38,8	36,0	24,4	42,1	32,8	24,7
20–24 роки	42,8	30,1	25,6	42,8	27,0	30,0
25–34 роки	61,4	16,8	20,8	61,6	11,4	26,2
35 років та старше	71,8	10,8	17,1	73,1	8,3	17,5
<i>Стаж вживання</i>	<i>p&lt;0,001</i>			<i>p&lt;0,001</i>		
До 3 років	52,1	29,9	16,0	54,0	27,1	18,8
3–5 років	56,9	20,8	21,6	58,5	20,4	21,0
6–10 років	58,1	16,7	24,0	56,2	14,9	28,3
11 років та більше	69,5	9,9	20,4	68,8	7,8	22,3
Серед усіх	62,3	16,9	20,2	64,0	12,3	22,9

П'ята частина СІН практикує змішане вживання наркотичних речовин, тобто має досвід вживання як опіоїдних наркотиків, так і наркотиків-стимуляторів за останні 30 днів, що може бути пов'язано із доступністю наркотичних речовин у місті. Для нівелювання фактора доступності наркотичних речовин у певні періоди року було також зібрано інформацію щодо виду наркотику, який опитувані вважають основним для себе. Найбільш поширені види наркотиків, які були визначені як основні, представлені в табл. 2.2.3.

Представлені дані дозволяють виявити певний соціально-демографічний портрет СІН залежно від наркотичних речовин, які вони вважають основними для себе:

- екстракт опію є основним наркотиком для більшості СІН незалежно від статі, але простежується певна залежність від віку та стажу вживання наркотичних речовин – СІН у віці від 25 років та ті, що вживають наркотики ін'єкційним шляхом більше 3-х років, частіше за інших обирають для себе екстракт опію як основний наркотик;
- частка тих, хто обирає для себе метамфетамін основним, більша серед молодшої групи та жінок;

<sup>6</sup> Дані за 2008/2009 роки не надаються через наявність різних за формуллюванням запитань щодо видів наркотиків, які вживали СІН, в інструментарії 2008 та 2009 років, об'єднаний масив не містить даних для формування груп СІН залежно від типів наркотиків.

- серед споживачів дезоморфіну більше СІН у віці до 34 років, після 35 років їх частка є суттєво меншою;
- серед СІН, що мають відносно нетривалий стаж вживання (до 3-х років), більша частка споживачів героїну;
- амфетамін є більш популярним саме серед підліткової групи СІН (14–19 років).

**Таблиця 2.2.3****Основні види наркотиків для СІН залежно від статі, віку, стажу вживання наркотичних речовин , %<sup>7</sup>**

Характеристика	Екстракт опію	Метамфетамін у вигляді розчину	Дезоморфін	Героїн	Амфетамін
<i>Стать респондента</i>	<i>p&lt;0,001</i>				
Чоловіча	75,1	11,7	4,0	1,7	2,4
Жіноча	72,1	17,2	2,5	1,0	2,6
<i>Вік респондента</i>	<i>p&lt;0,001</i>				
14–19 років	53,2	23,0	5,5	0,9	11,5
20–24 роки	55,7	26,9	4,9	1,4	6,4
25–34 роки	72,3	13,0	5,0	2,1	2,3
35 років та старше	82,7	8,9	1,8	1,0	0,9
<i>Стаж вживання</i>	<i>p&lt;0,001</i>				
До 3-х років	59,5	21,6	2,6	2,6	8,3
3–5 років	67,4	18,0	3,5	1,4	5,0
6–10 років	68,3	16,8	5,5	1,9	2,4
11 років та більше	79,9	9,7	3,1	1,2	1,0
Серед усіх	74,4	13,0	3,6	1,5	2,4

Аналіз за містами опитування та аналіз динаміки вживання опіоїдних наркотичних речовин і наркотиків-стимуляторів ін'єкційним шляхом за останні 30 днів представліні в табл. 2.2.4 і 2.2.5.

<sup>7</sup> У таблиці подані дані щодо наркотичних речовин, які були названі основним наркотиком більше ніж 1% респондентів.

Таблиця 2.2.4

Споживання опіатів протягом останніх 30 днів, 2008/2009–2013 роки, %

Міста	2008/2009 роки		2011 рік		2013 рік	
	%	довірчі інтервали	%	довірчі інтервали	%	довірчі інтервали
Сімферополь	95,2	92,0–98,5	81,4	77,4–84,5	91,0	88,0–93,8
Севастополь	—*	—*	—*	—*	66,7	59,8–73,0
Вінниця	45,1	36,9–54,6	76,9	72,0–80,8	78,6	71,2–85,8
Луцьк	84,9	79,3–90,4	93,7	90,4–96,8	92,3	87,3–96,4
Дніпропетровськ	88,0	83,6–92,4	63,4	56,9–69,8	75,8	70,0–81,2
Донецьк	56,8	50,1–63,6	67,1	61,8–72,5	71,7	64,9–78,4
Житомир	99,6	99,2–99,9	89,9	87,8–94,4	95,6	92,8–98,0
Ужгород	84,1	74,4–92,9	73,2	59,9–84,9	79,9	72,8–86,8
Запоріжжя	74,5	67,8–82,9	82,0	75,8–87,9	68,1	59,6–76,3
Івано-Франківськ	82,2	77,9–87,2	84,6	79,4–89,5	92,4	87,9–96,2
Київ	66,8	64,8–68,8	63,0	56,2–69,5	94,2	91,1–96,4
Біла Церква	—*	—*	91,9	87,1–96,0	96,7	94,1–98,7
Фастів	—*	—*	—*	—*	100	—*
Васильків	—*	—*	—*	—*	98,0	94,7–100
Кіровоград	69,5	63,0–75,7	74,0	66,4–81,7	86,7	80,3–92,4
Луганськ	91,2	86,1–96,0	84,0	76,8–90,1	81,2	73,6–87,0
Львів	95,2	91,6–99,4	90,7	85,5–95,9	98,2	95,4–100
Миколаїв	96,4	94,2–98,6	97,3	94,6–99,4	99,4	98,6–100
Одеса	75,0	69,7–79,7	89,4	86,4–92,4	90,5	87,0–93,6
Полтава	72,4	63,8–82,5	68,7	61,3–76,3	80,4	73,3–88,0
Рівне	90,1	86,0–93,6	91,4	86,8–95,3	99,7	99,5–100
Суми	70,4	60,8–77,9	64,6	58,8–70,3	70,5	62,9–77,5
Тернопіль	88,7	73,1–97,2	93,2	89,1–96,6	78,1	68,9–85,6
Харків	37,4	30,2–45,0	87,2	83,2–90,9	94,8	90,4–98,3
Херсон	94,7	91,7–97,1	98,7	97,4–99,8	93,2	87,0–97,8
Хмельницький	74,6	63,7–82,1	88,7	84,2–92,9	88,1	82,5–93,5
Черкаси	98,0	97,4–100	98,0	96,6–99,2	90,4	85,8–94,0
Чернівці	87,8	77,7–95,3	54,2	41,2–60,7	85,2	80,0–91,8
Чернігів	73,2	64,8–80,8	71,6	66,3–76,7	79,1	71,3–85,5

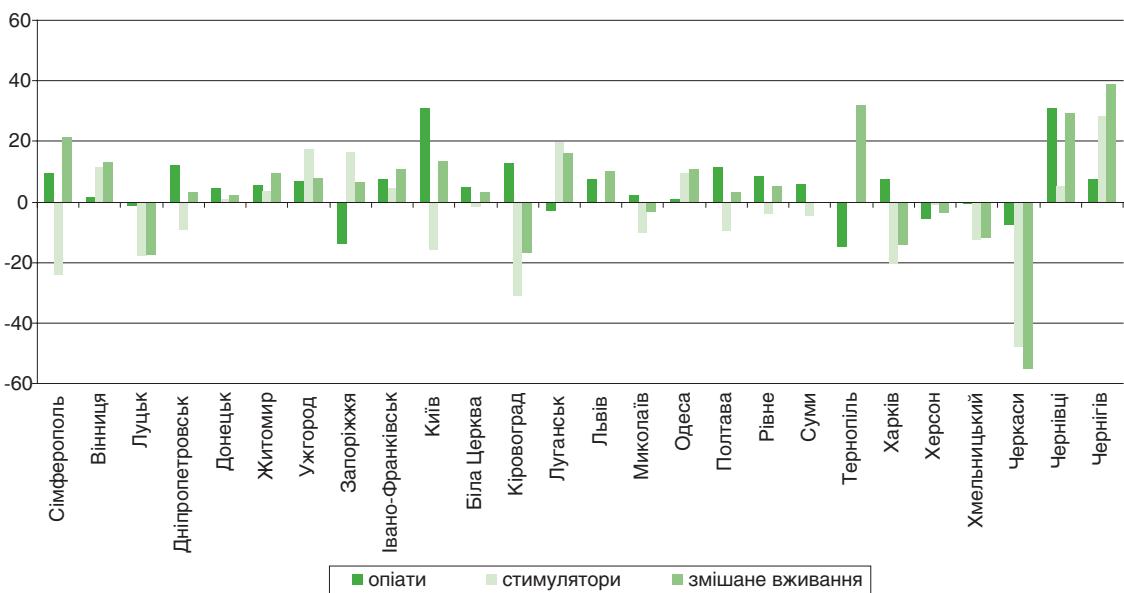
\*Дослідження в даному місті опитування у відповідний рік не проводилося.

**Таблиця 2.2.5**  
**Споживання стимуляторів протягом останніх 30 днів, 2008/2009–2013 роки, %**

Міста	2008/2009 роки		2011 рік		2013 рік	
	%	довірчі інтервали	%	довірчі інтервали	%	довірчі інтервали
Сімферополь	48,8	44,0–53,6	75,9	71,9–80,2	51,7	46,3–56,7
Севастополь	—*	—*	—*	—*	47,6	40,6–54,5
Вінниця	64,3	56,5–72,3	37,3	31,6–43,2	48,7	40,7–56,8
Луцьк	43,1	35,5–51,0	41,3	35,4–46,8	23,5	17,5–29,8
Дніпропетровськ	47,8	41,8–53,8	42,7	37,0–49,3	33,4	27,7–39,4
Донецьк	50,8	44,2–58,1	37,9	32,0–43,8	39,0	32,2–46,3
Житомир	29,4	23,4–35,8	47,6	42,4–53,1	51,3	45,1–57,4
Ужгород	51,2	38,0–64,8	46,3	35,5–55,5	63,5	53,6–71,4
Запоріжжя	27,2	20,4–33,9	26,2	19,9–34,6	42,9	34,1–51,6
Івано-Франківськ	19,7	15,6–24,7	4,4	2,2–7,2	8,9	5,3–13,0
Київ	60,9	56,7–65,1	50,0	42,8–58,0	34,0	28,6–38,9
Біла Церква	—*	—*	22,8	13,7–33,9	20,9	14,6–28,1
Фастів	—*	—*	—*	—*	18,2	11,9–26,4
Васильків	—*	—*	—*	—*	36,3	27,2–46,3
Кіровоград	20,8	14,8–25,8	50,9	43,0–58,4	19,8	12,7–26,8
Луганськ	17,5	10,8–23,9	19,7	13,1–27,1	39,4	28,6–51,0
Львів	2,9	0,5–7,9	8,1	3,8–12,5	8,0	4,0–12,3
Миколаїв	11,2	7,2–15,2	12,5	8,9–16,4	2,1	0,9–3,5
Одеса	31,4	27,0–36,4	23,2	19,2–27,5	32,9	27,4–38,4
Полтава	21,7	16,0–29,0	46,8	38,4–53,2	37,1	28,4–45,2
Рівне	44,6	37,4–51,5	14,9	10,1–20,0	10,8	6,8–14,9
Суми	40,3	32,0–50,1	40,9	35,1–47,0	36,3	29,1–43,8
Тернопіль	10,5	6,8–19,7	10,8	5,3–16,6	10,6	6,2–15,6
Харків	45,9	37,8–54,9	32,3	26,6–38,6	11,7	6,9–17,2
Херсон	12,0	8,4–15,9	13,4	10,0–16,9	12,5	7,6–18,2
Хмельницький	29,8	21,9–38,4	32,1	26,3–38,4	19,3	13,8–26,2
Черкаси	54,2	51,1–57,3	74,2	68,7–80,7	26,5	20,8–32,6
Чернівці	45,8	33,2–59,3	66,8	57,6–75,1	72,2	66,6–78,9
Чернігів	48,3	39,2–58,1	43,9	38,7–49,6	72,1	63,6–81,0

\*Дослідження в даному місті опитування у відповідний рік не проводилося.

Аналіз динаміки наркосцени за 2011–2013 роки залежно від міста опитування свідчить, що збільшується питома вага СІН, які вживають наркотики-стимулятори (Вінниця, Ужгород, Запоріжжя, Луганськ, Чернігів), практикують змішане вживання наркотиків: особливо високі показники зафіковані в Сімферополі, Тернополі, Чернівцях та Чернігові. Збільшення питомої ваги СІН, які вживають лише наркотики-опіати, відбувається в Сімферополі, Дніпропетровську, Києві, Кіровограді, Полтаві, Чернівцях. В інших містах динаміка щодо вживання тільки наркотиків-опіатів у популяції СІН є практично відсутньою або від'ємною (див. рис. 2.2.1).



**Рис. 2.2.1. Зміни в регіональній наркосцені: динаміка вживання опіатів, стимулаторів та змішаного вживання наркотиків, 2011–2013 роки, %**

Також необхідно зауважити, що починають з'являтися і нові види наркотиків, такі як «сіль»<sup>8</sup>. Споживання цього виду наркотику не є масовим та поширенім на всій території, але в таких містах, як Запоріжжя, Луганськ, Одеса, Сімферополь, частки СІН, які вказали на вживання цього виду наркотику за останні 30 днів, досягають 4–10% (Запоріжжя – 10%, Луганськ – 7%, Одеса – 6%, Сімферополь – 4%).

## 2.3. ЧАСТОТА ВЖИВАННЯ НАРКОТИЧНИХ РЕЧОВИН ТА ДОСВІД ПЕРЕДОЗУВАНЬ

Аналіз даних щодо частоти вживання наркотичних речовин свідчить, що СІН у середньому вживали наркотичні речовини ін'єкційним шляхом упродовж 12 днів протягом останнього місяця чи чотирьох днів протягом останнього тижня. Середня кількість епізодів вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом за останню добу в середньому дорівнює 0,76 раза. Аналіз даних залежно від соціально-демографічних характеристик свідчить, що середні показники частоти вживання ін'єкційних наркотиків вищі серед чоловіків у порівнянні з жінками. Також частота споживання ін'єкційних наркотичних речовин є найбільшою серед СІН 25–34 років та тих, хто має стаж вживання більше 10 років (див. рис. 2.3.1).

<sup>8</sup> Найчастіше до складу входять такі катіони, як метілендиоксипровалерон, метилон та мефедрон.

**Таблиця 2.3.1**

**Середня кількість епізодів вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом за останні 30 днів, тиждень та останню добу, N=9502**

Характеристика	За останній місяць, кількість днів	За останній тиждень, кількість днів	За останню добу, кількість разів
<b>Стать респондента</b>			
Чоловіча	15,56	4,01	0,77
Жіноча	14,86	3,78	0,71
<i>p</i>	<0,001	<0,001	0,010
<b>Вік респондента</b>			
14–19 років	11,71	3,04	0,59
20–24 роки	13,76	3,57	0,70
25–34 роки	16,16	4,05	0,83
35 років та старше	15,23	4,00	0,70
<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001
<b>Стаж вживання</b>			
До 3-х років	10,7	2,95	0,44
3–5 років	13,32	3,51	0,63
6–10 років	14,78	3,73	0,74
11 років та більше	16,58	4,23	0,83
<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001
<b>Серед усіх</b>	<b>15,39</b>	<b>3,95</b>	<b>0,76</b>

Частота вживання основного наркотику також є на схожому рівні із загальною частотою вживання всіх наркотичних речовин. СІН вказали, що в середньому вживали свій основний наркотик 15,57 дня з останніх 30 днів.

Вживання наркотичних речовин створює прямі загрози передозувань серед СІН. Майже 6% опитаних вказали, що вони мали передозування за останні 12 місяців. Під час аналізу даних не було виявлено статистично значимих відхилень у результатах залежно від соціально-демографічних характеристик. Тобто під ризик передозувань з однаковою імовірністю потрапляють як жінки, так і чоловіки, як молоді СІН, так і СІН з великим стажем вживання наркотичних речовин.

## 2.4. ПРАКТИКА СПІЛЬНОГО ВИКОРИСТАННЯ ІНСТРУМЕНТАРІЮ ДЛЯ ВВЕДЕННЯ НАРКОТИЧНИХ РЕЧОВИН ІН'ЄКЦІЙНИМ ШЛЯХОМ

Переважна більшість (96,9%) опитаних СІН повідомили, що використовували стерильні шприц/голку під час останнього вживання наркотиків ін'єкційним шляхом. У попередні роки були також зафіковані високі показники використання стерильного інструментарію під час останньої ін'єкції, але тенденція свідчить, що показник продовжує поступово збільшуватися. Він є високим як серед СІН чоловічої статі, так і серед жінок: 96,8% та 97,3% відповідно. За віковими характеристиками також не помічено суттєвих відмінностей щодо використання стерильного інструментарію під час останньої ін'єкції: показник серед СІН у віці до 25 років – 97,8%, у віці 25 років та старше – 96,8%.

Про невикористання спільного інструментарію за останні 30 днів повідомили 94,3% СІН, і цей показник у порівнянні з попередніми роками також показує постійну тенденцію до збільшення питомої ваги СІН, які практикують безпечну ін'єкційну поведінку за цим показником (див. табл. 2.4.1).

**Таблиця 2.4.1**

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

Характеристика	Використовували стерильний ін'єкційний інструментарій під час останньої ін'єкції	Не використовували спільний ін'єкційний інструментарій за останні 30 днів
Стать респондентів	$p=0,116$	$p<0,05$
Чоловіча	96,8	93,7
Жіноча	97,3	92,1
Вік респондентів	$p<0,005$	$p=0,907$
14–19 років	95,8	94,4
20–24 роки	98,2	93,7
25–34 роки	97,3	92,9
35 років та старше	96,2	93,5
Статус клієнта громадської організації	$p<0,001$	$p=0,505$
Клієнти	98,1	93,9
Не клієнти	96,1	92,9

Статистично значущої різниці поширеності ВІЛ-інфекції (результати зв'язаного дослідження) серед тих, хто використовував стерильні шприц/голку під час останньої ін'єкції, та тих, хто не використовував, не виявлено ( $p=0,233$ ). Але зафіксована статистично значуча відмінність між результатами тестування на ВІЛ серед тих, хто мав досвід використання спільного інструментарію за останні 30 днів, та тими, хто дотримувався безпечної поведінки ( $p<0,05$ ), що є свідченням того, що це запитання є більш показовим у контексті ризику інфікування ВІЛ. Також необхідно зважати на можливу похибку в даних через бажання СІН надати соціально схвалювальну відповідь на ці запитання.

Респонденти, які використовували спільний ін'єкційний інструментарій протягом останніх 30 днів ( $N=490$ ), у середньому мали таку практику 2,86 раза впродовж місяця, середня кількість споживачів, з якими обмінювалися інструментарієм для ін'єкції, – 1,53 особи.

До спільного використання інструментарію підштовхує спільне вживання ін'єкційних наркотиків в одному приміщенні з іншими СІН. На таку практику вказала переважна більшість опитаних – 84,3%. Більшість із них вживали ін'єкційні наркотики в спільному приміщенні разом із знайомими та друзями – 74,3%, з чоловіком/дружиною – 21,6%, із сексуальним партнером – 17,1% та 11,2% вживали наркотики ін'єкційним шляхом разом із особою, яка продала їм ці наркотики.

З точки зору можливості інфікувати інших важливо розглядати і показник щодо передавання/продажу вже використаного інструментарію іншим СІН. На наявність такої практики вказали 10,3% опитаних. Із числа тих, хто отримав ВІЛ-позитивний результат тестування під час зв'язаного дослідження ( $N=1630$ ), 5% вказали, що позичали або віддавали свій уже використаний інструментарій іншим СІН.

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 (55%) зазначили, що вони отримували ін'єкцію з уже наповненого шприца, тобто не можна з упевненістю стверджувати, що він був стерильний чи наповнювався зі стерильного посуду.

Більше чверті СІН (27,7%) зазначили, що використовували шприц, який хтось наповнював зі свого вже використаного шприца. Спільний посуд для розподілу та приготування наркотику використовували 48,1%.

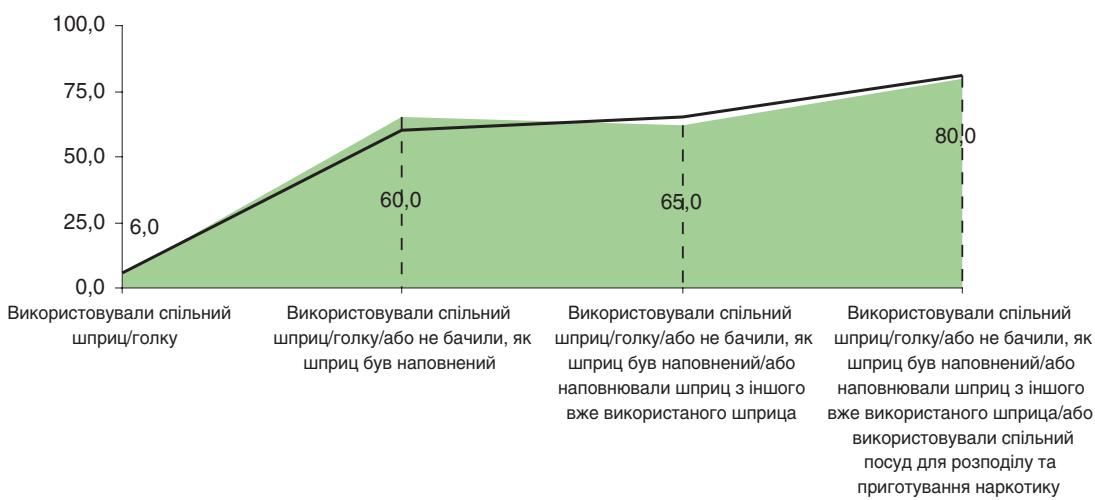
Динаміка зазначених вище показників ризикованої ін'єкційної поведінки представлена в табл. 2.4.2 та на рис. 2.4.1.

**Таблиця 2.4.2**

**Ризиковані ін'єкційні поведінки серед СІН у динаміці, 2008/2009–2013 роки, %**

	2008/9 (N=5709)	2011 (N=9069)	2013 (N=9502)
Використання стерильного інструментарію під час останньої ін'єкції	87,1	95,5	96,9
Був випадок користування спільним шприцом/голкою за останні 30 днів	16,6	7,9	5,7
Віддавали/позичали свою використану голку іншим СІН за останні 30 днів	18	13,4	10,3
Отримували ін'єкцію зі шприца, який не бачили як був наповнений	58,5	57,5	55
Наповнювали свій шприц з іншого використаного шприца	–	24,0	27,7
Використовували спільне обладнання для приготування/розподілу наркотиків за останні 30 днів	65,4	63	48,1

Для оцінки кумулятивного показника ризикованисті ін'єкційної поведінки серед СІН за останні 30 днів був розроблений агрегований показник<sup>9</sup>, який поєднує декілька можливих ризикованих практик. Результати такого аналізу свідчать, що 81% СІН мали практику небезпечної ін'єкційної поведінки впродовж останніх 30 днів (див. рис. 2.4.1).



**Рис. 2.4.1. Кумулятивний відсоток СІН, які практикували різні види небезпечної ін'єкційної поведінки за останні 30 днів, %**

<sup>9</sup> Наявність досвіду принаймні однієї з таких практик: використання спільного шприца/голки; отримання ін'єкції з уже наповненого шприца; використання шприца, який хтось наповнював своїм уже використаним шприцом; використання шприца, про який невідомо, як він наповнювався; використання спільного посуду для приготування та розподілу наркотичної речовини.

Динаміка показника використання стерильного інструментарію за 2008/2009–2013 роки представлена в табл. 2.4.3 в розрізі міст опитування.

**Таблиця 2.4.3**

**Використання стерильного ін'єкційного інструментарію під час останньої ін'єкції залежно від міста опитування, 2008/2009–2011 роки, % та довірчі інтервали**

<b>Міста</b>	<b>2008/2009 роки</b>		<b>2011 рік</b>		<b>2013 рік</b>	
	<b>%</b>	<b>довірчі інтервали</b>	<b>%</b>	<b>довірчі інтервали</b>	<b>%</b>	<b>довірчі інтервали</b>
Сімферополь	92,0	87,7–95,9	95,9	94,3–97,2	98,4	97–99,6
Севастополь	—*	—*	—*	—*	95,4	92,7–97,8
Вінниця	97,2	94,7–99,1	97,4	95,5–99,0	98,2	96–99,7
Луцьк	88,8	81,3–97,1	97,7	95,6–99,4	96,5	94,2–98,6
Дніпропетровськ	88,5	81,3–93,1	95,2	93,0–96,9	97,9	96,4–99,1
Донецьк	78,8	71,4–84,4	91,3	87,9–94,5	94,0	91,1–96,7
Житомир	60,9	52,9–68,2	97,9	96,4–98,9	98,2	96,6–99,4
Ужгород	98,3	95,2–100	89,6	77,1–98,5	92,5	87,2–96,9
Запоріжжя	85,5	78,7–91,3	93,9	90,5–96,7	94,3	89,4–97,9
Івано-Франківськ	89,7	85,1–93,7	95,6	93,0–98,0	90,8	83,5–96,5
Київ	100,0	—	98,5	96,9–99,6	97,8	95,8–99,3
Біла Церква	—*	—*	96,5	93,7–98,8	91,1	85,6–95,4
Фастів	—*	—*	—*	—*	96,1	92,9–98,6
Васильків	—*	—*	—*	—*	99,2	98,1–100
Кіровоград	92,5	87,3–97,0	93,2	89,5–96,1	91	84,6–96,8
Луганськ	95,7	92,0–98,8	94,4	89,9–97,7	92,6	85,7–98,5
Львів	83,0	74,4–90,3	92,4	89,2–95,3	96	93,7–98,1
Миколаїв	95,4	91,8–98,5	95,8	93,3–97,8	97,7	96,1–99
Одеса	84,6	80,2–88,3	97,5	95,9–98,6	97,6	96–99
Полтава	75,9	67,3–83,8	99,1	98,2–99,7	97,5	95,3–99,3
Рівне	94,4	90,4–97,4	95,9	93,4–98,1	97	94,3–99,2
Суми	72,2	62,3–78,4	97,3	95,0–98,9	98,1	96,2–99,7
Тернопіль	89,4	78,0–94,7	99,3	98,3–99,8	99,3	98–100
Харків	74,8	66,5–82,1	90,3	83,5–94,9	98,8	97,6–99,8
Херсон	89,8	78,8–96,5	92,4	89,6–95,2	95,7	92,3–98,6
Хмельницький	84,5	78,0–93,0	94,6	90,6–97,6	98,9	97,4–100
Черкаси	82,6	74,1–90,6	95,5	93,5–97,3	95,3	92,9–97,5
Чернівці	98,6	95,6–100	99,0	97,8–99,8	100	—
Чернігів	91,8	86,4–96,3	96,9	95,1–98,7	97,3	96,5–100

\*Дослідження в даному місті опитування у відповідний рік не проводилося.

Отримані дані свідчать про наявність серед переважної більшості СІН ризикованої ін'єкційної поведінки. Незважаючи на твердження про використання стерильної голки та шприца під час останньої ін'єкції, частка СІН, які практикували ризикований ін'єкційний поведінку, різко збільшується за результатами відповідей на запитання про отримання наркотику в уже наповненому шприці або використання спільногопосуду для приготування та розподілу наркотичних речовин.

## ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТИВ

У рамках дослідження вдалося зібрати інформацію щодо різних аспектів вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, що дозволяє відповісти на запитання про деякі аспекти ініціації вживання наркотичних речовин серед СІН, наркосцени, ризикований ін'єкційний поведінки. Аналіз даних щодо ініціації вживання ін'єкційних наркотиків підтверджує основні висновки, які робилися в попередніх дослідженнях, а саме що більшість СІН розпочинають вживання наркотичних речовин неін'єкційним шляхом та роблять це ще у підлітковому віку.

Зібрана інформація щодо стажу вживання наркотиків та взагалі віку СІН, яких вдалося залучити до дослідження, свідчить про збільшення середніх значень цих показників у порівнянні з попередніми роками. Беручи до уваги, що рекрутинг респондентів до дослідження здійснювався саме з використанням методики RDS, а аналіз даних за допомогою програми RDSAT, яка дозволяє отримувати розрахунки, які можна екстраполювати на всю популяцію групи в місті, де проводилося дослідження, можемо вважати, що такі результати є свідченням старіння популяції СІН та більшу закритість молодої групи, яка залишається важкодоступною для дослідження або профілактичних програм. Особливо такі висновки можна зробити щодо Дніпропетровська, схожі показники у Львові, Миколаєві, Одесі, Сімферополі та Тернополі.

Наркосцена продовжує змінюватися на користь СІН, які вживають наротики-стимулятори. Така тенденція стає помітною при аналізі змішаного вживання наркотичних речовин, що означає практику вживання як стимуляторів, так і опіатів. Тобто СІН дуже часто переходятять на вживання стимуляторів, але при цьому не відмовляються повністю від наркотиків-опіатів.

Порівняно з 2011 роком помітна тенденція до збільшення питомої ваги споживачів дезоморфіну, також з'являється новий наркотик «сіль». Перелічені наркотики, незважаючи на згубний вплив на здоров'я людини, досить дешеві, доступні та легкі в приготуванні, що є додатковим мотивом для СІН під час вибору наркотику.

Отримані досить детальні дані љ щодо ризикованої ін'єкційної поведінки, проаналізовані різні етапи можливості інфікування ВІЛ: під час покупки наркотичної речовини, приготування та розподілу наркотичної речовини та під час вживання. Хоча дослідження і демонструє досить високі показники використання стерильного інструментарію під час останнього вживання наркотику ін'єкційним шляхом та навіть постійність цієї практики за останні 30 днів, використання спільногопосуду для приготування чи розподілу наркотику, практика придбання наркотичної речовини в уже набраному шприці показують зовсім іншу тенденцію та свідчать про велику небезпеку інфікування ВІЛ під час ін'єкційного вживання наркотичних речовин.

## РЕЗЮМЕ

- Середній стаж вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом становить 13,6 року, що свідчить про поступове старіння популяції СІН в Україні (у 2011 році – 12,5 року).
- Стаж вживання ін'єкційних наркотиків до 3-х років мають близько 8% опитаних СІН. Майже 60% опитаних СІН мають стаж вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, який перевищує 10 років.
- П'ята частина СІН практикує змішане вживання наркотичних речовин, тобто має досвід вживання за останні 30 днів як опіоїдних наркотиків, так і наркотиків-стимуляторів, що може бути пов'язано з їх доступністю в місті.
- Майже 6% опитаних вказали, що вони мали передозування за останні 12 місяців.
- 81% мали принаймні одну практику небезпечної ін'єкційної поведінки: використання спільного шприца/голки; отримання ін'єкції з уже наповненого шприца; використання шприца, який хтось наповнював своїм уже використаним шприцом; використання шприца, про який невідомо, як він наповнювався; використання спільного посуду для приготування та розподілу наркотичної речовини.

# РОЗДІЛ 3. СЕКСУАЛЬНА ПОВЕДІНКА ТА РИЗИК ІНФІКУВАННЯ ВІЛ ПРИ СЕКСУАЛЬНИХ КОНТАКТАХ

У розділі подано інформацію стосовно статевого життя СІН, зокрема розглянуто різноманітні аспекти сексуальної поведінки: особливості початку статевого життя та сексуальної поведінки з різними типами сексуальних партнерів тощо. Аналіз на національному рівні здійснено у розрізі соціально-демографічних характеристик та показників залучення СІН до профілактичних програм і наявності в них статусу клієнта громадської організації, що працює зі споживачами ін'єкційних наркотиків. За містами опитування та в динаміці презентовані ключові показники щодо використання презервативів під час останнього статевого контакту протягом останніх 30 днів.

## 3.1. СЕКСУАЛЬНІ ПАРТНЕРИ ТА ВИКОРИСТАННЯ ПРЕЗЕРВАТИВІВ

Більшість респондентів (83,7%) розпочали статеве життя до настання повноліття. Із них 8,2% сексуальний дебют відбувся до 13-ти, а в 16,2% опитаних – у 14 років. Більш ніж три чверті серед СІН розпочали статеве життя в 15, 16 або 17 років. Тільки в 14% респондентів сексуальний дебют відбувся після досягнення повноліття – у 18 років та пізніше. Загалом серед усіх опитаних середній вік початку статевих відносин становить 15,73 року (табл. 3.1.1).

Згідно з відповідями респондентів, вік сексуального дебюту відрізняється в різних вікових та статевих групах. Загалом простежується тенденція до зменшення віку першого сексуального контакту серед СІН. Так, наприклад, у порівнянні з середнім значенням по вибірці, середній вік набуття сексуального досвіду становить 16,09 року в найстаршій групі СІН віком від 35 років та 15,05 року в молодшій віком від 14 до 19 років. У цілому, дійсно, старші СІН розпочинали статеве життя пізніше, ніж представники молодших груп. Серед найстаршої групи віком від 35 років 20% респондентів вперше отримали сексуальний досвід після досягнення повноліття, тоді як серед наймолодшої групи віком від 14 до 19 років таких тільки 1,3%.

Встановлено, що серед опитаних СІН саме чоловіки раніше, ніж жінки, набувають статевого досвіду. Середній вік першого сексуального контакту у чоловіків – 15,58 року, а в жінок цей показник становить 16,2 року (табл. 3.1.1).

**Таблиця 3.1.1**

Розподіл відповідей на запитання: «Скільки Вам було років, коли Ви вперше вступили в сексуальні стосунки?», %  
(серед тих, хто має досвід сексуальних контактів, N=9453)

Соціально-демографічні характеристики	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	16,2	20,7	24,6	14,4	14,0	0,4	1,5	15,7
<b>За віком (p&lt;0,001)</b>									
До 19 років	9,3	24,3	31,0	21,2	11,9	1,3	0,0	0,9	15,1
20–24 роки	8,2	20,2	27,4	23,0	13,0	7,4	0,0	0,9	15,4
25–34 роки	9,5	17,7	22,2	26,5	12,2	10,7	0,3	0,8	15,5
35 років і старше	6,8	13,2	16,8	23,1	17,1	20,0	0,7	2,4	16,1
<b>За статтю (p&lt;0,001)</b>									
Чоловіки	9,4	17,8	21,5	24,6	12,8	11,8	0,4	1,6	15,6
Жінки	4,3	11,1	17,8	24,6	19,5	21,3	0,4	1,2	16,2

У 99,7% респондентів був сексуальний досвід на момент проведення опитування (табл. 3.1.2). Із тих, хто вже вступав у сексуальні відносини, 84,6% респондентів відповіли, що мали сексуальні контакти за останні 12 місяців. Про наявність сексуальних контактів упродовж останнього місяця ствердно відповіли 71,5% від загалу опитаних (або 84,5% серед сексуально активних протягом останніх 12 місяців).

Згідно з аналізом, наявні відмінності в сексуальній активності СІН протягом останніх 12 місяців і 30 днів та їх віковою або статевою приналежністю. Найбільший відсоток тих, хто мав сексуальні контакти за останній рік та/або місяць, спостерігається у віковій групі 14–24 років та серед жінок (табл. 3.1.2).

**Таблиця 3.1.2**

Наявність сексуального досвіду серед СІН, %

Соціально-демографічні характеристики	Мали статеві контакти...		
	(1) упродовж життя	(2) за останні 12 місяців*	(3) за останні 30 днів**
Серед усіх	99,7	84,9	84,5
<b>За віком</b>			
14–19 років	96,2	94,7	85,5
20–24 роки	99,6	95,0	87,0
25–34 роки	99,8	92,1	86,5
35 років і старше	99,8	74,4	81,1
p	<0,001	<0,001	<0,001
<b>За статтю</b>			
Чоловіки	99,7	84,2	83,2
Жінки	99,6	87,1	88,7
p	0,209	0,001	<0,001

\* Серед тих, хто мав сексуальний досвід у своєму житті (N=9462).

\*\* Серед тих, хто мав сексуальний досвід за останні 12 місяців (N=8142).

Більше половини серед опитаних СІН відповіли, що використовували презервативи під час останнього статевого контакту – 54,3% респондентів. Практика використання презервативів, під час останнього статевого контакту серед СІН відрізнялась за характеристиками віку, статі, а також за охопленням профілактичними програмами та наявністю статусу клієнта громадської організації (табл. 3.1.3.).

СІН віком до 25 років здебільшого використовували презервативи під час останнього статевого контакту та менше практикували незахищений секс у порівнянні з більш старшими віковими групами. Переважна більшість СІН (51%) із вікової групи від 35 років відповіли, що не використовували презерватив під час останнього сексуального контакту.

Частка тих, хто зазначив, що не використовував презерватив під час останнього сексуального контакту, є більшою серед жінок. Чоловіки частіше, ніж жінки, відповідали, що використовували презерватив під час останнього контакту: серед опитаних чоловіків таких 55,1%, а серед жінок – 51,2% (табл. 3.1.3.).

Можна припустити, що участь у профілактичних програмах та залучення СІН до громадських організацій, які працюють зі споживачами ін'єкційних наркотиків, стимулює використання презервативів. Серед учасників профілактичних програм 61,5% опитаних відповіли, що користувалися презервативами під час останнього статевого контакту, тоді як серед тих, хто не є їх учасником, таких 46,9%. Приблизно таку ж частку, як і учасники профілактичних програм, становлять респонденти, котрі мають статус клієнта громадської організації, і їх опитування дало подібні результати: 61,6% респондентів, які є клієнтами ГО, відповіли, що використовували презервативи під час останнього статевого контакту, тоді як серед неклієнтів лише 49,6% опитаних зазначили, що використовували презервативи.

**Таблиця 3.1.3**

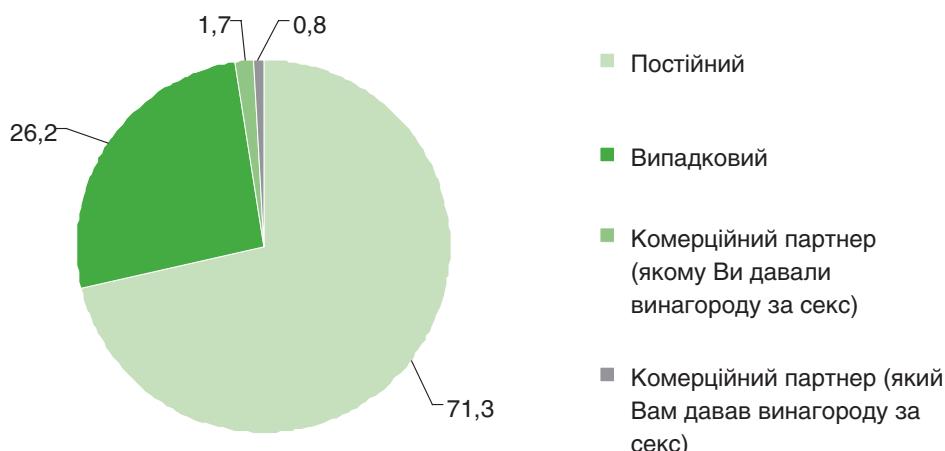
**Питома вага СІН, що використовували презервативи під час останнього статевого контакту, % (серед респондентів, у яких були сексуальні контакти за останні 30 днів, N=8074)**

<b>Серед усіх</b>	<b>54,1</b>
<b>За віком (p&lt;0,001)</b>	
14–19 років	58,5
20–24 роки	64,4
25–34 роки	55,5
35 років і старше	49,0
<b>За статтю (p&lt;0,001)</b>	
Чоловіки	55,1
Жінки	51,2
<b>Чи охоплені профілактичними програмами (p&lt;0,001)</b>	
Так	61,5
Ні	46,9
<b>Статус клієнта громадської організації (p&lt;0,001)</b>	
Так	61,6
Ні	49,6
<b>Стаж вживання наркотиків (p&lt;0,001)</b>	
До 3-х років	49,8
3–5 років	55,7
6–10 років	59,2
11 років та більше	52,9

Згідно з даними опитування, є відмінності в практиці використання презервативів серед СІН з різним стажем вживання наркотиків. Серед респондентів зі стажем від 6 до 10 років більша частка опитаних повідомила про захищений секс (59,2%), а серед опитаних зі стажем вживання наркотиків до трьох років менша (49,8%) – різниця є значущою.

Важливу роль у розумінні причин невикористання презервативів відіграє аналіз практик у розрізі контактів з партнерами різних типів. Загалом для більшості СІН характерно мати стосунки з постійним партнером. Майже три чверті серед опитаних СІН зазначили, що мали останній статевий контакт з постійним сексуальним партнером, – 71,3%, 26,2% – із випадковим, а 1,7% та 0,8% – з комерційним партнером (відповідно, хто надавав чи отримував винагороду за сексуальні послуги).

Згідно з даними опитування, тип сексуального партнера має значення в мотивації до використання презерватива. Існують відмінності у використанні презервативів під час останнього сексуального контакту в залежності від типу сексуального партнера ( $p<0,001$ ). Менше половини респондентів, у яких був останній сексуальний контакт з постійним партнером, використовували презерватив – 48,3%.

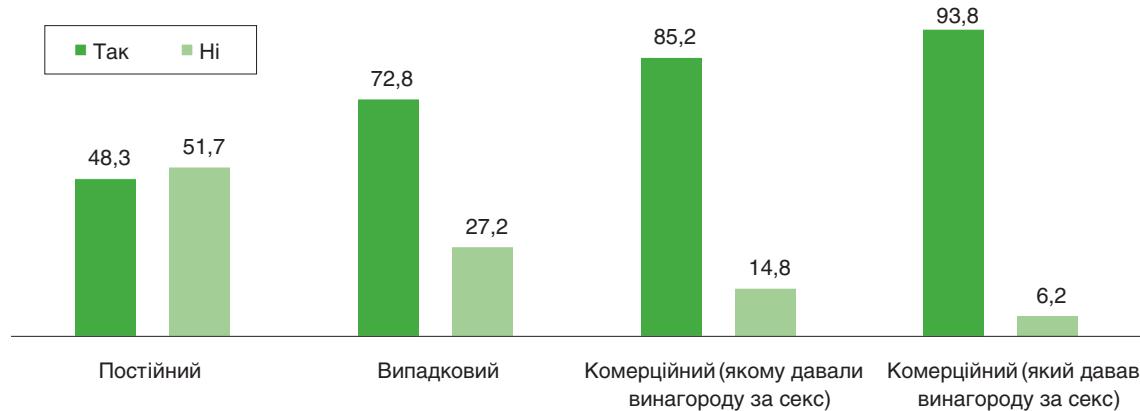


**Рис. 3.1.1. Останній сексуальний контакт СІН, тип партнера, % (серед тих, у кого були сексуальні контакти за останні 30 днів, N=8129)**

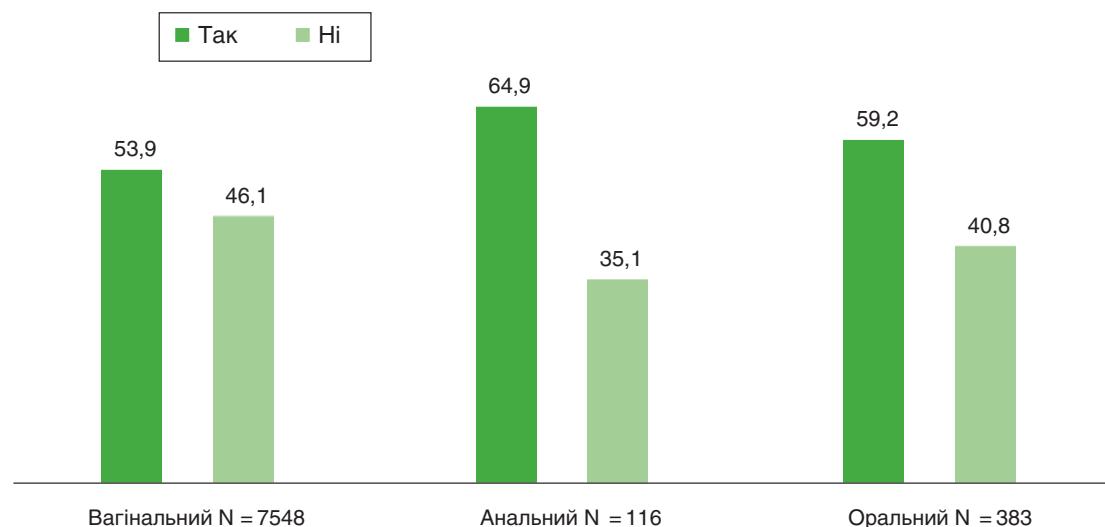
Водночас практика невикористання презервативів має тенденцію до зменшення серед тих, хто був з випадковим партнером (72,8%). Менше практикують незахищений секс з комерційними партнерами. Про використання презерватива під час останнього сексуального контакту стверджують 85,2% опитаних серед тих, хто отримував винагороду, та 93,8% серед тих, хто давав винагороду за сексуальні послуги.

Отже, згідно з цими показниками вимірювання особливостей сексуальної поведінки СІН під час останнього сексуального контакту, опитані, які мали постійного сексуального партнера, у більшості випадків практикували незахищений секс, що може підвищувати ризик інфікування ВІЛ (рис. 3.1.2).

Дані дослідження свідчать, що більшість СІН останнього разу практикували вагінальний тип сексуального контакту – 94,2%, оральний – 4,6%, анальний – 1,2%. Наявна різниця у практиці використання презервативів та типом сексуального контакту ( $p<0,001$ ). Більша частка тих, хто використовував презерватив під час останнього сексуального контакту, спостерігається серед тих, хто практикував анальний секс, – 64,9%. Трохи більше половини опитаних використовували презерватив під час орального та вагінального типів контактів: відповідно 59,2% та 53,9% опитаних (рис. 3.1.3).



**Рис. 3.1.2. Питома вага СН, котрі використовували презерватив під час останнього статевого контакту, в залежності від типу сексуального партнера, % (серед тих, хто мав статеві контакти із зазначеними типами сексуальних партнерів)**



**Рис. 3.1.3. Питома вага СН, котрі використовували презерватив під час останнього статевого контакту, в залежності від типу сексуального контакту, % (серед тих, хто мав такі статеві контакти)**

Виявлено відмінності у використанні презервативів під час останнього сексуального контакту та містом проживання СН. Найбільш високий рівень використання презервативів можна відзначити в Чернівцях, де 73,1% респондентів відповіли, що використовували презерватив під час останнього сексуального контакту, в Сумах (69,7%), Луцьку (72,8%) та Вінниці (67,5%).

До міст з високим рівнем практик незахищеної сексуальної поведінки можна віднести Житомир та Запоріжжя, де відповідно одна п'ята (20%) та трохи більше чверті (26,8%) респондентів повідомили, що використовували презерватив (табл. 3.1.4).

**Таблиця 3.1.4**

**Відсоток СІН, які використовували презервативи під час останнього статевого контакту, %, динаміка 2008/2009–2013 років**

Місто	2008/2009	Довірчий інтервал	2011	Довірчий інтервал	2013	Довірчий інтервал
Сімферополь	64,2	57,3–71,5	60,4	56,5–64,6	55,0	47,3–62,9
Вінниця	43,4	33,9–52,3	44,0	38,3–50,0	67,5	54,6–77,8
Луцьк	41,4	32,2–50,1	40,7	35,2–46,8	72,8	60,4–77,1
Дніпропетровськ	24,2	16,5–32,3	28,4	23,5–33,8	39,1	27,5–56,0
Донецьк	39,9	24,3–55,6	40,7	35,6–46,3	55,8	43,3–63,2
Житомир	36,8	27,0–44,8	25,1	19,7–30,5	21,0	15,1–25,9
Ужгород	46,8	31,5–61,0	20,9	14,9–27,8	41,2	28,1–56,2
Запоріжжя	38,3	29,8–47,1	30,9	23,3–38,7	26,8	18,6–36,5
Івано-Франківськ	71,4	64,8–77,4	45,5	37,5–52,7	63,4	54,7–72,2
Біла Церква	—*	—*	—*	—*	48,8	39,8–59,4
Київ	41,6	35,5–48,1	35,9	29,2–42,5	61,8	54,8–69,6
Кіровоград	29,1	19,7–43,5	54,2	47,0–60,6	52,1	41,1–62,0
Луганськ	54,1	44,9–63,3	47,8	35,6–56,7	47,4	41,0–62,7
Львів	43,2	33,3–52,8	33,5	27,3–39,7	63,9	54,0–72,1
Миколаїв	65,4	58,3–73,0	43,8	38,5–49,7	63,2	49,5–71,4
Одеса	53,7	47,6–60,3	43,0	38,7–47,6	60,7	51,7–67,5
Полтава	67,2	58,5–77,7	48,7	42,1–55,5	48,0	38,2–58,7
Рівне	46,3	38,4–53,7	41,6	35,1–47,8	43,1	33,4–55,8
Суми	43,6	32,2–55,2	61,8	56,0–67,6	69,7	63,6–76,3
Тернопіль	30,5	10,8–52,6	42,5	31,4–52,6	45,1	34,7–57,0
Харків	41,5	27,5–51,8	39,5	33,6–46,1	40,7	30,8–48,9
Херсон	67,2	58,2–74,8	43,5	37,9–49,0	64,0	55,6–74,7
Хмельницький	59,9	51,1–70,8	39,1	33,5–45,8	47,1	37,0–59,7
Черкаси	61,7	54,0–71,1	71,1	66,2–75,7	49,7	41,8–60,5
Чернівці	59,4	53,6–78,8	59,0	50,5–70,6	73,1	65,3–81,4
Чернігів	34,9	25,4–42,4	35,4	30,5–40,7	46,5	32,3–59,2
Фастів	—*	—*	—*	—*	38,5	17,7–54,6
Васильків	—*	—*	—*	—*	77,4	71,4–86,3
Севастополь	—*	—*	—*	—*	37,8	28,3–50,4

\* У цій хвилі дослідження в даному місті опитування не проводилося.

Серед усіх опитаних майже третина (31,9%) респондентів відповіли, що мали від двох до трьох статевих контактів на тиждень, майже п'ята частина опитаних СІН (19,0%) відповіли, що мали один контакт на тиждень, 18,1% повідомили, що вступали в сексуальний контакт 2–3 рази на місяць, а 14,2% відповіли, що у них був один сексуальний контакт на місяць. Серед тих, хто вів достатньо інтенсивне сексуальне життя за останні три місяці, 10,8% опитаних повідомили, що мали від двох до чотирьох контактів на тиждень, і 6% респондентів відповіли, що вступали в сексуальні стосунки кожного дня.

У статевих та вікових групах наявні відмінності в частоті сексуальних контактів за останні три місяці. Більш молоді СІН віком до 35 років частіше вступають у сексуальні контакти. Так, у віковій групі від 14 до 19 років 38,8% респондентів зазначили, що вступали у сексуальні стосунки 2–3 рази на тиждень, а 18,2% опитаних – 4–6 ра-

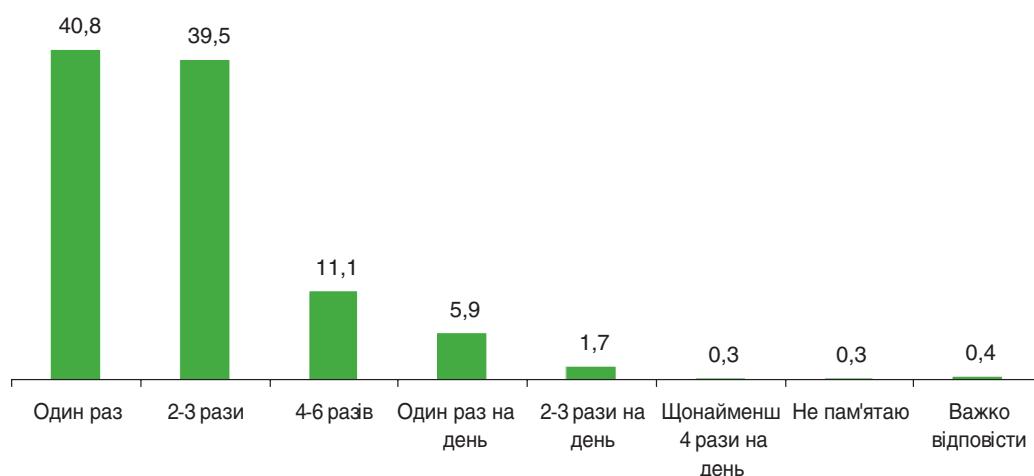
зів на тиждень. Серед СІН від 35 років переважна більшість респондентів зазначили, що вступали в сексуальні стосунки рідше: 28,7% – 2–3 рази на тиждень, 7,7% – 4–6 разів на тиждень (табл. 3.1.5).

**Таблиця 3.1.5**

**Частота сексуальних контактів з партнерами усіх типів за останні 90 днів, %  
(серед респондентів, які мали сексуальних партнерів за останні 90 днів, N= 8028)**

Характеристика	Один раз на місяць і рідше	2–3 рази на місяць	Один раз на тиждень	2–3 рази на тиждень	4–6 разів на тиждень	Кожного дня та частіше
<b>Серед усіх</b>	<b>14,2</b>	<b>18,1</b>	<b>19,0</b>	<b>31,9</b>	<b>10,9</b>	<b>6,0</b>
<b>За віком (p&lt;0,001)</b>						
14–19 років	13,4	13,4	10,0	38,8	18,2	6,2
20–24 роки	13,5	17,1	18,6	30,8	15,3	4,7
25–34 роки	12,8	16,2	18,4	34,4	11,7	6,6
35 років і старше	16,4	21,1	20,5	28,7	7,7	5,6
<b>За статтю (p&lt;0,001)</b>						
Чоловіки	15,3	18,8	18,9	31,2	10,3	5,4
Жінки	10,9	15,7	19,0	34,1	12,6	7,7

40,8% опитаних СІН вступали в сексуальні стосунки один раз на тиждень, 39,5% мали 2–3 статевих контакти за останні сім днів. 11% опитаних повідомили, що вступали в сексуальні стосунки 4–6 разів на тиждень.



**Рис. 3.1.4. Частота сексуальних контактів з партнерами усіх типів за останні 7 днів (повний тиждень), %  
(серед респондентів, які мали сексуальних партнерів за останні 30 днів, N=6438)**

За останні 90 днів 75,7% опитаних СІН мали статеві контакти з постійними сексуальними партнерами. Трохи більше третини (34,2%) респондентів повідомили про сексуальні стосунки з випадковими партнерами. До комерційного сексу долучалися 4,1% респондентів, які платили винагороду за сексуальні послуги, та 1,8% – отримували винагороду за надання послуг (табл. 3.1.6).

Більш старші СІН (віком від 25 років) схильні мати сексуальні стосунки з постійними партнерами. Молодші СІН віком до 24 років меншою мірою повідомляли про наявність у них постійних сексуальних партнерів. У той же час опитані до 24 років частіше вступали в сексуальні стосунки з випадковими партнерами, тоді як у стар-

ших групах (від 25 років) відсоток таких майже у два рази менший (табл. 3.1.6). За результатами аналізу, різниця між відсотками є статистично значущою ( $p<0,001$ ).

У випадку отримання винагороди за надання сексуальних послуг наявні відмінності у віці респондентів та частотою продажу сексуальних послуг: найбільш скильними до комерційного сексу є представники молодшої вікової групи до 19 років.

Чоловіки частіше купують секс-послуги, а жінки навпаки – вступають у сексуальні відносини за винагороду.

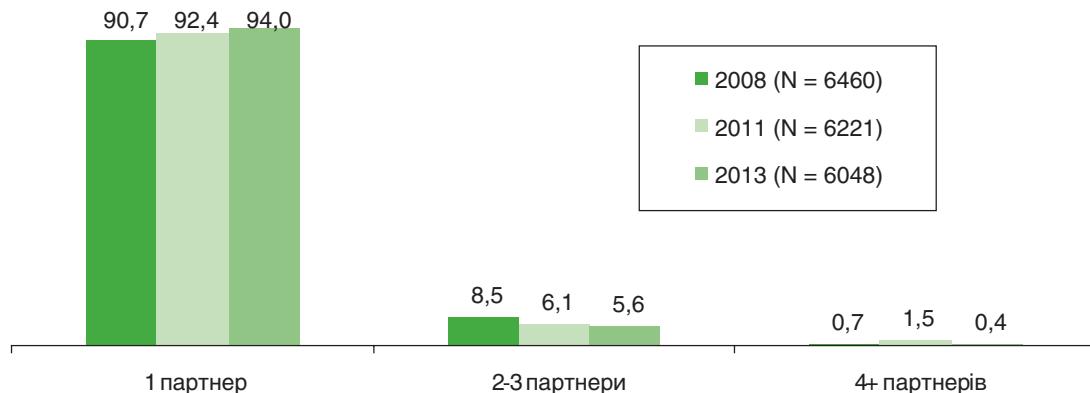
Наявні відмінності в типах партнерів, з якими СІН вступали в сексуальні стосунки за останні три місяці, та їх стажем вживання наркотиків. Для СІН зі стажем вживання наркотиків від 11 років, характерніше вступати в сексуальні стосунки з постійними партнерами, що також пов'язано з віковими характеристиками (табл. 3.1.6).

**Таблиця 3.1.6**

**Питома вага СІН, які за останні 90 днів мали постійних, випадкових або комерційних партнерів, % (серед респондентів, в яких були сексуальні контакти за останні 12 місяців, N=8143)**

Соціально-демографічні характеристики	За останні 90 днів мали сексуальних партнерів...			
	постійні	випадкові	комерційні (яким Ви давали винагороду за секс)	комерційні (які давали Вам винагороду за секс)
<b>Серед усіх</b>	<b>75,7</b>	<b>34,2</b>	<b>4,1</b>	<b>1,8</b>
<b>За віком</b>				
14–19 років	59,8	60,6	7,0	4,2
20–24 роки	63,5	50,2	4,4	2,1
25–34 роки	77,1	33,6	4,1	2,2
35 років і старше	79,1	27,8	3,6	1,1
<i>p</i>	<0,001	<0,001	0,085	<0,001
<b>За статлю</b>				
Чоловіки	72,6	31,0	5,1	0,3
Жінки	85,2	36,9	0,7	6,7
<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
<b>Охоплені профілактичними програмами</b>				
Так	78,5	31,0	3,6	2,3
Ні	73,3	36,9	4,4	1,4
<i>p</i>	<0,001	<0,001	0,002	0,004
<b>Статус клієнта громадської організації</b>				
Так	78,3	30,9	3,7	2,2
Ні	74,2	36,1	4,3	1,6
<i>p</i>	<0,001	<0,001	0,208	0,089
<b>Стаж вживання наркотиків</b>				
До 3-х років	72,8	44,2	5,4	3,1
3–5 років	71,5	43,9	4,2	1,2
6–10 років	72,1	36,9	3,7	2,1
11 років та більше	78,5	29,3	4,0	1,7
<i>p</i>	<0,001	<0,001	0,303	0,025

СІН, які мають постійного партнера, як правило, не вступають у сексуальні стосунки з випадковими та комерційними партнерами. За даними трьох хвиль дослідження, наявна тенденція до зниження частки респондентів, які мають сексуальні стосунки з двома або трьома постійними сексуальними партнерами (рис. 3.1.5).



**Рис. 3.1.5. Кількість постійних сексуальних партнерів СІН, динаміка 2008/2009–2013 роки**

Виявлено, що СІН, які мають постійного сексуального партнера, частіше практикують незахищений секс. Так, наприклад, згідно з даними опитування, менше половини опитаних СІН, враховуючи результати кожної хвилі біоповедінкового дослідження, використовували презерватив під час останнього статевого контакту з постійним партнером.

Ключові відмінності у використанні презерватива з постійним партнером під час останнього сексуального контакту спостерігаються за показниками віку, статі, охопленням профілактичними програмами та наявністю в респондента статусу клієнта громадської організації, що має справу зі споживачами наркотиків.

СІН віком до 24 років частіше практикують захищений секс з постійними партнерами. Про використання презерватива під час останнього сексуального контакту повідомили більш ніж половина опитаних – 61,4% у групі до 19 років і 56,1% у групі до 25 років. У той же час серед більш старших респондентів спостерігається менша частка тих, хто практикував захищену сексуальну поведінку під час останнього сексуального контакту з постійним партнером. Менше половини опитаних відповіли, що використовували презерватив під час останнього сексуального контакту: 47,8% респондентів у групі віком від 25 до 35 років та 42,5% у групі віком від 35 років.

Що стосується відмінностей у статевих групах, то чоловіки частіше повідомляли про використання презервативів з постійними сексуальними партнерами на відміну від жінок (48,5% у порівнянні з 42,5%).

Серед опитаних, які залучені до профілактичних програм та є клієнтами громадських організацій, більше половини опитаних зазначили, що практикували захищену сексуальну поведінку під час останнього статевого контакту з постійним партнером.

Дані дослідження демонструють, що частка тих, хто використовував презерватив з постійним партнером, є вищою серед СІН зі стажем вживання наркотиків від 6 до 10 років (50,4%) та від 3 до 5 років (47,9%).

**Таблиця 3.1.7**

Питома вага СІН, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту з постійним партнером, динаміка 2008/2009–2013 років, %

Соціально-демографічні характеристики	Використання презерватива під час останнього контакту з постійним партнером, динаміка 2008–2013 років				
	2008/2009 (N=4286)	2011* за типом статевого контакту			2013 (N=6045)
		оральний (N=1900)	вагінальний (N=6120)	анальний (N=520)	
<b>Серед усіх</b>	<b>46,0</b>	<b>22,1</b>	<b>46,4</b>	<b>49,3</b>	<b>46,8</b>
<b>За віком</b>					
14–19 років	63,7	20,0	64,6	50,0	61,4
20–24 роки	50,0	22,8	53,9	66,7	56,1
25–34 роки	45,9	19,1	45,2	46,1	47,8
35 років і старше	41,1	27,6	44,2	46,4	42,5
<i>p</i>	<0,001	0,003	<0,001	0,011	<0,001
<b>За статю</b>					
Чоловіки	47,4	23,3	48,3	46,5	48,5
Жінки	42,0	19,8	42,4	54,2	42,3
<i>p</i>	0,002	0,085		0,093	<0,001
<b>Чи охоплені профілактичними програмами</b>					
Так	–	25,8	55,7	61,6	54,7
Ні	–	18,3	39,4	33,2	39,6
<i>p</i>	–	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
<b>Статус клієнта громадської організації</b>					
Так	–	22,8	51,0	45,1	53,5
Ні	–	21,7	44,4	52,0	42,8
<i>p</i>	–	0,594	<0,001	0,129	<0,001
<b>Стаж вживання наркотиків</b>					
До 3-х років	–	23,5	46,9	56,5	42,0
3–5 років	–	17,8	46,7	36,6	47,9
6–10 років	–	21,6	47,8	60,0	50,4
11 років та більше	–	23,1	45,4	46,9	46,0
<i>p</i>	–	0,270	0,507	0,002	0,007

\*У 2011 році респондентам ставилося окреме запитання щодо використання презерватива під час останнього сексуального контакту в залежності від типу контакту.

На рівні міст опитування спостерігаються відмінності у використанні презервативів під час останнього сексуального контакту з постійним сексуальним партнером.

Частка респондентів, які повідомили, що використовували презервативів під час останнього сексуального контакту з постійним партнером, є найбільшою у Чернівцях та Василькові, де 71,6% і 72,3% опитаних використовували презервативи.

Незахищена сексуальна поведінку часто практикували в Житомирі, де тільки 11,2% зазначили про використання презерватива з партнером під час останнього сексуального контакту. До міст з високим рівнем практик незахищеної сексуальної поведінки в цьому випадку можна віднести Запоріжжя, де тільки 22,3% респондентів повідомили, що використовували презервативи (табл. 3.1.8).

**Таблиця 3.1.8**

**Використання презерватива під час останнього сексуального контакту з постійним партнером залежно від місця опитування, %**

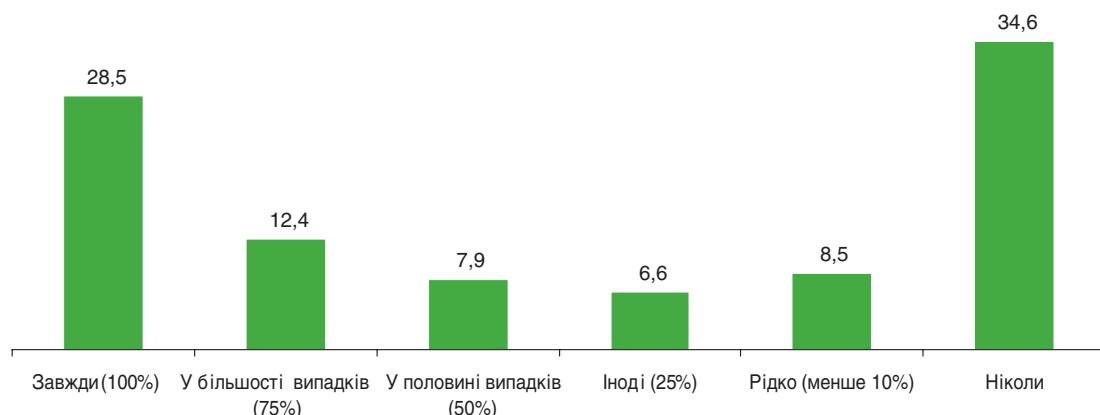
Місто	2013	Довірчий інтервал
Сімферополь	39,3	28,9–48,3
Вінниця	56,2	43,9–69,4
Луцьк	58,5	43,2–65,8
Дніпропетровськ	36,1	28,4–54,6
Донецьк	54,4	37,6–62,8
Житомир	11,2	4,1–19,0
Ужгород	40,6	25,3–60,5
Запоріжжя	22,3	14,1–31,7
Івано-Франківськ	60,3	52,3–71,8
Біла Церква	49,1	39,2–60,4
Київ	59,9	54,2–69,0
Кіровоград	43,6	31,3–61,5
Луганськ	42,4	28,7–57,2
Львів	60,4	51,4–68,2
Миколаїв	53	37,8–64,8
Одеса	57,7	48,1–65,7
Полтава	41,9	34,7–65,2
Рівне	44,1	33,6–0,59
Суми	61,8	53,2–68,5
Тернопіль	34,6	26,3–48,2
Харків	35,4	25,6–46,5
Херсон	53,6	46–68,2
Хмельницький	38,3	25,7–55,7
Черкаси	47,7	36,5–56,6
Чернівці	71,6	63,1–79,7
Чернігів	26,6	8,4–48,4
Фастів	25,8	7,6–31,9
Васильків	72,3	58,7–86,8
Севастополь	29,1	18,4–36,8

Тих СІН, які не використовували презервативи під час останнього статевого контакту з постійним партнером, запитували, чому вони практикували незахищений сексуальний поведінку. Питання щодо причин невикористання презервативів ставилось респондентам у кожній хвилі проведення опитування серед СІН. Загалом структура відповідей про причини невикористання презервативів з постійним партнером є сталою в усіх хвилях дослідження. Основною причиною відмови від використання презерватива у випадку статевих контактів з постійним партнером було свідоме рішення про це (44% – 2011 року та 56,9% – 2013 року) (табл. 3.1.9). Другою за частотою згадування причиною невикористання презервативів є зниження чутливості, про що повідомили 31,1% респондентів. Третьюю (17,8%) причиною невикористання презервативів з постійним партнером є те, що опитані «не думали про необхідність використання презерватива».

**Таблиця 3.1.9**

**Причини відмови від використання презерватива з постійним партнером під час останнього статевого контакту, динаміка, %  
(серед респондентів, у яких були сексуальні контакти з такими партнерами за останні 90 днів)**

	2008/2009 (N=2353)	2011 (N=3726)	2013 (N=3269)
Не було презерватива/не було під рукою	13,0	6,8	8,3
Його використання знижує чуттєвість	35,4	40,5	31,1
Коштує занадто дорого	2,0	1,6	0,7
Партнер(ка) наполягав(ла) на тому, щоб не використовувати презерватив	11,1	5,9	5,4
Без презерватива дорожче	—	—	—
Не думав(ла), що це є необхідним	43,4	18,8	17,8
Не думав(ла) про це	13,3	—	—
Це було нашим свідомим рішенням	—	44,4	56,9
Був(ла) у стані алкогольного сп'яніння	1,4	1,4	1,4
Перебував під впливом наркотиків	4,1	2,1	1,3
Я став(ла) жертвою сексуального насилля	0,2	—	—
Інше	3,4	3,5	0,9
Важко відповісти	0,7	0,2	—



**Рис. 3.1.6. Регулярність використання презервативів з постійним партнером за останні 90 днів, %  
(серед респондентів, у яких були такі партнери, N=6075)**

Показник використання презервативів за останні три місяці дає змогу детальніше розглянути особливості сексуальної поведінки серед СІН.

Згадуючи свою практику використання презервативів, тільки 28,5% респондентів повідомили, що «завжди» використовували цей засіб з постійним сексуальним партнером за останні три місяці (див. рис. 3.1.6).

Ключові відмінності показників використання презервативів з постійним партнером за останні три місяці спостерігаються за такими показниками, як вік, стать, охоплення профілактичними програмами та залучення СІН як клієнтів до громадських організацій (табл. 3.1.10).

**Таблиця 3.1.10**

**Регулярність використання презервативів з постійним партнером за останні 90 днів, %**  
**(серед респондентів, у яких були такі партнери, N= 6075)**

Характерис-тика	Завжди (100%)	Здебіль-шого (75%)	У по-ловині випадків (50%)	Іноді (25%)	Рідко (менше 10%)	Ніко-ли	Важко відпові-сти
<b>Серед усіх</b>	<b>28,5</b>	<b>12,4</b>	<b>7,9</b>	<b>6,6</b>	<b>8,5</b>	<b>34,6</b>	<b>1,5</b>
<b>За віком (р&lt;0,001)</b>							
14–19 років	31,3	23,4	9,4	6,3	6,3	22,7	0,8
20–24 роки	31,3	16,5	12,7	9,0	7,9	21,7	1,0
25–34 роки	28,1	13,7	8,8	6,1	9,4	32,6	1,4
35 років і старше	28,1	9,1	5,4	6,5	7,6	41,2	2,0
<b>За статтю (р&lt;0,001)</b>							
Чоловіки	29,4	13,0	8,0	5,8	8,3	34,0	1,6
Жінки	26,2	10,9	7,6	8,5	9,1	36,3	1,4
<b>Охоплені профілактичними програмами (р&lt;0,001)</b>							
Так	34,6	15,0	7,4	6,5	6,3	29,0	1,2
Ні	22,8	9,9	8,3	6,6	10,5	39,9	1,9
<b>Статус клієнта громадської організації (р&lt;0,001)</b>							
Так	35,1	13,8	6,8	6,0	7,1	30,1	1,1
Ні	24,6	11,5	8,5	6,8	9,3	37,4	1,8
<b>Стаж вживання наркотиків (р&lt;0,001)</b>							
До 3-х років	22,8	14,8	8,6	7,2	8,2	35,9	2,5
3–5 років	24,4	15,7	12,6	7,8	11,7	27,3	0,5
6–10 років	28,6	14,4	9,7	7,1	9,4	29,9	1,0
11 років та більше	30,3	10,5	6,1	5,8	7,6	37,9	1,8

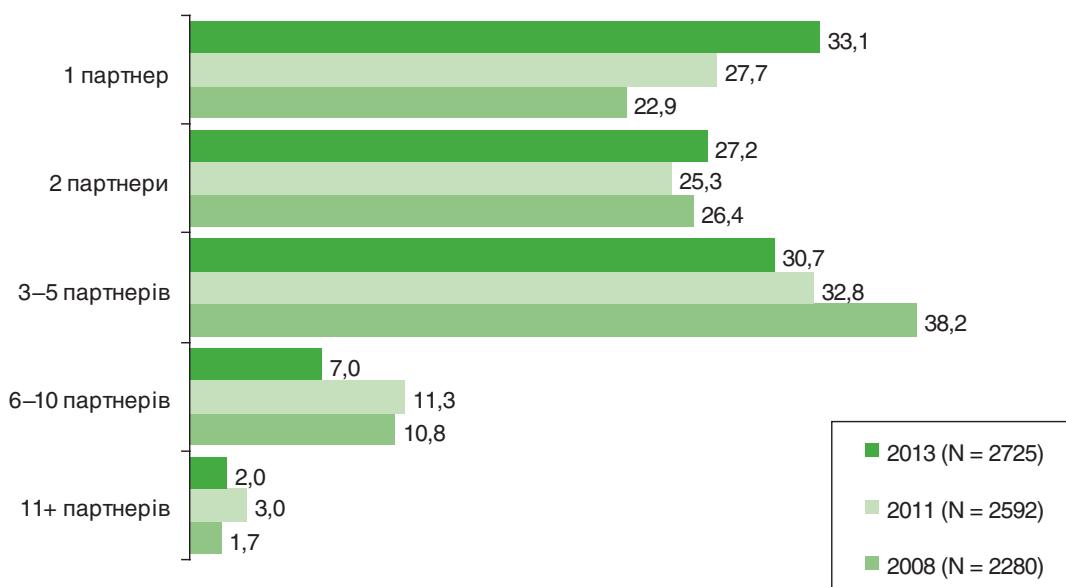
Більш молоді СІН схильні до регулярного використання презервативів під час сексуальних контактів за останні три місяці. Більше половини респондентів у вікових групах від 14 до 19 років повідомили, що «завжди» (31,3%) або «здебільшого» (23,4%) використовували презервативи з постійними сексуальними партнерами. СІН віком від 35 років практикували менш захищену сексуальну поведінку. Серед цієї групи про те, що «завжди» використовують презервативи, повідомили 28,1%, а «здебільшого» – 9,1%.

Чоловіки дещо частіше від жінок використовували презервативи під час останнього сексуального контакту з постійним партнером. Наприклад, серед жінок та чоловіків повідомили, що завжди використовували презервативи, 29,4% та 26,2% відповідно.

Ті, хто залучався до профілактичних програм та є клієнтом громадської організації, частіше використовували презервативи під час контакту з постійними партнерами.

За результатами останньої хвилі опитування, серед СІН, які мали сексуальні стосунки з випадковими партнерами, третина опитаних (31,1%) мали одного партнера, 27,2% вступали в сексуальні відносини з двома партнерами, у 30,7% опитаних було від 3 до 5 партнерів, у 7% – від 6 до 10 партнерів, а 2% мали більше 11 сексуальних партнерів за останні 90 днів.

Згідно з результатами досліджень по кожній із хвиль біоповедінкових досліджень серед СІН, наявна тенденція зменшення частки осіб, що мають двох або більше випадкових партнерів, та збільшення частки тих, хто вступав у випадкові сексуальні відносини тільки з одним сексуальним партнером (рис. 3.1.7 ).



**Рис. 3.1.7. Кількість випадкових сексуальних партнерів СІН, динаміка 2008/2009–2013 років**

Про використання презерватива під час останнього сексуального контакту з випадковим партнером повідомили 74,3% опитаних СІН.

Істотні відмінності в показниках використання презервативів спостерігаються за такими характеристиками СІН, як приналежність до певної вікової або статевої групи, рівнем охоплення профілактичними заходами та статусом клієнта громадської організації.

Найбільша частка тих, хто практикує незахищену сексуальну поведінку з випадковими партнерами, наявна серед наймолодшої вікової групи (до 19 років): лише 63% опитаних цієї групи повідомили про використання презерватива у такій ситуації. Значно більша частина опитаних (82,1%) у віці від 20 до 24 років відповіла про використання презервативів з випадковими партнерами.

Дані опитування свідчать, що 2013 року жінки, у порівнянні з чоловіками, частіше повідомляли про використання презервативів під час останнього сексуального контакту з випадковими партнерами (81,1% проти 73,1%).

Серед залучених до профілактичних програм спостерігається більший відсоток тих, хто використовував презервативи під час сексуальних контактів з випадковими партнерами, ніж серед не залучених: 83,6% проти 67,4%. Аналогічно серед опитаних, які є клієнтами громадських організацій, цей показник становить 82,0% проти 70,3% тих, хто не є їх клієнтами (табл. 3.1.11).

Серед причин нерегулярного використання презервативів з випадковими партнерами опитані СІН зазначили відсутність цього засобу під рукою та зниження чутливості при його застосуванні відповідно 43% та 27,2% опитаних. Алкогольне сп'яніння є третьою за частотою згадування причиною невикористання презервативів з випадковими партнерами (16,0%) (табл. 3.1.12).

**Таблиця 3.1.11**

Питома вага СІН, що використовували презерватив під час останнього статевого контакту з випадковим партнером, динаміка за 2008/2009–2013 роки

Соціально-демографічні характеристики	2008/2009 (N=2274)	2011*(за типом статевого контакту)			2013 (N=2915)
		оральний (N=1143)	вагінальний (N=2557)	аналльний (N=332)	
<b>Серед усіх</b>	<b>70,0</b>	<b>48,3</b>	<b>77,1</b>	<b>73,5</b>	<b>74,3</b>
<b>За віком</b>					
14–19 років	68,4	40,0	75,0	76,5	63,0
20–24 роки	75,5	34,2	79,2	81,7	82,1
25–34 роки	71,1	53,6	79,2	70,9	76,3
35 років і старше	62,7	50,0	74,4	70,9	68,1
<i>p</i>	<0,001	<0,001	0,078	0,340	<0,001
<b>За статтю</b>					
Чоловіки	70,2	48,3	77,0	70,6	73,1
Жінки	68,8	47,7	81,8	90,7	81,1
<i>p</i>	0,582	0,890	0,044	0,005	<0,001
<b>Охоплені профілактичними програмами</b>					
Так	—*	55,5	86,5	84,0	83,6
Ні	—*	41,5	70,7	60,1	67,4
<i>p</i>	—*	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
<b>Статус клієнта громадської організації</b>					
Так	—*	51,1	84,6	78,5	82,0
Ні	—*	46,6	74,5	70,6	70,3
<i>p</i>	—*	0,164	<0,001	0,130	<0,001
<b>Стаж вживання наркотиків</b>					
До 3-х років	—*	48,8	76,3	86,5	70,2
3–5 років	—*	40,6	76,1	66,7	73,5
6–10 років	—*	44,3	76,8	73,6	74,8
11 років та більше	—*	53,0	79,0	72,9	75,3
<i>p</i>	—*	0,016	0,517	0,198	0,338

\*У 2011 році респондентам ставилися окремі запитання щодо використання презерватива під час останнього сексуального контакту в залежності від типу контакту.

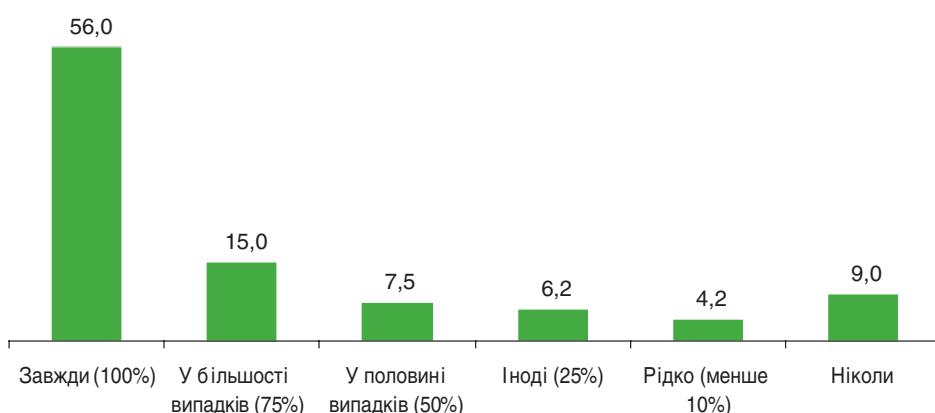
Відповідаючи на запитання про регулярність використання презервативів з випадковими партнерами, 56% загалу опитаних СІН зазначили, що завжди використовували презервативи протягом останніх трьох місяців (рис. 3.1.8). Після нагадування серед тих, хто відповів, що «завжди» використовував презерватив, підтвердили його використання 97,7% опитаних респондентів.

Регулярність використання презервативів з випадковими партнерами за останні 90 днів відрізняється за віком і статтю опитаних (табл. 3.1.13). У порівнянні зі всіма віковими групами, СІН у віці від 20 до 34 років демонструють найвищий рівень захищеної сексуальної поведінки з випадковим сексуальним партнером. Так, наприклад, відповідь, що «завжди» користувалися презервативом із випадковими партнерами, 59,6% респондентів віком 20–24 роки та 57,4% опитаних у віковій групі від 25 до 34 років, тоді як у групі до 19 років таких 40,6%.

**Таблиця 3.1.12**

**Причини відмови від використання презерватива з випадковим партнером під час останнього статевого контакту, динаміка, % (серед респондентів, у яких були сексуальні контакти з такими партнерами за останні 90 днів)**

	2008 (N=733)	2011 (N=917)	2013 (N=748)
Не було презерватива/не було під рукою	46,2	24,0	43,0
Його використання знижує чутливість	33,4	33,9	27,2
Коштує занадто дорого	6,6	4,0	1,0
Партнер(ка) наполягав(ла) на тому, щоб не використовувати презерватив	4,7	6,2	4,0
Без презерватива дорожче	–	–	–
Я не думав(ла), що це є необхідним	20,5	17,3	11,8
Якось не думав(ла) про це	8,4	12,1	–
Це було нашим свідомим рішенням	–	–	12,0
Був(ла) у стані алкогольного сп'яніння	6,2	6,2	16,0
Перебував під впливом наркотиків	12,4	9,6	10,8
Я став(ла) жертвою сексуального насилля	0,5	0,2	–
Інше	3,4	1,9	0,8
Важко відповісти	0,7	0,0	1,2



**Рис. 3.1.8. Регулярність використання презервативів з випадковим партнером за останні 90 днів, % (серед респондентів, у яких були такі партнери, N=2952)**

Жінки за цей період частіше використовували презервативи під час сексуальних контактів з випадковими партнерами. Серед чоловіків тих, хто «завжди» використовував презерватив під час сексуальних контактів з випадковими партнерами, 55,4%, а серед жінок – 59,9%. Водночас серед чоловіків «ніколи» не використовували презерватив 9,7% опитаних, а серед жінок-СІН – 5,4%.

Знову ж таки, ті, хто залучався до профілактичних програм або має статус клієнта громадської організації, частіше використовували презерватив під час контакту з випадковими партнерами. Серед тих, хто повідомив, що використовував презервативи, – 67,3% респондентів, які охоплені профілактичними програмами, та стільки ж серед тих, хто є клієнтом громадських організацій (табл. 3.1.13).

**Таблиця 3.1.13**

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

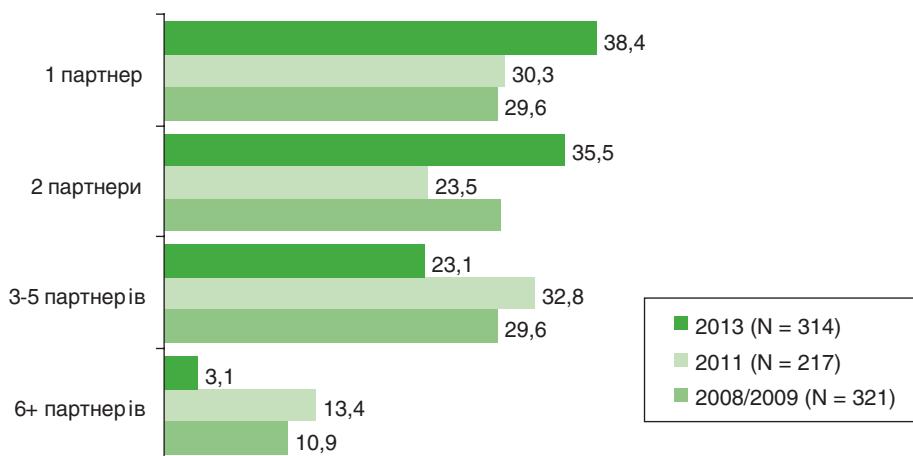
Характеристика	Завжди (100%)	Здебіль-шого (75%)	У по-ловині випадків (50%)	Іноді (25%)	Рідко (менше 10%)	Ніко-ли	Важко відповісти
<b>Серед усіх</b>	<b>56,0</b>	<b>15,0</b>	<b>7,5</b>	<b>6,3</b>	<b>4,1</b>	<b>9,0</b>	<b>2,0</b>
<b>За віком (p&lt;0,001)</b>							
14–19 років	40,6	21,1	14,8	7,8	8,6	6,3	0,8
20–24 роки	59,6	18,9	6,1	6,5	2,8	4,5	1,6
25–34 роки	57,4	15,4	8,3	5,2	3,5	8,3	1,9
35 років і старше	54,2	11,0	6,1	7,5	5,3	13,3	2,6
<b>За статтю (p=0,001)</b>							
Чоловіки	55,4	14,2	7,7	6,8	4,3	9,7	1,9
Жінки	59,9	19,2	6,4	3,2	3,2	5,4	2,7
<b>Охоплені профілактичними програмами (p&lt;0,001)</b>							
Так	67,3	12,7	5,8	3,1	2,3	7,4	1,4
Ні	47,9	16,6	8,7	8,5	5,5	10,3	2,5
<b>Статус клієнта громадської організації (p&lt;0,001)</b>							
Так	67,3	13,4	4,9	2,4	1,5	9,1	1,4
Ні	50,5	15,7	8,9	8,1	5,4	9,1	2,3
<b>Стаж вживання наркотиків (p&lt;0,001)</b>							
До 3-х років	43,4	20,5	12,2	10,4	5,2	6,6	1,7
3–5 років	52,7	19,0	12,1	6,3	2,9	5,4	1,7
6–10 років	56,3	16,2	5,8	7,6	5,0	8,4	0,6
11 років та більше	60,2	11,5	5,7	4,5	4,0	11,4	2,8

Загалом серед респондентів, які платили винагороду сексуальним партнерам за надання сексуальних послуг, більше третини (38,4%) вступали в сексуальні стосунки з одним партнером. 35,5% практикували комерційний секс з двома партнерами, 23,1% опитаних повідомили, що кількість сексуальних партнерів коливалась від 3 до 5, а 3,1% СІН купували сексуальні послуги у більш ніж шести різних сексуальних партнерів за останні 90 днів (рис. 3.1.9).

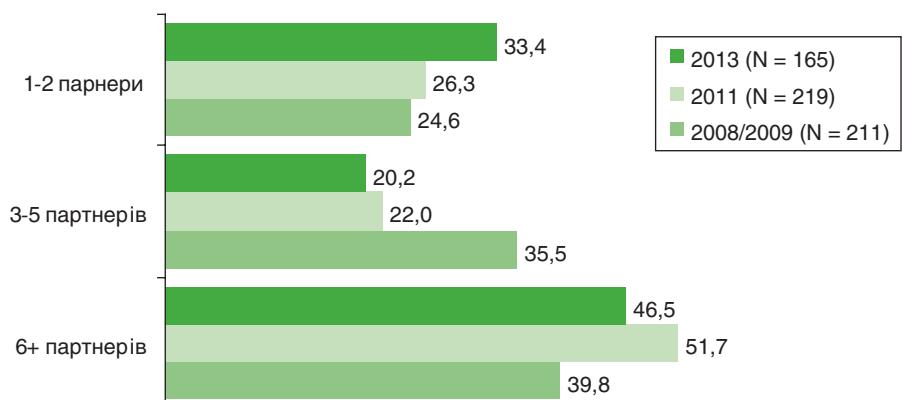
За результатами досліджень усіх хвиль, можна помітити поступове збільшення частки СІН, що платили за сексуальні послуги лише одному партнеру за останні три місяці.

У випадку продажу сексуальних послуг з боку СІН майже половина опитаних респондентів, що залучались до комерційного сексу за останні три місяці, мали шість або більше сексуальних партнерів. У п'ятої частини опитаних кількість партнерів коливалась від 3 до 5, а третина респондентів мали по одному партнеру, від яких отримували винагороду за сексуальні послуги (рис. 3.1.10).

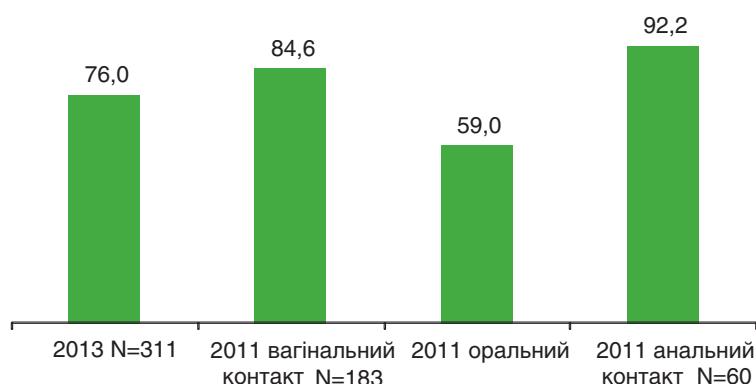
Слід відзначити, що під час сексуальних контактів з комерційними сексуальними партнерами більшість респондентів зазначили, що використовували презервативи. Згідно з даними останньої хвилі біоповедінкового дослідження, 76% опитаних, які платили за сексуальні послуги, повідомили про використання презервативів (рис. 3.1.11).



**Рис. 3.1.9. Кількість комерційних сексуальних партнерів у СІН, які купували сексуальні послуги, динаміка за 2008/2009–2013 роки**

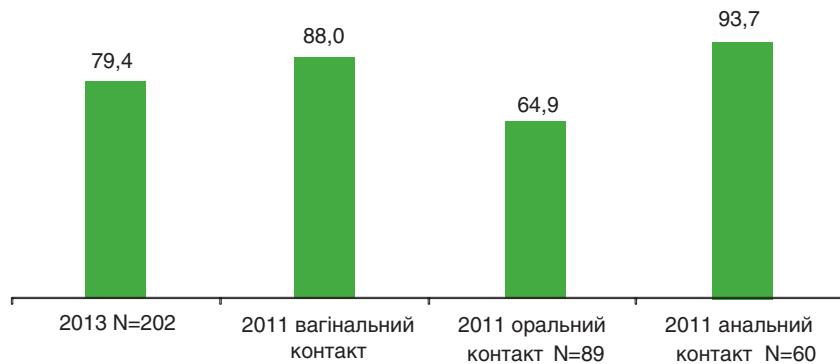


**Рис. 3.1.10. Кількість комерційних сексуальних партнерів у тих СІН, які надавали сексуальні послуги за винагороду, динаміка за 2008/2009–2013 роки**



**Рис. 3.1.11. Питома вага СІН, які використовували презервативи під час останнього статевого контакту з комерційними партнерами, яким респондент давав винагороду за секс, динаміка за 2011–2013 роки, %, осіб (серед респондентів, у яких були сексуальні контакти за останні 30 днів)**

79,4% респондентів серед тих, хто отримував винагороду за надання сексуальних послуг, повідомили про використання презервативів (рис. 3.1.12).



**Рис. 3.1.12. Питома вага СІН, які використовували презервативи під час останнього статевого контакту з комерційними партнерами, які давали респонденту винагороду за секс, динаміка за 2011–2013 роки, %, осіб (серед респондентів, у яких були сексуальні контакти за останні 30 днів)**

Серед основних причин нерегулярності використання презервативів серед тих, хто платив партнеру за сексуальні послуги, – зниження чутливості, а як друга за-значена причина – відсутність презерватива під рукою (табл. 3.1.14).

**Таблиця 3.1.14**

**Причини відмови від використання презерватива з комерційним партнером (купівля сексу), динаміка % (серед респондентів, у яких були сексуальні контакти з такими партнерами за останні 90 днів)**

	2011 (N=62)	2013 (N=64)
Не було презерватива/не було під рукою	13 (8)	14,7 (13)
Його використання знижує чутливість	48 (29)	49,7 (32)
Коштує занадто дорого	0	–*
Партнер(ка) наполягав(ла) на тому, щоб не використову- вати презерватив	3 (2)	5,0 (3)
Без презерватива дорожче	–*	–*
Я не думав(ла), що це є необхідним	19 (12)	16,0 (6)
Якось не думав(ла) про це	11 (7)	
Це було нашим свідомим рішенням	–*	14,7 (5)
Був(ла) у стані алкогольного сп'яніння	18 (11)	3,2 (4)
Перебував під впливом наркотиків	13 (8)	8,3 (10)
Я став(ла) жертвою сексуального насилля	0	–*
Інше	0	–*
Важко відповісти	2 (1)	–*

\* Зважаючи на малі вибірки СІН, що мали комерційних партнерів, у яких купували сексуальні по-слуги, 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 позначені в дужках.

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

## 64

Серед тих, хто продавав сексуальні послуги, головною причиною незахищено-го сексуального контакту стало бажання партнера не використовувати презерва-тив (табл. 3.1.15).

62,9% опитаних СІН, які давали винагороду за сексуальні послуги, відповіли, що завжди використовували презерватив (табл. 3.1.16).

**Таблиця 3.1.15**

**Причини відмови від використання презерватива з комерційним партнером (продаж сексу), динаміка, % (серед респондентів, у яких були сексуальні контакти з такими партнерами за останні 90 днів)**

	2011 (N=75)	2013 (N=39)
Не було презерватива/не було під рукою	6 (4)	14,5 (6)
Його використання знижує чутливість	13 (9)	17,0 (8)
Коштує занадто дорого	2 (1)	1,9 (1)
Партнер(ка) наполягав(ла) на тому, щоб не використовувати презерватив	36 (27)	51,9 (19)
Без презерватива дорожче	20 (15)	—*
Я не думав(ла), що це є необхідним	7 (5)	27,8 (10)
Якось не думав(ла) про це	4 (3)	—*
Це було нашим свідомим рішенням	—*	4,5 (2)
Був(ла) у стані алкогольного сп'яніння	3 (2)	12,1 (4)
Перебував під впливом наркотиків	9 (6)	—*
Я став(ла) жертвою сексуального насилля	0	—*
Інше	0	—*
Важко відповісти	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 позначені в дужках.

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

Відповідаючи на уточнююче запитання про можливість невикористання презерватива з партнерами, яким давали винагороду за надання сексуальних послуг протягом останніх трьох місяців (90 днів), 97,8% відповіли, що використовували презервативи кожного разу. Серед тих, хто надавав послуги за винагороду, 61,9% зазначили, що «завжди» використовували презерватив під час комерційних сексуальних контактів. Відповідаючи на уточнююче запитання про випадки невикористання презервативів з партнерами протягом останніх трьох місяців (90 днів), 93,2% відповіли, що використовували презерватив кожного разу.

**Таблиця 3.1.16**

**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=192)
Завжди (100%)	62,9	61,9
У більшості випадків (75%)	6,7	17,8
У половині випадків (50%)	6,8	6,8
Іноді (25%)	4,5	2,7
Рідко (менше 10%)	1,6	3,2
Ніколи	14,8	2,6
Важко відповісти	2,6	4,9

## 3.2. ГРУПОВИЙ СЕКС: НАЯВНІСТЬ ДОСВІДУ, ВИКОРИСТАННЯ ПРЕЗЕРВАТИВІВ

Про досвід групового сексу повідомили 2,7% (276 осіб) серед усіх опитаних, які вступали в сексуальні контакти за останні 12 місяців (табл. 3.2.1). Найбільша частка тих, хто має такий досвід, спостерігається у віковій групі до 19 років. Зі збільшенням віку зменшується частка тих, хто має досвід такого типу сексу. Різниця між відсотками є статистично значущою.

**Таблиця 3.2.1**

**Наявність досвіду групового сексу, % (серед усіх респондентів, які вступали в сексуальні контакти за останні 12 місяців, N=8152)**

<b>Серед усіх</b>	<b>2,7</b>
<b>За віком (p&lt;0,001)</b>	
14–19 років	8,0
20–24 роки	4,0
25–34 роки	2,7
35 років і старше	2,0
<b>За статтю (p=0,059)</b>	
Чоловіки	2,5
Жінки	3,4

Серед тих, хто практикував груповий секс, 49,1% відповіли, що використовували нові презервативи при зміні кожного сексуального партнера.

Респонденти віком до 19 років частіше практикували незахищений груповий секс, серед них лише 23,5% повідомили про використання нових презервативів при зміні сексуальних партнерів під час групового сексу (табл. 3.2.2).

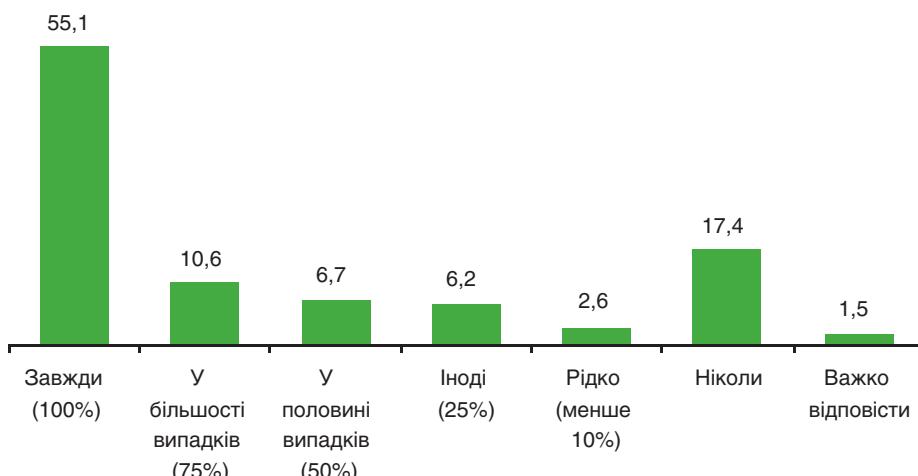
**Таблиця 3.2.2**

**Питома вага СІН, які контролюють використання нового презерватива при зміні кожного сексуального партнера під час групового сексу, % (серед респондентів, які мають досвід групового сексу, N=276)**

<b>Серед усіх</b>	<b>49,1</b>
<b>За віком (p=0,041)</b>	
14–19 років	23,5
20–24 роки	48,7
25–34 роки	57,1
35 років і старше	42,4
<b>За статтю (p=0,979)</b>	
Чоловіки	49,0
Жінки	49,2
<b>Охоплені профілактичними програмами (p=0,179)</b>	
Так	53,7
Ні	44,6
<b>Мають статус клієнта громадської організації (p&lt;0,001)</b>	
Так	65,4
Ні	39,7

Слід відзначити, що серед тих, хто має статус клієнта громадської організації, більша частка тих, хто практикував захищений секс.

Більше половини (55,1%) серед тих, хто практикував груповий секс, повідомили, що завжди використовували презерватив. З них 92,7% (149 осіб) зазначили, що використовували презерватив під час групового сексу кожного разу з кожним партнером (рис. 3.2.1).



**Рис. 3.2.1. Регулярність використання презервативів під час групового сексу, % (серед респондентів, у яких були такі партнери, N=276)**

Близько 0,5% (48 осіб) чоловіків-СІН мали статеві контакти з особами чоловічої статі протягом останнього року. Наявність досвіду гомосексуальних контактів, переважно, має відмінності на рівні окремих міст.

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

Найбільша кількість респондентів, які зазначили про наявність досвіду гомосексуальних контактів, проживає у Сімферополі та Севастополі.

СІН-ЧСЧ переважно зосереджені у групах віком понад 25 років. Частка осіб серед вікових груп є такою: у віковій групі від 14 до 19 років – 3 особи; від 20 до 24 років – 10 осіб, від 25 до 34 років – 18 осіб та від 35 років – 17 осіб.

## ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Дані біоповедінкового дослідження 2013 року свідчать, що зберігається тенденція раннього початку статевого життя серед СІН. Моногамний спосіб сексуального життя серед СІН залишається сталим: СІН зазвичай схильні мати тільки одного постійного партнера, але з яким у більшості випадків не використовують презервативи.

Як і за результатами попередніх досліджень<sup>10</sup>, спостерігаються відмінності у практиці використання презервативів. Так, наприклад, тип сексуального партнера мотивує до використання презервативів: більшість респондентів зазначили, що під час сексуальних контактів з випадковими або комерційними сексуальними партнерами практикували захищений секс.

<sup>10</sup> Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління: аналіт. звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року / Балакірева О.М., Бондар Т.В., Середа Ю.В., Сазонова Я.О. – К.: МБФ “Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні”, 2012.

Помітна тенденція регулярності використання презервативів під час сексуальних контактів та наявністю статусу клієнта громадської організації або залученістю до профілактичних програм.

## РЕЗЮМЕ

- 86,2% опитаних уперше вступили в статевий зв'язок до досягнення повноліття, у середньому в 16 років.
- Переважна більшість опитаних мають тільки одного постійного партнера та не склонні до полігамних стосунків.
- СІН менше використовують презерватив під час сексуальних контактів з постійними партнерами у порівнянні з випадковими та комерційними партнерами.
- Практики групового сексу більш поширені серед осіб віком до 19 років. Серед тих, хто має досвід групового сексу, близько половини підтвердили використання презервативів (49,1%).

# РОЗДІЛ 4. КОРИСТУВАННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИМИ ПОСЛУГАМИ І РІВЕНЬ ЗНАНЬ щодо ВІЛ

Розділ присвячено аналізу рівня охоплення різних груп СІН послугами з профілактики інфікування ВІЛ, визначеню частки тих, хто є клієнтами громадських організацій, а також оцінці коректних знань щодо шляхів передачі ВІЛ-інфекції та засобів індивідуального захисту.

## 4.1. КОРИСТУВАННЯ ПОСЛУГАМИ ГО ТА ОХОПЛЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИМИ ПРОГРАМАМИ

Із числа опитаних у цьому дослідженні 35,7% є клієнтами громадських організацій, що працюють з СІН (табл. 4.1.1). Відсоток клієнтів громадських організацій дещо збільшився у порівнянні з 2011 роком (29,3%). Частина клієнтів ГО приблизно в однаковій пропорції зросла і серед чоловіків, і серед жінок. Аналіз за віком демонструє, що в середовищі опитаних СІН відбулось зростання частки клієнтів ГО в старших вікових групах. Це може як відображати реальну картину, так і говорити про більше небажання молодших представників групи розкривати свій статус-СІН та контактувати з інтерв'юерами в ході дослідження.

**Таблиця 4.1.1**

**Питома вага СІН – клієнтів ГО серед різних груп, % (ствердні відповіді)**

	2011	2013
<b>Серед всіх</b>	<b>29,3</b>	<b>35,7</b>
<b>За віком</b>		
14–19 років	15,0	14,0
20–24 роки	21,7	27,6
25–34 роки	33,4	38,5
35 років і старше	28,6	36,0
<i>p</i>	<0,001	<0,001
<b>За статтю</b>		
Чоловіча	28,1	33,8
Жіноча	32,8	41,6
<i>p</i>	<0,001	<0,001

Згідно з результатами дослідженням, найбільш високі частки клієнтів громадських організацій серед опитаних СІН спостерігаються в Чернівцях (96,4%), Чернігові (68,3%), Одесі (64,3%), Сімферополі (63,8%), Василькові (62,0%), Києві (56,4%), Луцьку (51,1% (табл. 4.1.2)). Порівняно з 2011 роком більше клієнтів громадських організацій серед СІН виявилося, зокрема, в містах Дніпропетровськ, Рівне, Львів, Харків, Одеса. Серед міст, де клієнтів ГО стало менше, можна назвати, в першу чергу, Житомир, Запоріжжя, Черкаси, Кіровоград, Херсон, Суми та Луцьк.

Низьке охоплення СІН послугами громадських організацій також у містах Кіровоград (6,0%), Ужгород (8,5%), Луганськ (10,7%), Запоріжжя (10,9%), Житомир (12,3%), Вінниця (13,2%), Львів (16,9%), Херсон (18,7%), Миколаїв (19,6%).

**Таблиця 4.1.2**

**Розподіл СІН за статусом клієнта громадської організації у містах опитування, %**

Місто	2011 рік		2013 рік	
	%	довірчі інтервали	%	довірчі інтервали
Сімферополь	45,8	38,3–52,2	63,8	57,2–68,7
Вінниця	8,0	5,2–12,2	13,2	7,9–17,9
Луцьк	65,3	60,0–71,3	51,1	44,3–56,3
Дніпропетровськ	4,7	2,2–7,4	30,9	22,7–35,4
Донецьк	27,1	22,6–31,9	31,0	23,5–37,2
Житомир	34,9	29,1–40,9	12,3	4,5–12,6
Ужгород	5,3	2,4–9,0	8,5	2,7–12,4
Запоріжжя	30,5	22,0–38,6	10,9	4,1–13,7
Івано-Франківськ	34,8	28,6–41,9	44,3	37,2–52,2
Біла Церква	30,3	20,9–39,3	43,3	33,3–51,7
Київ	29,9	22,7–37,3	56,4	50,1–61,6
Кіровоград	12,8	9,3–16,6	6,0	2,9–10,0
Луганськ	11,0	5,1–17,5	10,7	6,2–14,5
Львів	4,4	1,7–7,0	16,9	7,6–19,6
Миколаїв	17,9	14,0–21,9	19,6	11,8–22,7
Одеса	18,6	14,4–23,2	64,3	58,2–69,3
Полтава	25,9	20,5–31,4	46,7	37,2–54,3
Рівне	5,3	3,2–7,5	28,0	18,6–33,4
Суми	69,9	63,2–75,9	46,3	40,0–52,6
Тернопіль	28,9	20,2–37,9	28,0	20,7–35,9
Харків	6,9	4,6–9,7	24,3	18,1–31,8
Херсон	33,3	27,4–38,4	18,7	13,2–24,3
Хмельницький	18,9	13,8–24,2	38,3	28,8–45,0
Черкаси	72,4	66,6–75,7	26,6	19,5–31,5
Чернівці	62,1	44,9–71,4	96,4	94,3–98,5
Чернігів	26,3	21,0–31,8	68,3	58,3–73,1
Фастів *	—*	—*	20,0	11,6–27,3
Васильків *	—*	—*	62,0	51,8–71,7
Севастополь *	—*	—*	38,9	32,0–46,2

\*Дослідження в даному місті опитування у відповідний рік не проводилося.

Питома вага ВІЛ-позитивних серед клієнтів громадських організацій є вищою в порівнянні з тими, хто такими послугами не користується (25,7% проти 13,6%). У порівнянні з 2011 роком якихось суттєвих зсувів у цьому питанні не відбулося. Вищий рівень ВІЛ-інфікування серед клієнтів профілактичних програм пов'язаний з декількома факторами:

- клієнтами програм СІН стають уже після того, як дізнаються про свій ВІЛ-позитивний статус;
- ВІЛ-інфекція більш пошиrena серед СІН з великим стажем вживання наркотичних речовин: допомога цим клієнтам більш доступна для профілактичних програм.

Менше половини СІН (44,6%) охоплені різноманітними профілактичними програмами. Це незначне покращення у порівнянні з 2011 роком (41,8%). Відсоток СІН, охоплених профілактичними програмами, збільшується разом із віком. Найнижчий відсоток охоплених програмами – серед підлітків (24,3%) та молодих людей у віці 20–24 роки (36,5%). Найвищий – серед СІН у віці 25–34 роки (48,5%). Дещо вищим є рівень охоплення програмами профілактики СІН-жінок (49,8% – майже половина) порівняно із СІН-чоловіками (42,9%) (табл. 4.1.3).

Рівень охоплення профілактичними програмами позитивно пов'язаний зі стажем: якщо серед СІН зі стажем менше двох років охоплений тільки кожен п'ятий (20,2%), то серед тих, чий стаж нараховує більше 11 років, – понад половину (50,9%).

У розрізі міст опитування найвищі відсотки охоплення профілактичними програмами були зафіковані в Чернівцях (94,8%), Києві (74,6%), Івано-Франківську (66,7%), Чернігові (66,0%) та Сімферополі (65,8%) (табл. 4.1.4).

Найнижчі відсотки охоплення профілактикою були характерні для Запоріжжя (12,9%), Житомира (17,7%), Ужгорода (18,5%), Львова (21,1%) та Фастова (21,3%). До міст, в яких охоплення профілактикою найбільше покращилося, входять Харків, Рівне, Дніпропетровськ, Чернігів, Львів, Київ та Одеса. Найбільше охоплення профілактичними програмами знизилося в Запоріжжі, Черкасах, Луганську, Миколаєві, Сумах.

#### Таблиця 4.1.3

Питома вага СІН, охоплених профілактичними програмами, серед різних груп,%<sup>11</sup>

<b>Серед всіх</b>	<b>44,6</b>
<b>За віком (р&lt;0,001)</b>	
14–19 років	24,3
20–24 роки	36,5
25–34 роки	48,5
35 років та старше	43,7
<b>За статтю (р&lt;0,001)</b>	
Чоловіча	42,9
Жіноча	49,8
<b>За стажем вживання наркотиків (р&lt;0,001)</b>	
До 2–х років включно	20,2
3–5 років	32,1
6–10 років	43,5
11 років та більше	50,9

<sup>11</sup> Показник розрахований за системою Національних показників – «Відсоток СІН, які охоплені 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 4.1.4**  
**Питома вага СІН, охоплених профілактичними програмами**  
**за містами дослідження, відсоток та довірчі інтервали<sup>12</sup>**

Міста	2011 рік		2013 рік	
	%	довірчі інтервали	%	довірчі інтервали
Сімферополь	84,5	81,2–88,1	65,8	59,4–70,6
Вінниця	58,8	53,6–64,3	45,6	37,6–53,7
Луцьк	63,5	57,7–69,4	48,6	41,8–53,8
Дніпропетровськ	16,5	12,4–21,2	41,3	32–45,2
Донецьк	36,3	31,9–42,3	46,8	38–54,5
Житомир	26,3	19,7–32,4	17,7	8,7–19,8
Ужгород	11,6	7,3–16,7	18,5	7,5–23,7
Запоріжжя	26,6	18,8–35,0	12,9	6,8–17,4
Івано-Франківськ	66,1	57,4–76,4	66,7	55,7–70,6
Біла Церква	29,4	20,1–38,8	49,3	39,3–57,4
Київ	32,5	26,7–39,0	74,6	69,4–79,6
Кіровоград	24,0	18,6–30,8	36,4	26,4–46,8
Луганськ	62,3	53,2–70,8	36,0	26,7–45,9
Львів	8,7	4,3–12,7	21,1	8,4–21,2
Миколаїв	43,1	38,1–48,4	27,4	20,0–32,1
Одеса	26,4	22,1–31,2	58,5	52,2–63,6
Полтава	44,8	38,3–51,0	46,3	37,9–54,6
Рівне	10,8	7,6–14,1	31,3	21,9–38,4
Суми	69,9	63,4–75,9	45,7	39,9–51,9
Тернопіль	38,9	30,4–49,0	48,8	39–57,5
Харків	16,0	11,8–20,9	47,4	39–54,9
Херсон	38,4	32,8–43,1	30,0	21,5–36,6
Хмельницький	42,0	35,9–48,0	40,7	31–46,7
Черкаси	86,6	82,6–90,3	44,9	34,9–49,9
Чернівці	67,5	53,6–74,1	94,8	91,8–97,3
Чернігів	26,4	21,0–32,0	66,0	54,3–70,0
Фастів *	—*	—*	21,3	12,4–30,3
Васильків *	—*	—*	58,7	48,9–68,4
Севастополь *	—*	—*	37,7	31,1–45,1

\*Дослідження в даному місті опитування у відповідний рік не проводилося.

Серед охоплених профілактичними програмами СІН вища питома вага осіб з ВІЛ-позитивним статусом (23,1%) (табл. 4.1.5). Така ситуація суттєво не змінилась у порівнянні з 2011 роком. Охоплення профілактичними послугами не тільки ВІЛ-негативних, а й ВІЛ-позитивних СІН є одним із стратегічних завдань для попередження не лише ВІЛ-інфікування, а й подальшого поширення ВІЛ-інфекції в популяції СІН.

<sup>12</sup> Показник розрахований за системою Національних показників – «Відсоток СІН, які охоплені 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 4.1.5**

**Розподіл охоплених профілактичними програмами СІН залежно від ВІЛ-статусу, %**

Результат тесту на ВІЛ	2011		2013	
	так	ні	так	ні
Позитивний	27,2	17,5	23,1	14,1
Негативний	72,8	82,5	76,9	85,9

Дещо менше половини опитаних (47,2%) СІН відповіли, що протягом останніх 12 місяців отримували безкоштовні презервативи. Цей показник майже не змінився з 2011 року. Натомість серед СІН, які є клієнтами громадських організацій, протягом останніх шести місяців безкоштовні презервативи отримували 91,4% (у 2011 році – 90,3%). Рівень охоплення безкоштовними презервативами зростає з віком СІН – як серед клієнтів, так і неклієнтів громадських організацій. У порівнянні з 2011 роком загальний відсоток охоплення СІН безкоштовними презервативами майже не змінився, за винятком зниження цього показника для групи підлітків (для всіх СІН у 2011 році охоплення становило 35,1%, у 2013 – 28,5%; для клієнтів ГО – відповідно 97,3% та 87,9%). Схоже, не існує суттєвих відмінностей в отриманні безкоштовних презервативів з огляду на стать СІН. Отримання безкоштовних презервативів позитивно пов’язано зі стажем вживання наркотиків: серед СІН зі стажем більше 11 років безкоштовні презервативи протягом останніх 12 місяців отримувало вдвічі більше осіб, аніж СІН зі стажем менше двох років (52,9% проти 24,6% відповідно). Такий же позитивний зв’язок спостерігається і для СІН – клієнтів громадських організацій, однак відсоток охоплення вищий (від 81,9% до 90,6%), а відмінність між групами з різним стажем менша (табл. 4.1.6).

**Таблиця 4.1.6**

**Питома вага СІН, що безкоштовно отримували презервативи, %**

Соціально-демографічні характеристики	2011 рік		2013 рік	
	(1) серед клієнтів громадських організацій за останні 6 місяців (N=2661)	(2) серед загалу СІН, за останні 12 місяців (N=9069)	(1) серед клієнтів громадських організацій за останні 6 місяців (N=3391)	(2) серед загалу СІН, за останні 12 місяців (N=9502)
<b>Серед усіх</b>	<b>90,3</b>	<b>46,6</b>	<b>91,4</b>	<b>47,2</b>
<b>За віком</b>				
14–19 років	97,3	35,1	87,9	28,5
20–24 роки	90,9	41,7	94,1	40,0
25–34 роки	89,0	49,6	93,5	51,3
35 років і старше	91,6	46,0	88,7	45,8
<i>p</i>	0,028	<0,001	<0,001	<0,001
<b>За статю</b>				
Чоловіки	90,6	45,0	91,5	45,8
Жінки	89,8	51,0	91,1	51,7
<i>p</i>	0,147	<0,001	0,031	<0,001
<b>Стаж вживання наркотиків</b>				
До 2–х років включно	–	–	81,9	24,6
3–5 років	–	–	96,7	35,1
6–10 років	–	–	94,0	46,8
11 років та більше	–	–	90,6	52,9
<i>p</i>	–	–	<0,001	<0,001

Самостійно купували презервативи протягом останнього місяця 28,5% СІН (у 2011 році – 27,8%). Придбання знаходиться у зворотній залежності від віку: серед підлітків самостійно купували презервативи 43%, а серед СІН – старше 35 років – 19,7% (у 2011 році були близькі показники). Чоловіки купують презервативи частіше, ніж жінки (відповідно 29,9% проти 19,3%). Також частіше доводиться купувати презервативи СІН, які не є клієнтами громадських організацій (37,2% в порівнянні з 10,1% серед клієнтів ГО). Зі зростанням стажу вживання наркотиків (з яким пов’язане зростання віку, а також кращий доступ до безкоштовних презервативів), відсоток самостійного придбання СІН презервативів знижується. Якщо серед СІН зі стажем менше двох років самостійно купували презервативи протягом останнього місяця 43,3%, то серед СІН зі стажем більше 11 років – удвічі менше (20,7%) (табл. 4.1.7).

**Таблиця 4.1.7**

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

Характеристика	2011 рік (N=7049)	2013 рік (N=6981)
<b>Серед усіх</b>	<b>27,8</b>	<b>28,5</b>
<b>За віком (р&lt;0,001)</b>		
14–19 років	43,5	43,0
20–24 роки	37,1	41,9
25–34 роки	28,0	28,8
35 років і старше	22,4	19,7
<b>За статтю (р&lt;0,001)</b>		
Чоловіки	31,7	29,9
Жінки	18,6	19,3
<b>Статус клієнта громадської організації (р&lt;0,001)</b>		
Так	10,1	10,1
Ні	35,6	37,2
<b>Стаж вживання наркотиків (р&lt;0,001)</b>		
До 2-х років включно	–	43,3
3–5 років	–	38,5
6–10 років	–	30,8
11 років та більше	–	20,7

Лідерами серед міст, де протягом останніх 12 місяців СІН отримували презервативи, є Чернівці (95,6%), Київ (76,8%), Івано-Франківськ (68,7%), Сімферополь (66,8%), Чернігів (66%). Найменше отримували презервативи СІН в Запоріжжі (13,1%), Житомирі (19,1%), Ужгороді (19,5%), Фастові (21,3%) та Львові (21,4%). У порівнянні з 2011 роком рівень отримання презервативів найбільше піднявся в Чернігові, Харкові, Рівному, Дніпропетровську, Львові, Києві, натомість найбільше знизився в Запоріжжі, Черкасах, Миколаєві, Сумах, Луганську, Житомирі (табл. 4.1.8).

Дані опитування 2013 року свідчать, що протягом останніх 12 місяців половина (49,4%) СІН отримувала безкоштовні шприци та голки від представників громадських організацій, а протягом останніх 6-ти місяців – трохи більше третини (34%). Водночас серед клієнтів громадських організацій не отримували безкоштовні шприци та голки менше 5% СІН.

**Таблиця 4.1.8****Відсоток СІН, які за останні 12 місяців отримували презервативи, 2008/2009–2013 роки, %**

Місто	2008/2009	Довірчий інтервал	2011	Довірчий інтервал	2013	Довірчий інтервал
Сімферополь	78,0	72,1–83,3	87,4	84,3–90,9	66,8	60,5–71,5
Вінниця	23,0	18,1–30,7	64,0	58,7–69,4	48,8	40,8–57,3
Луцьк	47,8	37,4–57,9	64,8	59–70,4	48,9	42,5–54,7
Дніпропетровськ	45,6	37,4–53,7	20,9	16,4–25,6	44,9	35,1–49,3
Донецьк	31,6	25,5–37,9	40,2	34,7–45,9	49,2	41,4–57,7
Житомир	1,9	1,0–3,4	26,6	20–32,8	19,1	8,9–21,3
Ужгород	31,5	22,8–42,7	17,4	11,9–23,9	19,5	9,5–25,8
Запоріжжя	18,6	12,5–25,1	28,9	20,3–37,9	13,1	7,7–17,8
Івано-Франківськ	94,1	90,0–96,4	67,8	58,9–77,9	68,7	56,7–71,5
Біла Церква*	—*	—*	—*	—*	53,7	45,2–62,3
Київ	56,1	48,6–62,9	41,2	34,8–48,1	76,8	71,2–81,7
Кіровоград	19,0	14,2–24,2	31,0	24,7–39	44,4	34,3–54,5
Луганськ	9,2	4,1–13,9	66,0	58,4–74,5	43,3	32,6–54,2
Львів	4,7	2,4–8,5	11,4	6,8–16,1	21,4	8–20,1
Миколаїв	24,1	18,8–30,8	53,3	48,8–58,8	31,8	23,7–37,0
Одеса	9,8	5,3–14,1	36,4	31,3–41,4	60,0	54,1–65,3
Полтава	53,6	45,0–62,8	50,7	44,7–56,8	52,2	42,3–59,8
Рівне	62,7	56,5–69,6	13,6	9,9–17,5	32,3	22,8–39,1
Суми	7,7	4,3–12,1	74,6	68,3–80,5	45,6	39,5–52,2
Тернопіль	17,2	9,9–29,1	42,3	33–52,5	54,4	44,6–62,9
Харків	20,3	14,9–26,6	20,4	15,5–25,3	49,4	39,4–56,3
Херсон	57,9	48,3–65,4	44,7	38,4–49,4	34,0	26,3–41,1
Хмельницький	27,5	21,9–37,3	50,2	43,9–57,1	43,3	34–49,4
Черкаси	56,9	49,2–67,2	88,6	85,2–91,5	51,7	42,4–57,9
Чернівці	94,8	91,1–98,1	64,7	50,5–73,3	95,6	92,4–98,0
Чернігів	36,8	29,4–45,7	26,5	21–32,2	66,0	54,3–69,9
Фастів *	—*	—*	—*	—*	21,3	12,4–29,8
Васильків*	—*	—*	—*	—*	59,3	50–70,1
Севастополь*	—*	—*	—*	—*	40,2	33,4–47,1

\*Дослідження в даному місті опитування у відповідний рік не проводилося.

Безкоштовні шприци та голки частіше отримували жінки, ніж чоловіки (55,6% проти 47,5% відповідно), а також представники старших вікових груп. Так, їх отримували 28,9% підлітків у порівнянні з 50% серед СІН старше 35 років (табл. 4.1.9, 4.1.10).

**Таблиця 4.1.9****Частка СІН, які отримували шприци/голки від представників громадської організації за останні 6 місяців, %**

	Серед клієнтів громадських організацій (N=3391)	Серед загалу СІН (N=9502)
За останні 6 місяців	95,4	34,0
За останні 12 місяців	96,7	49,4

**Таблиця 4.1.10**

**Частка СІН, які безкоштовно отримували шприци/голки за останні 12 місяців з розподілом за статтю та віком, %**

<b>За статтю (p&lt;0,001)</b>	
Чоловіча	47,5
Жіночая	55,6
<b>За віком (p&lt;0,001)</b>	
14–19 років	28,9
20–24 роки	40,9
25–34 роки	52,1
35 років і старше	50,0

Самостійно купували шприци та голки протягом останнього місяця 70,8% серед загалу СІН і 41,7% серед клієнтів громадських організацій. Частіше такі покупки робили чоловіки, а також молодші СІН і, відповідно, з меншим стажем вживання наркотиків (див. табл. 4.1.11).

Серед загалу СІН протягом 12 місяців найбільше отримували безкоштовні шприци та голки від представників громадських організацій в таких містах: Чернівці (97,6%), Івано-Франківськ (79,3%), Сімферополь (79,1%), Київ (78,8%), Чернігів (66%), Одеса (64%), найменше – в Запоріжжі (15,4%), Житомирі (19,4%), Львові (21,7%), Фастові (24%), Ужгороді (24,5%). Серед СІН – клієнтів громадських організацій відносно нижчі показники отримання безкоштовних голок та шприців були в Харкові (83,3%), Запоріжжі (86,8%), Херсоні (87,7%), Вінниці (87,9%) та Ужгороді (88,2%) (табл. 4.1.12).

**Таблиця 4.1.11**

**Відсоток СІН, які купували шприци/голки протягом останнього місяця (30 днів) для себе особисто, %**

Характеристика	Серед клієнтів громадських організацій (N=3391)	Серед загалу СІН (N=9502)
<b>Загалом</b>	<b>41,7</b>	<b>70,8</b>
<b>За статтю</b>		
Чоловіча	44,6	74,1
Жіночая	34,3	60,4
<i>p</i>	<0,001	<0,001
<b>За віком</b>		
14–19 років	50,0	84,3
20–24 роки	52,3	76,9
25–34 роки	43,5	70,9
35 років і старше	37,5	68,4
<i>p</i>	<0,001	<0,001
<b>За стажем вживання наркотиків</b>		
До 2-х років включно	60,6	84,7
3–5 років	49,4	78,4
6–10 років	44,0	72,8
11 років та більше	39,6	66,8
<i>p</i>	<0,001	<0,001

**Таблиця 4.1.12**

**Відсоток СІН, які отримували шприци/голки від представників громадської організації (за 6 місяців, клієнти) та від працівників або волонтерів інформаційно-просвітницьких програм або проектів, ПОШ тощо (за 12 місяців серед загалу опитаних), за містами опитування, %**

Місто	За останні 6 місяців (серед клієнтів громадських організацій, N=3391)	Довірчий інтервал	За останні 12 місяців (серед загалу СІН, N=9502)	Довірчий інтервал
Сімферополь	99,6	—*	79,1	72,7–83,2
Вінниця	87,9	76,1–100,0	48,8	40,6–57,0
Луцьк	98,3	97,9–100,0	51,7	44,8–57,1
Дніпропетровськ	93,5	80,5–98,4	46,1	37,5–50,6
Донецьк	96,1	71,4–100,0	49,4	41,0–57,3
Житомир	97,7	70,3–100,0	19,4	9,2–22,2
Ужгород	88,2	75,0–100,0	24,5	14,0–31,3
Запоріжжя	86,8	77,0–99,8	15,4	8,5–20,6
Івано-Франківськ	97,0	93,0–100,0	79,3	71,3–82,6
Біла Церква	96,9	86,7–100,0	52,5	42,5–60,9
Київ	95,7	93,3–99,7	78,8	72,3–82,9
Кіровоград	100,0	—*	52,4	42,7–62,4
Луганськ	100,0	—*	43,7	32,1–54,6
Львів	100,0	—*	21,7	7,0–19,7
Миколаїв	90,9	83,0–100,0	31,6	24,6–36,6
Одеса	95,0	90,1–98,3	64,0	58,3–69,0
Полтава	90,0	76,5–98,4	54,7	45,3–62,5
Рівне	92,9	55,3–98,2	34,7	24,5–41,3
Суми	96,9	87,1–99,4	45,6	39,4–51,9
Тернопіль	94,3	58,1–71,3	53,6	45,0–63,8
Харків	83,3	74,6–100,0	52,4	43,7–59,3
Херсон	87,7	88,8–100,0	38,7	30,8–45,2
Хмельницький	96,5	83,0–100,0	45,0	35,6–51,9
Черкаси	95,7	72,8–99,6	50,6	42,1–57,0
Чернівці	98,3	96,1–99,6	97,6	96,0–99,2
Чернігів	96,1	86,9–99,1	66,0	54,0–69,6
Фастів	93,3	—*	24,0	13,5–32,9
Васильків	95,7	93,3–100,0	59,3	48,9–69,3
Севастополь	95,6	—*	41,1	34,4–48,2

\*Дослідження в даному місті опитування у відповідний рік не проводилося.

Протягом останніх 30 днів самостійно найменше купували шприци та голки в Чернівцях (29,6%), Івано-Франківську (37,3%), Луцьку (49,1%), а найбільше – в Рівному (94%), Луганську (91,3%), Фастові (91,3%), Миколаєві (91,2%) (див. табл. 4.1.13).

**Таблиця 4.1.13**

**Відсоток СІН, які купували шприци/голки протягом останнього місяця  
(30 днів) для себе особисто, за містами опитування, %**

Місто	%	Довірчий інтервал
Сімферополь	64,3	58,8–69,9
Вінниця	66,8	58,7–74,3
Луцьк	49,1	43,4–55,6
Дніпропетровськ	68,7	62,8–74,9
Донецьк	73,8	67,3–80,2
Житомир	80,3	76,5–86,9
Ужгород	84,5	77,3–91,9
Запоріжжя	87,1	81,3–92,1
Івано-Франківськ	37,3	32,2–48,8
Біла Церква	87,7	81,9–92,1
Київ	51,2	44,9–56,7
Кіровоград	63,2	53,2–70,7
Луганськ	91,3	87,9–95,1
Львів	87,1	83,0–93,1
Миколаїв	91,2	88,6–94,5
Одеса	52,3	46,3–58,8
Полтава	67,0	59,2–74,1
Рівне	94,0	89,1–97,8
Суми	64,9	58,1–71,3
Тернопіль	82,4	74,6–88,4
Харків	74,9	67,9–81,3
Херсон	83,0	77,0–89,5
Хмельницький	62,7	55,4–71,0
Черкаси	75,1	70,2–82,2
Чернівці	29,6	22,8–37,5
Чернігів	63,0	57,2–70,5
Фастів	91,3	82,4–97,8
Васильків	89,3	79,4–96,5
Севастополь	63,7	56,4–70,3

## 4.2. ЗНАННЯ ШЛЯХІВ ПЕРЕДАЧІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

Необхідно передумовою коректних поведінкових практик, які б мінімізували ризик інфікування ВІЛ, є правильні знання про те, як інфекція передається або не передається.

Відповідно до даних, отриманих під час опитування СІН у 2013 році, правильно визначають шляхи передачі ВІЛ 61,1% СІН. Правильність відповідей щодо шляхів передачі ВІЛ практично не пов'язана зі статтю, але залежить від віку. Зокрема, у віці 14–19 років правильно визначили шляхи передачі ВІЛ 43% СІН, у віці 20–24 роки – 55,1%, у віці 25–34 роки – 64,5%, у віці старше 35 років – 60,2%. Зважаючи, що старші СІН частіше є клієнтами громадських організацій, такий зв'язок може відображати відмінності за статусом клієнта. Аналогічна залежність спостерігається між правильністю визначення шляхів передачі ВІЛ та стажем вживання наркотиків. Вищі рівні правильного знання шляхів передачі ВІЛ демонструють клієнти громадських організацій (69% проти 56,7% серед тих, хто не користується послугами ГО) (табл. 4.2.1).

**Таблиця 4.2.1**

**Питома вага СІН, які правильно визначають шляхи передачі ВІЛ, відсоток серед різних груп СІН**

<b>Серед усіх</b>	<b>61,1</b>
<b>За віком (p&lt;0,001)</b>	
14–19 років	43,0
20–24 роки	55,1
25–34 роки	64,5
35 років та старше	60,2
<b>За статтю (p=0,099)</b>	
Чоловіча	60,7
Жіноча	62,6
<b>Статус клієнта громадської організації (p&lt;0,001)</b>	
Так	69,0
Ні	56,7
<b>За стажем вживання наркотиків (p&lt;0,001)</b>	
До 2-х років включно	43,5
3–5 років	55,6
6–10 років	61,9
11 років та більше	64,4
Немає відповіді	57,3

У географічному розподілі найбільша частка тих, хто правильно визначає шляхи передачі ВІЛ, у Чернівцях (89,2%), Луцьку (83,7%), Харкові (80,9%), Вінниці (80%). Найменше тих, хто правильно знає шляхи передачі ВІЛ, у Фастові (30,7%), Львові (30,9%), Полтаві (32,3%), Ужгороді (36,5%), Луганську (40,7%) (табл. 4.2.2).

Серед міст, в яких СІН продемонстрували більш високий рівень обізнаності щодо шляхів передачі ВІЛ у порівнянні з 2011 роком, можна назвати Харків, Чернігів, Київ, Хмельницький, Тернопіль. Водночас, за даними дослідження, нижчий рівень правильних знань щодо шляхів передачі ВІЛ порівняно до даних дослідження 2011 року зафіксовано серед опитаних СІН у Полтаві, Луганську, Ужгороді, Дніпропетровську.

**Таблиця 4.2.2**

**Питома вага СІН, які правильно визначають шляхи передачі ВІЛ,  
% та довірчі інтервали за містами дослідження**

Міста	2011 рік		2013 рік	
	%	довірчі інтервали	%	довірчі інтервали
Сімферополь	65,0	61,2–68,9	48,9	43,2–54,0
Вінниця	74,1	69,6–78,2	80,0	74,0–87,0
Луцьк	71,2	65,3–77,4	83,7	79,4–88,7
Дніпропетровськ	76,8	72,4–81,0	53,7	47,7–59,8
Донецьк	70,8	64,9–76,1	62,0	54,5–71,1
Житомир	50,0	44,1–55,1	49,7	42,9–55,9
Ужгород	54,0	44,8–63,0	36,5	27,3–45,1
Запоріжжя	49,1	41,1–57,7	57,1	48,9–65,4
Івано-Франківськ	67,8	61,2–74,7	63,7	55,6–70,5
Біла Церква	59,1	48,3–69,5	52,7	44,4–61,1
Київ	53,0	46,2–59,5	73,8	68,9–78,9
Кіровоград	60,5	53,5–67,3	66,4	56,6–75,8
Луганськ	65,3	56,4–74,6	40,7	30,1–52,4
Львів	30,2	24,2–36,7	30,9	9,7–27,4
Миколаїв	59,4	54,4–64,4	59,0	52,5–64,9
Одеса	42,7	38,4–47,4	57,0	51,7–62,7
Полтава	84,5	79,0–89,8	32,3	24,1–39,8
Рівне	85,4	80,0–90,5	76,3	69,4–83,8
Суми	77,2	73,0–81,5	61,7	55,1–68,2
Тернопіль	55,6	45,0–65,9	74,4	66,7–80,3
Харків	52,2	45,6–59,5	80,9	75,2–86,1
Херсон	74,8	69,2–79,3	71,3	64,7–78,9
Хмельницький	58,7	52,3–64,8	78,7	71,8–84,2
Черкаси	85,9	82,5–89,5	62,9	56,7–69,5
Чернівці	82,9	75,9–89,5	89,2	84,6–92,4
Чернігів	48,9	43,6–54,3	70,7	65,1–77,5
Фастів *	—*	—*	30,7	21,8–41,3
Васильків *	—*	—*	46,0	36,9–57,7
Севастополь *	—*	—*	64,3	57,7–72,4

\*Дослідження в даному місті опитування у відповідний рік не проводилося.

## ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТИВ

Ключовим обмеженням оцінки частки клієнтів є залежність цього показника від процесу реалізації вибірки, а саме в якій мірі вдалося виходити на соціальні мережі СІН, що не беруть участі в профілактичних програмах громадських організацій. За методологією дослідження серед первинних респондентів мали бути як клієнти, так і ті СІН, котрі не є клієнтами програм. Ймовірно, що клієнти програм будуть рекрутувати СІН, що також отримують ВІЛ-сервісні послуги в НУО, оскільки вони, як правило, поширяють інформацію про послуги у своєму середовищі та залучають інших СІН до програм профілактики. Натомість СІН-неклієнти будуть рекрутувати

більш «приховані» популяції СІН, ще не охоплені послугами програм профілактики. Якщо така закономірність не спрацьовує, показник охоплення профілактичними програмами чи частки клієнтів ГО може бути завищеним чи, навпаки, заниженим. Варто зазначити, що в окремих містах ВІЛ-сервісні організації мають тривалу історію функціонування і охоплюють більшість наявної спільноти СІН. Кількість таких організацій у містах також відрізняється. Тобто при порівнянні динаміки охоплення профілактичними програмами частки клієнтів ГО міста опитування знаходяться в нерівних умовах.

Щодо оцінки рівня знань стосовно ВІЛ слід розуміти, що цей показник безпосередньо пов'язаний з охопленням профілактичними програмами. Так, міста, в яких менше половини СІН правильно визначали шляхи передачі та профілактики ВІЛ (наприклад, Ужгород, Полтава, Луганськ), – це міста, де відносно мала частка опитаних була клієнтами ГО чи користувалася послугами таких організацій. Можна припустити, що громадські організації, які працюють з СІН, фактично є головним джерелом поширення знань про ВІЛ, у той час як базовий рівень знань про таке захворювання (наприклад, отриманих у школі чи від друзів/знайомих) є низьким.

## РЕЗЮМЕ

- Більше третини СІН (35,7%) є клієнтами громадських організацій, що надають послуги таким особам. Охоплені профілактичним послугами (тобто отримують презерватив, шприц та знають, де пройти тест на ВІЛ) значно більша частка СІН – 44,6%.
- Протягом останніх 12 місяців половина (49,4%) СІН отримувала безкоштовні шприци та голки, дещо менше половини опитаних (47,2%) СІН отримували безкоштовні презервативи.
- Правильно визначають шляхи передачі ВІЛ 61,1% СІН. Більш високий рівень обізнаності щодо шляхів передачі ВІЛ демонструють клієнти громадських організацій (69% проти 56,7% у тих, хто не є клієнтами ГО).

# РОЗДІЛ 5. ЗВЕРНЕННЯ ЗА ПОСЛУГАМИ КІТ

Важливим компонентом профілактики ВІЛ-інфікування є забезпечення для груп високого ризику доступності консультування та тестування. У цьому розділі розглянуто рівень поінформованості про можливість пройти тестування на ВІЛ, причини недоступності такого тестування, причини того, чому не робили тест, а також моделі практичної поведінки СІН щодо звернення за тестуванням. Представлено аналіз даних про проходження тесту протягом останніх 12 місяців, охоплення до- та післятестовим консультуванням, отримання результату, повідомлення ВІЛ-статусу та взяття на облік для ВІЛ-позитивних.

## 5.1. ДОСТУПНІСТЬ ПОСЛУГ КІТ

91,6% СІН заявили, що знають, де можна пройти тест на ВІЛ. 94,2% СІН вважають тестування на ВІЛ доступним для себе (табл. 5.1.1). У порівнянні з 2011 роком обидва показники майже не змінились, а в порівнянні з 2008/2009 роком вони дещо зросли. І для жінок, і для чоловіків характерний приблизно однаковий рівень і поінформованості, і уявлення щодо доступності тестування на ВІЛ. Поінформованість щодо місць тестування на ВІЛ, а також уявлення щодо доступності тестування позитивно пов'язані з віком та стажем вживання наркотиків. Так, якщо серед СІН віком 14–19 років поінформовані щодо того, де пройти тестування на ВІЛ, 78,3%, і вважають його доступним 83,8%, то серед СІН у віці 25–34 роки ці показники становлять відповідно 93,1% і 95,5%. Серед СІН, які мають стаж вживання наркотиків менше двох років, поінформовані щодо можливих місць тестування на ВІЛ 78,9% і вважають його доступним 87,1%. Серед СІН, стаж вживання наркотиків яких перевищує 11 років, проінформованими себе вважають 94%, а 95,7% вважають таке тестування доступним (рис. 5.1.1.).

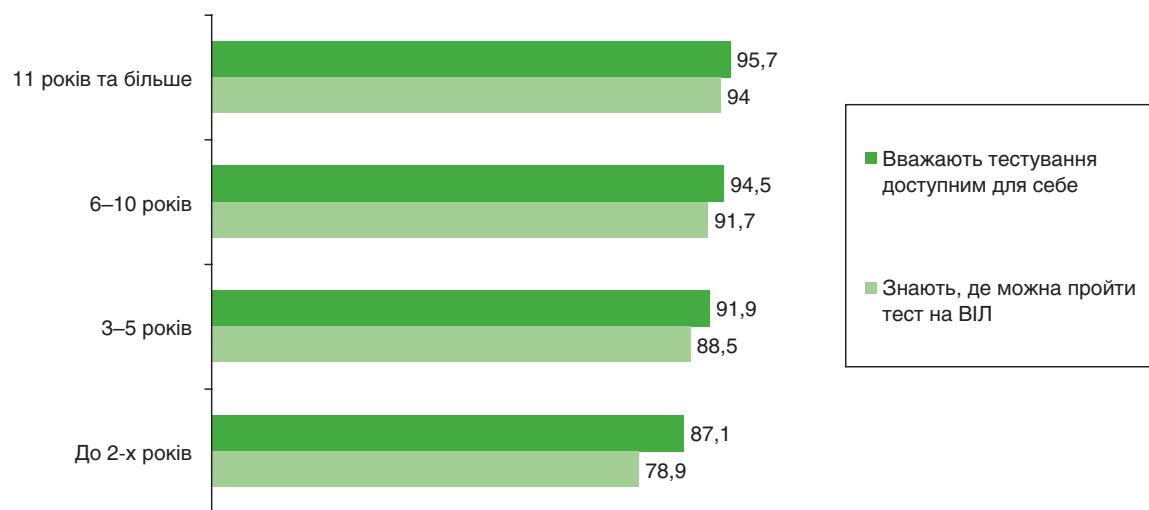
Належність до громадської організації в ролі клієнта позитивно впливає на поінформованість щодо місць можливого тестування на ВІЛ, а також на впевненість щодо доступності такого тестування (серед клієнтів ГО ці показники складають відповідно 99,0% і 99,2% проти 87,6% та 91,5% серед тих, хто не є клієнтом ГО).

Нижчими за середні рівнями поінформованості щодо місць тестування на ВІЛ відзначаються Запоріжжя (74%), Черкаси (81,4%), Полтава (82,9), Ужгород (83,5%), Дніпропетровськ (83,8%), Луганськ (87%), Кіровоград (87,2%), Васильків (87,3%), Миколаїв (88,2%), Севастополь (89,7%), Біла Церква (90%). Найвищі показники поінформованості в Чернівцях (99,6%) та Луцьку (99,4%). У порівнянні з 2011 роком найбільша позитивна динаміка в самооцінці поінформованості спостерігалась у Кіровограді, Білій Церкві, Києві, Одесі, Вінниці та Львові. Негативна динаміка поінформованості була найсильніше виражена в Черкасах, Полтаві, Луганську, Дніпропетровську (табл. 5.1.2).

**Таблиця 5.1.1**

**Питома вага СІН, які знають, де можна пройти тестування на наявність ВІЛ, та вважають таке тестування доступним для себе, %**

Характеристика	Знають, де можна пройти тест на ВІЛ			Вважають тестування доступним для себе		
	2008/2009	2011	2013	2008/2009	2011	2013
<b>Серед усіх</b>	<b>86,4</b>	<b>89,5</b>	<b>91,6</b>	<b>87,0</b>	<b>96,7</b>	<b>94,2</b>
<b>Стать</b>						
Чоловіки	82,2	88,7	91,1	82,9	96,6	93,9
Жінки	85,6	91,6	93,4	84,0	97,0	95,3
<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001	0,729	0,377	0,037
<b>Вік</b>						
14–19 років	79,5	73,6	78,3	81,9	86,6	83,8
20–24 роки	79,8	87,8	88,6	77,5	95,0	92,0
25–34 роки	86,2	91,2	93,1	86,0	96,8	95,5
35 років та старше	82,1	89,3	91,7	83,4	97,9	94
<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001



**Рис. 5.1.1. Питома вага СІН, які знають, де можна пройти тестування на наявність ВІЛ та вважають таке тестування доступним для себе, залежно від стажу вживання наркотиків, %**

Нижчі за середні рівні оцінки доступності тестування на ВІЛ для СІН характерні для Полтави (82,4%), Черкас (86,9%), Луганська (87%), Василькова (87,3%), Запоріжжя (88%), Ужгорода (88,6%), Дніпропетровська (89%), Севастополя (90,6%), Кіровограда (90,8%), Миколаєва (93,8%) та Білої Церкви (94%). У порівнянні з 2011 роком негативна динаміка оцінки доступності ВІЛ-тестування спостерігалаась у Луганську, Ужгороді, Кіровограді та Дніпропетровську.

Таблиця 5.1.2

Пілотома вага СН, які знають, де можна пройти тестування на наявність ВІЛ, та вважають таке тестування доступним для себе, %

Місто	Знають, де можна пройти тест на ВІЛ					Вважають тестування доступним для себе						
	2008/ 2009	довірчі інтер- вали	2011	довірчі інтервали	2013	довірчі інтервали	2008/ 2009	довірчі ін- тервали	2011	довірчі інтервали	2013	довірчі інтер- вали
Сімферополь (АР Крим)	97,6	93–100	99,4	96,4–100	96,8	94,5–98,6	96,0	93,7–98,5	99,2	98–100	95,8	93,8–98,1
Вінниця	71,2	64,3–79,6	88,5	84–92,1	97,6	94,6–99,5	72,0	65,8–80,2	96,1	93,6–98,8	98,0	95,6–99,9
Луцьк	99,0	97,3–10,0	98,6	97,3–99,7	99,4	96,7–100	97,2	94,3–99,2	98,3	96,7–99,6	99,7	97,2–100
Дніпропетровськ	73,5	61,5–79,8	92,5	88,7–94,2	83,8	78,9–87,8	72,7	62,1–81,3	95,2	92,7–97,3	89,0	86–92,5
Донецьк	93,9	89,2–98,9	94,0	86,4–97,1	92,4	87,2–96	93,3	89,6–98,1	99,6	96,6–99,7	98,2	96,7–99,2
Житомир	98,4	97–99,6	91,7	89–96,1	95,1	92–98,1	57,4	50,5–66,4	91,1	87,4–94,7	95,1	92–97,9
Ужгород	82,0	73,3–92,4	80,4	69,2–86,6	83,5	76,3–88,9	95,0	89,2–98,3	98,9	96,5–100	88,6	82,6–94,1
Запоріжжя	63,9	53,9–71,3	78,0	68,4–85,7	74,0	64,6–80,9	96,4	91,4–99,2	92,5	86,5–97	88,0	81,2–93,5
Івано-Франківськ	98,8	96,1–100	93,6	87–97,9	96,3	92,7–98,7	98,8	97,1–99,8	99,6	92,3–99,4	97,0	93,1–98,8
Біла Церква	*	—	74,8	60,5–84,2	90,0	82,5–94	*	—	98,3	91,5–98,8	94,0	88–97,7
Київ	81,6	74,3–86,6	80,5	74,5–86,8	95,4	93,1–97,9	84,1	77,6–88,4	92,0	85–94,1	98,6	90,1–98,8
Кіровоград	68,6	59,7–78,9	57,8	48,6–66	87,2	80,1–92,6	71,5	61,7–80,4	98,4	96,5–99,6	90,8	84,2–94,7
Луганськ	93,0	87,2–96,1	96,8	90,8–98,5	87,0	79–92,2	97,7	95,3–99,5	99,6	99,3–100	87,0	77,9–92,1
Львів	78,9	71,7–85,8	84,4	79,5–90,5	93,4	89,9–97,4	99,0	97,1–100	95,5	88,6–98,2	96,9	95,2–99
Миколаїв	82,7	74,8–88,2	87,2	80,9–91,3	88,2	81,8–92,3	82,0	75–88	97,3	93,5–99,9	93,8	90,6–96,5
Одеса	70,6	64,1–75,8	81,5	74–84,2	96,3	92,6–98	76,8	70,8–81,8	98,0	95,7–99,1	96,5	94,1–98,3
Полтава	92,0	83,1–99,1	93,4	88,6–97	82,9	75,1–88,4	99,2	98,6–100	98,8	97,5–99,7	82,4	75,8–87,9
Рівне	98,0	86,7–99,6	97,1	94,7–99	95,0	91,7–97,9	98,4	92,1–100	97,4	93,9–98,7	96,0	93,4–98,3
Суми	68,4	62,2–79,0	93,1	87,6–96,5	95,1	91,5–97,5	80,1	73,5–90,8	94,2	86,4–96,5	95,1	91,4–97,7
Тернопіль	98,0	91,1–100	97,5	91,8–99,5	94,4	89,1–97,8	98,0	79,1–100	100,0	94–100	95,6	91,6–98
Харків	80,4	73,2–87,2	92,1	87,5–95,1	96,3	92,2–98,5	83,8	74,4–92,0	91,8	84,5–96,2	97,1	94,2–99,3
Херсон	81,8	70,8–89,3	92,9	90,1–96,3	94,3	90,4–97,7	86,1	76,5–93,5	96,5	91–97,3	95,7	89,3–98,6
Хмельницький	96,9	93,1–99,3	93,4	89,1–95,7	95,0	90,1–98,6	99,0	97,1–100	98,8	93,6–98,5	98,0	92,9–99,5

Місто	Знають, де можна пройти тест на ВІЛ							Вважають доступним для себе
	2009	Довірчі інтервали	2011	Довірчі інтервали	2013	Довірчі інтервали	2008/2009	
Черкаси	88,4	82,1–94,9	93,5	86,4–96,1	81,4	74,7–86,8	86,0	79,3–94,8
Чернівці	100,0	—	100,0	95,8–100	99,6	99,3–100	100,0	—
Чернігів	76,4	66,7–84,7	94,0	89,5–97,1	97,0	93,9–99,4	76,4	66,7–85,4
Фастів	*	—	*	—	96,7	92,7–99,3	*	—
Васильків	*	—	*	—	87,3	79,4–92,3	*	—
Севастополь	*	—	*	—	89,7	84,3–94,1	*	—

\* У цих містах у відповідний рік дослідження не проводилося.

Найбільш вагомою причиною недоступності тестування на ВІЛ СІН зі значним відривом назвали брак інформації щодо того, до кого можна за цим тестуванням звернутись (58,2%). Значимість цієї причини в порівнянні з 2008/2009 та 2011 роками зросла (з 50,4% та 51,5% відповідно). Варто відзначити, що приналежність СІН до громадської організації позитивно пов'язана з його інформованістю (серед членів ГО цю причину назвали 33,3%).

**Таблиця 5.1.3****Основні причини недоступності тестування на ВІЛ у динаміці, %**

Причини (СІН могли обрати декілька причин)	Серед усіх		
	2008/2009	2011	2013
Не знаю, до кого звернутися	50,4	51,5	58,2
Не знаю, де знаходиться установа/пункт/центр тестування	14,2	18,6	8,9
Немає коштів на тестування	14,8	12,4	8,5
Боюся розголосу про свій статус	24,3	11,5	8,3
У нашому населеному пункті немає установи/пункту/центру, де можна зробити тест	2,7	4,2	1,4
Незручне розташування установи/пункту/центру тестування	0,4	3,5	1,6
Незручний графік роботи установи/пункту/центру тестування	1,1	2,6	1,3
Не влаштовує ставлення персоналу	12,2	0,9	2,4
Інше	2,2	4,2	5,1

Також серед вагомих причин частіше за інші згадувалися відсутність інформації щодо місцезнаходження пункту тестування (8,9%), відсутність коштів на тестування (8,5%), страх розголосу ВІЛ-статусу (8,3%). У порівнянні з попередніми роками значення цих причин знизилось (найбільшою мірою це стосується страху розголосу статусу, яке в 2008/2009 році було другою за значущістю причиною з показником 24,3%). Для жінок значно більше, ніж для чоловіків, характерне більше побоювання щодо наслідків розголосу ВІЛ-статусу як фактора, що стримує тестування на ВІЛ (табл. 5.1.4).

**Таблиця 5.1.4****Основні причини недоступності тестування на ВІЛ у динаміці, % за статтю**

Причини (СІН могли обрати декілька причин)	2011		2013	
	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки
Не знаю, до кого звернутися	55,4	40,8	59,9	50,9
Не знаю, де знаходиться установа/пункт/центр тестування	16,7	23,9	7,1	13,2
Немає коштів на тестування	12,8	11,3	8,1	10,4
Боюся розголосу про свій статус	10,7	13,5	5,2	21,7
У нашому населеному пункті немає установи/пункту/центру, де можна зробити тест	4,8	2,6	1,3	0,9
Незручне розташування установи/пункту/центру тестування	2,5	6,4	1,8	1,9
Незручний графік роботи установи/пункту/центру тестування	1,7	5,2	1,1	1,9
Не влаштовує ставлення персоналу	0,8	1,1	0,9	8,5
Інше	3,6	6,0	4,7	6,6

Нестача інформації як причина недоступності тестування на ВІЛ має більше значення для молодших вікових груп (її назвали 73,7% СІН у віці 14–19 років проти 51,2 у віці 35 років і старше). Значення страху розголосу для підлітків 14–19 років знизилася у порівнянні з 2011 роком з 35,8% до 7,9%. Водночас з віком зростає побоювання того, що не вистачить коштів на тестування (2,6% серед 14–19-річних, 9,1% – серед СІН старше 35 років) (табл. 5.1.5).

**Таблиця 5.1.5****Основні причини недоступності тестування на ВІЛ у динаміці, % за віком**

Причини (СІН могли обрати декілька причин)	2011				2013			
	14–19 років	20–24 роки	25–34 роки	35 років та старше	14–19 років	20–24 роки	25–34 роки	35 років та старше
Не знаю, до кого звернутися	49,6	62,4	49,4	48,2	73,7	64,6	61,4	51,2
Не знаю, де знаходиться установа/пункт/центр тестування	20,8	21,4	16,5	19,1	2,6	11	12,6	6,2
Немає коштів на тестування	0	13,4	15,6	10,9	2,6	7,2	9,5	9,1
Боюся розголосу про свій статус	35,8	8,3	11,1	6,3	7,9	7,2	11,1	6,6
У нашому населеному пункті немає установи/пункту/центру, де можна зробити тест	0	5,0	2,6	7,2	0	0	2,6	1,2
Незручне розташування установи/пункту/центру тестування	2,7	5,8	4,4	1,0	2,6	0	2,1	1,6
Незручний графік роботи установи/пункту/центру тестування	1,9	6,5	2,1	1,1	0	0	2,6	0,8
Не влаштовує ставлення персоналу	0	0,8	1,4	0,4	5,1	1,2	4,2	0,8
Інше	0	5,6	3,6	5,6	10,5	3,7	3,2	6,2

Подібні до вікових тенденцій спостерігаються і щодо стажу вживання наркотиків. Відсутність інформації щодо того, до кого можна звернутись за тестуванням, залишається основною причиною, яку СІН називають, відповідаючи на запитання, що робить недоступним тестування на ВІЛ. Водночас значення цієї причини знижується з віком (її назвали 61,3% тих, чий стаж вживання наркотиків не перевищує два роки, і менше половини тих, чий стаж більше 11 років). Страх розголосу статусу характерніший для молодших СІН: наприклад, його назвали 11,7% тих, чий стаж менший двох років у порівнянні з 4% тих, чий стаж дорівнює 6–10 рокам (табл. 5.1.6).

**Таблиця 5.1.6**

**Основні причини недоступності тестування на ВІЛ в залежності від стажу вживання наркотиків, % (2013 рік)**

Причини (СІН могли обрати декілька причин)	За стажем вживання			
	До 2-х років	3–5 років	6–10 років	11 років та більше
Не знаю, до кого звернутися	61,3	60,8	73,5	49,8
Не знаю, де знаходитьться установа/пункт/центр тестування	9,6	13,4	11,8	6,6
Немає коштів на тестування	2,2	9,3	3,9	11,8
Боюся розголосу про свій статус	11,7	10,4	4,0	7,8
У нашому населеному пункті немає установи/пункту/центру, де можна зробити тест	1,1	0	1	2,5
Незручне розташування установи/пункту/центру тестування	0	0	2,9	2,1
Незручний графік роботи установи/пункту/центру тестування	2,1	3,1	1	0,4
Не влаштовує ставлення персоналу	5,4	2,1	1	1,2
Інше	7,4	2,1	2	6,6

## 5.2. НАЯВНІСТЬ ПРАКТИКИ КІТ

Майже три чверті опитаних СІН (70%) мають досвід звернень до установ для проходження тесту на наявність ВІЛ. За даними попередніх біоповедінкових досліджень, спостерігається динаміка зростання частки осіб серед СІН, що вже зверталися по допомогу для проходження тестування. Так, наприклад, у дослідженні 2011 року було зафіксовано, що такий досвід наявний у 62% опитаних СІН, а в 2013 – 70% (табл. 5.2.1).

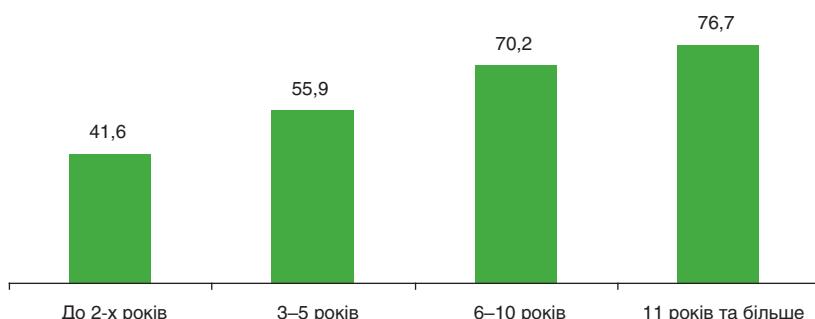
Ключові відмінності між тими, хто вже звертався до певних організацій для проходження тестування, та тими, хто не звертався, спостерігаються за віком, статтю, стажем вживання наркотичних речовин та наявністю статусу клієнта громадської організації.

Серед жінок та СІН старшого віку частка тих, хто має досвід звернень щодо проходження тестування на ВІЛ, більша, ніж серед чоловіків та СІН з молодшої вікової групи до 19 років (рис. 5.2.1). І серед чоловіків, і серед жінок-СІН зростає частка, тих, що вже мають досвід звернення по допомогу для проходження тесту на ВІЛ.

Більша частина серед СІН, які вже зверталися до організацій та установ для тестування на ВІЛ, мають статус клієнта громадської організації, що працює зі споживачами ін'єкційних наркотиків. Серед СІН зі стажем вживання наркотиків від 11 років питома вага тих, хто має такий досвід, є вищою.

**Таблиця 5.2.1****Досвід звернення до установ з метою проходження тесту на наявність ВІЛ, %**

Характеристика	2011	2013
<b>Серед усіх</b>	<b>61,6</b>	<b>70,0</b>
<b>За статтю (р&lt;0,001)</b>		
Чоловіки	60,1	68,7
Жінки	67,0	74,1
<b>За віком (р&lt;0,001)</b>		
14–19 років	26,8	31,5
20–24 роки	54,1	56,6
25–34 роки	65,0	73,4
35 років та старше	63,8	72,2
<b>Принадлежність до ГО (р&lt;0,001)</b>		
Так	85,8	88,8
Ні	52,1	59,6

**Рис. 5.2.1. Досвід звернення до установ з метою проходження тесту на наявність ВІЛ залежно від стажу вживання наркотиків, %**

До міст з найвищим показником досвіду звернень по тестуванню на ВІЛ можна віднести Вінницю, де за ним зверталися 94,8% СІН, та Чернівці з показником 97,2%. У Луцьку 88,3% опитаних зазначили наявність такого досвіду, в Одесі серед СІН з таким досвідом виявилось 92,3%. У дванадцяти містах зафіксована позитивна динаміка – зростання частки СІН, які звертались до установ та організацій для проходження тестування на ВІЛ (табл. 5.2.2).

Серед усіх опитаних, за даними останньої хвилі біоповедінкового дослідження, 73,5% СІН тестувалися на наявність ВІЛ-інфекції протягом життя. Виявлено статистично значущі відмінності за показниками статі, віку, стажу вживання, статусу клієнта громадської організації та показниками, що вимірюють досвід тестування на наявність ВІЛ.

**Таблиця 5.2.2**

**Досвід звернення до установ з метою проходження тесту на наявність ВІЛ за містами дослідження в динаміці, %**

Місто	Рік			
	2011		2013	
	%	довірчі інтервали	%	довірчі інтервали
Сімферополь (АР Крим)	90,7	87,5–94,7	72,6	66,7–78,6
Вінниця	60,1	53,6–66,4	94,8	91,1–98,0
Луцьк	86,3	79,6–90,2	88,3	83,1–92,0
Дніпропетровськ	58,5	51,9–63,6	57,3	50,0–63,2
Донецьк	64,3	56,5–70,0	62,0	53,4–69,2
Житомир	63,7	57,5–70,1	88,8	84,4–93,8
Ужгород	48,7	37,7–59,2	40,0	32,6–48,7
Запоріжжя	48,5	37,3–59,2	43,1	33,9–51,6
Івано-Франківськ	80,9	67,4–82,4	80,3	67,3–84,7
Біла Церква	47,2	35,4–58,7	63,3	54,9–72,1
Київ	44,3	35,1–51,4	84,8	80,7–89,0
Кіровоград	26,9	18,6–35,4	59,8	49,0–69,2
Луганськ	82,3	72,0–88,0	46,8	34,8–59,0
Львів	46,4	36,1–53,9	60,0	53,0–65,8
Миколаїв	57,2	48,8–61,8	73,5	67,2–79,4
Одеса	72,7	67,1–76,5	92,3	88,1–95,0
Полтава	61,1	54,1–68,6	54,5	44,8–61,5
Рівне	45,1	38,5–52,5	71,2	62,0–76,7
Суми	68,9	54,8–71,4	68,6	62,4–75,1
Тернопіль	66,0	48,2–72,3	63,6	54,7–70,9
Харків	41,0	32,4–47,7	79,4	73,0–84,7
Херсон	68,5	59,6–72,3	60,5	51,8–66,8
Хмельницький	66,7	57,9–72,6	89,3	83,2–93,8
Черкаси	75,9	69,5–80,6	53,4	46,4–60,7
Чернівці	96,0	91,5–97,8	97,2	94,7–98,8
Чернігів	47,7	39,9–54,9	90,0	82,4–93,9
Фастів	—*	—*	74,0	63,1–82,0
Васильків	—*	—*	44,7	31,3–53,8
Севастополь	—*	—*	57,4	49,6–63,9

\*Дослідження в даному місті опитування у відповідний рік не проводилося.

Жінки та СІН віком від 25 років частіше за чоловіків та представників молодших вікових груп СІН проходили тестування на ВІЛ. Серед респондентів, що мають статус клієнта громадської організації, питома вага тих, хто вже проходив тестування, вища, ніж серед тих, хто такого статусу не має (табл. 5.2.3).

**Таблиця 5.2.3****Досвід тестування на наявність ВІЛ, %**

Характеристика	2008/2009	2011	2013
<b>Серед усіх</b>	<b>51,4</b>	<b>65,9</b>	<b>73,5</b>
<b>За статтю</b>			
Чоловіки	49,8	64,9	72,2
Жінки	56,9	69,0	77,4
<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001
<b>За віком</b>			
14–19 років	20,5	30,1	37,6
20–24 роки	38,6	56,2	59,3
25–34 роки	57,8	69,3	76,7
35 років та старше	56,8	67,9	75,8
<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001
<b>За стажем вживання</b>			
До 2-х років	26,2	44,2	45,6
3–5 років	37,9	56,6	58,7
6–10 років	54,5	66,5	72,3
11 років та більше	63,3	72,9	80,7
<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001
<b>Статус клієнта громадської організації</b>			
Так	—*	88,2	91,7
Ні	—*	56,8	63,3
<i>p</i>		<0,001	<0,001

\* Анкета не містила такого показника.

Результати досліджень свідчать, що до міст з найвищим показником досвіду звернень за тестуванням на ВІЛ можна віднести Вінницю, де його пройшли 94,8% СІН, та Житомир з показником 91,4%. В Одесі таких 91%, у Чернівцях 98,4%, а в Чернігові протестувались 90% СІН. Усі міста мають позитивну динаміку зростання кількість СІН, які мають досвід тестування на ВІЛ (табл. 5.2.4).

Респондентів, які ніколи не проходили тест на ВІЛ, попросили зазначити причини того, чому вони не пройшли тестування. Серед усіх таких опитаних СІН майже половина (44,5%) вказала, що вони не мають бажання проходити тестування, ще майже третина (27,5%) зазначили, що їхня сексуальна поведінка була безпечною, та 25,4% – що їхня ін'єкційна поведінка була безпечною (див. табл. 5.2.5).

Серед СІН у віковій групі до 19 років більше половини опитаних вказали, що не мають бажання проходити тестування. СІН віком від 20 до 24 років частіше, у порівнянні з іншими віковими групами, зазначали, що вважають свою сексуальну поведінку безпечною та те, що вживали наркотики безпечним шляхом. Серед вікової групи від 14 до 19 років частіше, ніж у інших вікових групах, відповідали, що бояться дізнатися про свій ВІЛ-статус (18,5%). У групі від 35 років частіше у порівнянні з іншими віковими групами вказували, що тестування платне (7,8%) (табл. 5.2.5).

**Таблиця 5.2.4**  
**Досвід тестування на наявність ВІЛ, %**

Місто	Рік					
	2008/2009		2011		2013	
	%	довірчі інтервали	%	довірчі інтервали	%	довірчі інтервали
Сімферополь (АР Крим)	56,0	48,0–61,9	91,2	87,4–95,0	74,5	69,2–80,3
Вінниця	32,8	27,1–43,9	74,0	67,8–79,8	95,2	91,1–98,0
Луцьк	76,2	66,4–84,1	84,9	79,3–89,9	88,9	83,9–92,7
Дніпропетровськ	63,9	53,4–73,6	60,0	53,5–65,9	57,9	51,2–63,8
Донецьк	63,2	55,6–70,5	64,8	55,7–70,0	68,9	60,7–75,0
Житомир	4,8	2,6–7,4	65,3	58,8–70,6	91,4	88,1–95,8
Ужгород	29,0	9,6–41,5	48,0	37,1–58,0	42,7	34,0–51,1
Запоріжжя	44,2	28,7–48,6	69,5	58,9–78,9	51,7	42,7–59,8
Івано-Франківськ	62,4	53,0–69,3	81,6	72,6–88,0	85,0	79,6–88,9
Біла Церква	—*	—*	52,8	42,3–65,8	70,0	61,5–77,5
Київ	51,4	43,3–58,8	54,3	44,7–61,7	87,2	83,5–91,6
Кіровоград	44,3	35,9–54,6	28,3	19,9–36,4	64,8	54,6–73,3
Луганськ	37,7	26,3–46,4	68,5	55,2–79,5	50,0	36,5–60,9
Львів	12,9	8,5–19,9	38,4	27,7–46,8	59,7	52,4–65,6
Миколаїв	42,0	34,5–50,2	75,5	67,7–80,0	78,4	70,6–84,8
Одеса	50,2	42,9–56,4	71,9	66,6–76,4	91,0	87,1–94,0
Полтава	58,4	49,1–68,2	73,7	65,7–79,3	55,7	46,3–62,5
Рівне	74,8	61,7–79,4	51,1	44,5–58,9	71,7	63,2–77,4
Суми	40,3	30,5–51,0	69,1	55,0–71,2	69,1	62,8–75,8
Тернопіль	33,7	16,3–46,6	73,0	57,5–79,5	85,6	78,5–91,0
Харків	17,4	10,4–25,5	42,9	35,1–50,1	82,0	74,2–86,7
Херсон	72,5	60,9–82,5	75,1	69,0–79,9	68,0	60,0–74,2
Хмельницький	78,3	69,6–85,3	71,8	62,4–78,4	88,3	82,2–93,1
Черкаси	41,8	33,4–58,5	78,9	73,8–84,7	61,5	53,8–68,1
Чернівці	96,0	80,2–98,8	96,5	93,8–98,8	98,4	96,5–99,7
Чернігів	46,4	34,3–56,2	50,1	43,0–57,5	90,0	83,6–93,8
Фастів	—*	—*	—*	—*	74,7	65,9–83,1
Васильків	—*	—*	—*	—*	47,3	34,7–55,6
Севастополь	—*	—*	—*	—*	64,3	57,0–70,7

\*Дослідження в даному місті опитування у відповідний рік не проводилося.

Чоловіки частіше зад жінок зазначали, що «не мають бажання проходити тестування» на ВІЛ (45,4% проти 41,0%). Жінки, на відміну від чоловіків, частіше відповідали, що вважають свою сексуальну поведінку безпечною (29,2% жінок та 27,0% чоловіків). Серед респондентів, які як причину вказували страх дізнатися про свій ВІЛ-статус, більше жінок, ніж чоловіків: серед чоловіків – 10,5%, а серед жінок – 21,3%.

Серед СІН, які мають досвід вживання наркотиків до двох років, 49,6% респондентів зазначили, що у них не було бажання проходити тестування.

**Таблиця 5.2.5**

Основні причини, чому СІН не робили тест на ВІЛ (2013 рік), %

Характеристика	Не маю бажання проходити тестування	Сексуальна поведінка була безпечною	Вживав(ла) наркотики безпечним шляхом	Боюся дізнатися про свій ВІЛ-статус	Думаю, що тестування платне	Незручне розташування місць, де можна зробити тест
<b>Серед усіх</b>	<b>44,5</b>	<b>27,5</b>	<b>25,4</b>	<b>12,6</b>	<b>6,0</b>	<b>3,6</b>
<b>За віком</b>						
14–19 років	56,2	21,1	15,8	18,5	4,8	2,0
20–24 роки	47,9	30,8	29,1	10,9	4,7	3,6
25–34 роки	43,1	29,3	30,7	11,3	4,8	3,4
35 і старше	42,9	25,2	20,0	13,9	7,8	4,1
<i>p</i>	<i>0,008</i>	<i>0,023</i>	<i>&lt;0,001</i>	<i>0,035</i>	<i>0,019</i>	<i>0,616</i>
<b>За статтю</b>						
Чоловіки	45,4	27,0	25,5	10,5	5,8	3,6
Жінки	41,0	29,2	25,0	21,3	6,7	3,7
<i>p</i>	<i>0,076</i>	<i>0,322</i>	<i>0,832</i>	<i>&lt;0,001</i>	<i>0,452</i>	<i>0,851</i>
<b>Статус клієнта громадської організації</b>						
Так	57,9	25,0	26,1	19,6	2,5	5,0
Ні	43,0	27,8	25,4	11,8	6,3	3,4
<i>p</i>	<i>&lt;0,001</i>	<i>0,320</i>	<i>0,799</i>	<i>&lt;0,001</i>	<i>0,011</i>	<i>0,193</i>
<b>Стаж вживання</b>						
До 3 років	49,6	25,8	21,5	14,8	3,3	2,0
3–5 років	41,3	34,6	32,2	11,7	5,7	3,4
6–10 років	45,8	27,7	29,8	12,7	6,2	4,1
11 і більше	43,9	24,4	21,6	12,6	7,0	4,0
<i>p</i>	<i>0,082</i>	<i>&lt;0,001</i>	<i>&lt;0,001</i>	<i>0,565</i>	<i>0,069</i>	<i>0,314</i>

Серед клієнтів громадських організацій більша частина опитаних не має бажання проходити тест, ніж серед тих, хто до таких організацій не залучений. Серед тих, хто не залучений до організацій такого типу, більше респондентів зазначили причиною те, що, на їхню думку, тестування платне.

За даними аналізу на регіональному рівні, структура причин непроходження тестування на ВІЛ є достатньо сталою та майже не відрізняється від результатів на національному рівні. За частотою згадування «небажання проходити тестування» превалює у всіх містах (див. табл. 5.2.6).

Один із ключових показників контролю за епідемією – «Відсоток СІН, які протягом останніх 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ та одержали його результат», – становить 42,8% (у 2011 році – 35,7%) (табл. 5.2.7). Дещо нижче серед чоловіків – 41,6% порівняно з жінками (46,8%, *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.

**Таблиця 5.2.6****Основні причини, чому СІН не робили тест на ВІЛ, за містами дослідження, %**

Місто	Не маю бажання проходити тестування	Моя сексуальна поведінка була безпечною	Я завжди вживав/ла наркотики безпечним шляхом	Боюся дізнатись про свій ВІЛ-статус	Думаю, що тестування платне	Незручне розташування місця, де можна зробити тест
Сімферополь	42,7	50,5	53,4	38,2	2,9	12,6
Вінниця	0,0	46,2	38,5	0,0	8,3	23,1
Луцьк	46,2	28,2	55,3	0,0	2,6	0,0
Дніпропетровськ	57,8	3,3	7,6	11,4	13,7	2,4
Донецьк	34,2	37,8	42,6	8,4	13,5	6,5
Житомир	56,7	17,2	23,3	6,7	10,3	0,0
Ужгород	34,2	26,3	21,1	7,9	19,3	2,6
Запоріжжя	53,8	18,3	9,5	3,6	1,2	0,0
Івано-Франківськ	64,4	17,8	24,4	8,9	0,0	0,0
Біла Церква	44,4	27,8	28,9	7,9	6,7	5,6
Київ	31,3	17,2	20,3	12,5	4,7	9,4
Кіровоград	29,5	30,7	12,5	18,2	0	1,1
Луганськ	49,3	32,0	28,7	0,0	7,3	10,7
Львів	2,1	82,3	25,7	4,3	2,8	0,7
Миколаїв	42,6	10,2	25,9	13,8	5,5	0,0
Одеса	75,0	8,3	8,3	16,2	5,6	0,0
Полтава	59,1	18,0	13,6	17,3	4,5	1,5
Рівне	28,2	54,1	44,7	10,6	4,7	0,0
Суми	86,2	5,6	5,5	7,3	0,0	0,9
Тернопіль	38,9	21,6	32,4	5,6	5,4	2,7
Харків	38,1	22,2	43,5	7,9	1,6	1,6
Херсон	53,6	44,3	55,2	1,0	6,3	1,0
Хмельницький	22,9	22,9	28,6	2,8	11,1	2,9
Черкаси	13,4	40,3	35,8	31,3	3,7	0,7
Чернівці	25,0	25,0	25,0	33,3	0,0	33,3
Чернігів	70,0	3,3	0,0	35,5	0,0	0,0
Фастів	36,8	13,2	7,9	32,4	5,3	0,0
Васильків	71,8	31,6	43,6	16,5	2,6	1,3
Севастополь	56,0	6,4	6,4	28,8	2,4	14,4

Згідно з результатами аналізу, в деяких містах порівняно з 2008/2009 роком, збільшилася частка тих, хто пройшов тестування на ВІЛ за останні 12 місяців та отримав результат. Особливо відчутні зміни показника в таких містах: Вінниця, Київ, Чернівці (табл. 5.2.8).

Тестування на ВІЛ за допомогою швидких тестів у 2013 році пройшла приблизно п'ята частина опитаних – 19,8%, а у 2012-му таке тестування пройшло 28,2% респондентів. Спостерігаються відмінності у проходженні тестування в тому чи іншому році за статтю, віком, стажем вживання наркотичних речовин та принадлежністю до громадської організації, що працює зі споживачами ін'єкційних наркотиків (табл. 5.2.9).

**Таблиця 5.2.7**

**Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які протягом останніх 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ-інфекцію та одержали його результат, % за статтю та віком**

	Чоловіки	Жінки	Разом
<b>Серед усіх</b>	<b>41,6</b>	<b>46,8</b>	<b>42,8</b>
<b>За віком</b>			
СІН віком менше 25 років	33,8	37,1	34,7
СІН віком 25 років та старше	42,7	48,6	44,1

**Таблиця 5.2.8**

**Відсоток СІН, які робили тест на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та отримали його результат, за 2008/2009–2013 роки, %**

Місто	2008/2009 pp.		2011 р.		2013 р.	
	%	довірчі інтервали	%	довірчі інтервали	%	довірчі інтервали
Сімферополь (АР Крим)	14,7	9,9–19,7	26,9	22,9–31,0	18,7	14,3–23,8
Вінниця	22,4	16,1–29,0	58,8	53,9–64,2	69,7	62,6–77,3
Луцьк	31,2	20,8–39,2	52,5	45,8–58,4	33,9	27,7–40,2
Дніпропетровськ	37,7	29,0–46,5	16,5	12,5–20,9	34,7	28,6–41,1
Донецьк	46,8	39,3–54,6	36,3	31,9–42,4	24,3	18–32
Житомир	1,9	0,6–3,7	26,3	19,9–32,3	45,4	39–52,2
Ужгород	13,1	3,9–24,2	11,6	7,2–16,8	25,5	18,4–34,4
Запоріжжя	21,5	14,1–28,1	26,6	18,3–34,7	15,3	9,9–22,2
Івано-Франківськ	55,9	47,8–65,2	66,1	57,4–75,9	49,8	41,2–56,3
Біла Церква (Київська обл.)*	—*	—*	29,4	20,1–38,5	34,7	26,3–43,4
Київ	29,4	23,6–35,9	32,5	26,7–39,3	62,3	56,6–67,7
Кіровоград	20,2	13,8–26,8	24,0	18,8–30,8	37,8	29,8–46,7
Луганськ	18,3	9,6–27,3	62,3	52,9–70,1	31	22–42
Львів	1,9	0,4–3,9	8,7	4,3–13,0	42	35,7–48,2
Миколаїв	19,8	14,1–25,8	43,1	38,1–48,5	39	33,4–45,3
Одеса	16,5	12,3–22,1	26,4	22,1–31,4	51,4	45,5–57,3
Полтава	26,3	17,2–38,0	44,8	38,9–51,4	33	25,6–40,6
Рівне	62,2	54,7–70,9	10,8	7,7–14,1	43,4	35,2–51,3
Суми	12,8	7,0–21,9	69,9	63,1–75,7	18,6	13,8–24,1
Тернопіль	14,3	5,8–26,1	38,9	30,1–48,7	18,6	46,9–62,8
Харків	5,8	2,1–10,7	16,0	12,0–20,8	51,5	43,4–58,8
Херсон	42,9	33,5–52,3	38,4	32,6–42,8	36,6	29,1–44,5
Хмельницький	38,1	28,1–48,7	42,0	35,8–48,0	42,7	35,1–49,9
Черкаси	40,0	30,4–51,5	86,6	82,4–90,2	36,9	30–43,1
Чернівці	84,5	73,4–93,4	67,5	53,0–73,7	67,1	61,5–74,1
Чернігів	22,5	15,2–30,5	26,4	20,8–32,1	64,5	58,6–71,7
Фастів	—*	—*	—*	—*	24,7	11,5–35,9
Васильків	—*	—*	—*	—*	28	19,2–38
Севастополь	—*	—*	—*	—*	21,5	15,8–27,8

\* У цих містах у відповідний рік дослідження не проводилося.

Вагомий вклад в охоплення групи СІН послугами тестування на ВІЛ-інфекцію роблять неурядові організації, які проводять скринінгове тестування на наявність ВІЛ-інфекції швидкими тестами в рамках своєї програмної діяльності з профілактики ВІЛ-інфекції, – більше половини СІН із числа тих, хто повідомив, що робив тест на ВІЛ протягом останніх 12 місяців, зазначили, що робили тест на базі громадських організацій (табл. 5.2.9).

**Таблиця 5.2.9**

**Проходження тестування на ВІЛ швидкими тестами на базі громадських організацій у 2012 та 2013 роках, %**

Характеристика	Проходили тестування 2012 р.	Проходили тестування 2013 р.
<b>Серед усіх</b>	<b>28,2</b>	<b>19,8</b>
<b>За статтю (р&lt;0,001)</b>		
Чоловіки	26,7	19,2
Жінки	32,9	21,4
<b>За віком (р&lt;0,001)</b>		
14–19 років	13,2	7,7
20–24 роки	21,8	16,6
25–34 роки	32,1	20,3
35 років та старше	26,6	20,6
<b>За стажем вживання (р&lt;0,001)</b>		
До 2-х років	15,3	10,7
3–5 років	20,6	14,1
6–10 років	30,7	19,7
11 років та більше	30,8	22,3
<b>Статус клієнта громадської організації (р&lt;0,001)</b>		
Так	47,0	35,8
Ні	17,8	10,8

За результатами дослідження, частка тих, хто проходив тестування, є найвищою у Чернігові – 50,0% серед тих, хто пройшов тест на ВІЛ (див. табл. 5.2.10).

Дотестове консультування серед усіх опитаних отримали 87,5% опитаних. Про отримання дотестового консультування частіше повідомляли клієнти громадських організацій у порівнянні з неклієнтами (93,4% серед клієнтів та 84,1% серед неклієнтів) (табл. 5.2.11).

**Таблиця 5.2.10**

**Проходження тестування на ВІЛ швидкими тестами на базі громадських організацій, %  
(серед тих, хто мав досвід тестування)**

Місто	2011	2013	
	%	%	довірчі інтервали
Сімферополь (АР Крим)	26,8	8,1	5,0–11,3
Вінниця	27,1	28,1	21,0–35,1
Луцьк	19,4	9,7	6,0–13,1
Дніпропетровськ	11,7	21,4	15,8–26,6
Донецьк	23,7	12,1	8,1–15,8
Житомир	35,0	4,3	1,5–5,7
Ужгород	15,8	9,6	3,6–15,9
Запоріжжя	21,5	7,0	3,2–11,8
Івано-Франківськ	40,7	21,2	15,2–27,2
Біла Церква	15,2	12,8	7,2–18,9
Київ	32,4	37,8	32,1–43,1
Кіровоград	28,9	13,5	7,6–20,0
Луганськ	49,7	20,2	13,8–29,2
Львів	6,5	41,0	34,7–48,0
Миколаїв	19,6	16,2	12,3–21,3
Одеса	19,7	21,1	13,9–23,5
Полтава	18,3	25,3	19,1–32,5
Рівне	15,1	14,2	10,1–20,6
Суми	61,6	6,1	3,1–9,7
Тернопіль	23,8	17,9	12,0–23,8
Харків	18,7	36,8	29,0–45,6
Херсон	22,9	16,8	11,2–23,8
Хмельницький	13,0	26,4	20,2–33,3
Черкаси	55,9	22,1	16,6–28,0
Чернівці	69,8	19,9	14,7–26,9
Чернігів	15,6	50,0	41,8–56,2
Фастів	—*	13,1	6,2–20,8
Васильків	—*	21,5	14,4–30,4
Севастополь	—*	12,3	8,0–16,2

\*Дослідження в даному місті опитування у відповідний рік не проводилося.

**Таблиця 5.2.11**

**Отримання дотестового консультування серед споживачів ін'єсکійних наркотиків, які проходили тестування на ВІЛ, % (N=6159)**

<b>Серед усіх</b>	<b>87,5</b>
<b>За статтю (p=0,084)</b>	
Чоловіки	86,4
Жінки	90,7
<b>За віком (p=0,110)</b>	
14–19 років	84,9
20–24 роки	88,4
25–34 роки	87,8
30 років та старше	87,0
<b>За стажем вживання (p=0,390)</b>	
До 2-х років	82,1
3–5 років	87,5
6–10 років	87,8
11 років та більше	87,7
<b>Статус клієнта громадської організації (p&lt;0,001)</b>	
Так	93,4
Ні	84,1

Дані свідчать, що в кожному з міст більше 70% тестованих проходили дотестову консультацію.

**Таблиця 5.2.12****Отримання дотестового консультування серед споживачів ін'єкційних наркотиків, %**

Місто	%	Довірчі інтервали
Сімферополь (АР Крим)	94,3	91,2–97,4
Вінниця	86,6	80,8–92,6
Луцьк	95,8	91,6–98,2
Дніпропетровськ	81,4	74,2–91,3
Донецьк	85,8	84,8–93,6
Житомир	95,3	92,7–98,3
Ужгород	90,7	74,8–100,0
Запоріжжя	58,6	51,1–78,6
Івано-Франківськ	95,7	91,9–98,4
Біла Церква	87,2	81,1–95,5
Київ	87,1	80,9–89,8
Кіровоград	90,8	83,7–96,6
Луганськ	96,7	93,2–99,8
Львів	94,3	88,2–98,2
Миколаїв	76,7	70,4–82,1
Одеса	89,0	85,3–93,3
Полтава	76,6	67,2–84,6
Рівне	73,0	63,8–84,6
Суми	95,9	91,4–99,0
Тернопіль	87,9	79,9–91,1
Харків	85,4	82,0–92,4
Херсон	88,2	80,7–94,0
Хмельницький	97,4	94,2–99,6
Черкаси	88,4	82,8–93,8
Чернівці	99,6	99,3–100,0
Чернігів	97,4	95,3–100,0
Фастів	78,6	36,5–78,6
Васильків	71,8	43,1–89,3
Севастополь	91,6	89,1–96,8

Післятестову консультацію отримали 84,2% СІН, які мали досвід тестування на ВІЛ (табл. 5.2.13). У порівнянні з 2011 роком цей показник зростає (було 75%).

**Таблиця 5.2.13**

**Отримання післятестового консультування серед споживачів ін'єсکійних наркотиків, які проходили тестування на ВІЛ, % (N=6159)**

<b>Серед усіх</b>	<b>84,2</b>
<b>За статтю (p&lt;0,001)</b>	
Чоловіки	83,0
Жінки	87,6
<b>За віком (p&lt;0,001)</b>	
14–19 років	83,7
20–24 роки	86,0
25–34 роки	83,7
30 років та старше	84,3
<b>За стажем вживання (p&lt;0,001)</b>	
До 2-х років	76,7
3–5 років	80,9
6–10 років	82,2
11 років та більше	85,5
<b>Статус клієнта громадської організації (p&lt;0,001)</b>	
Так	91,4
Ні	79,3

У кожному з міст більше 70% тестованих проходили післятестову консультацію, де мали змогу обговорити результати тесту на ВІЛ та отримати необхідну інформацію і психологічної підтримки (табл. 5.2.14).

Перебування на обліку в центрі СНІДу підтвердили 50,6% (серед тих, хто отримував ВІЛ-позитивний результат) опитаних респондентів. Ключові відмінності спостерігаються за віком. Серед вікової групи від 25 до 34 років та серед СІН старше 35 років питома вага тих, хто перебуває на обліку в центрі СНІДу, майже вдвічі більше в порівнянні з молодшими віковими групами. Так само серед СІН, що мають досвід вживання наркотиків більше 11 років, більша частина підтвердила наявність облікового запису в Центрі СНІДу (табл. 2.5.15).

**Таблиця 5.2.14**

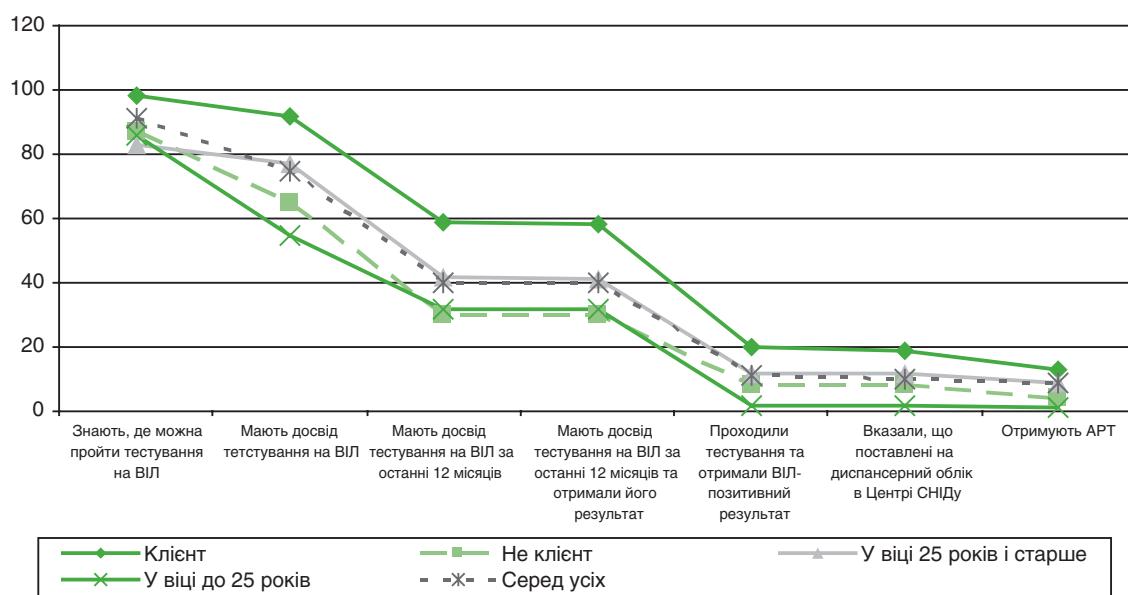
**Отримання післятестового консультування, за містами дослідження, %  
(серед споживачів ін'єсکційних наркотиків, які проходили тестування на ВІЛ )**

Місто	%	Довірчі інтервали
Сімферополь (АР Крим)	95,0	92,3–98,1
Вінниця	78,6	71,3–85,7
Луцьк	94,2	89,4–96,9
Дніпропетровськ	85,5	82,7–93,9
Донецьк	89,8	90,1–96,4
Житомир	95,0	92,7–98,6
Ужгород	87,1	71,3–96,6
Запоріжжя	53,0	49,4–77,1
Івано-Франківськ	88,3	78,4–93,7
Біла Церква	77,6	69,1–88,9
Київ	83,0	78,1–87,9
Кіровоград	72,2	57,4–81,5
Луганськ	94,7	89,3–99,2
Львів	93,3	86,9–97,4
Миколаїв	63,7	60,2–72,3
Одеса	87,1	84,0–92,1
Полтава	71,3	56,9–79,8
Рівне	72,6	64,0–84,6
Суми	99,6	90,1–100,0
Тернопіль	76,2	70,2–82,8
Харків	80,5	76,1–88,2
Херсон	82,8	69,8–91,5
Хмельницький	96,2	91,8–99,2
Черкаси	77,8	67,7–83,0
Чернівці	99,6	99,4–100,0
Чернігів	97,4	91,6–99,4
Фастів	75,2	46,7–84,1
Васильків	76,1	49,9–91,8
Севастополь	88,0	85,5–94,5

Для України залишається актуальним питання взяття на диспансерний облік групи ВІЛ-позитивних СІН, ведення їх випадку, вчасне призначення АРВ-терапії та формування прихильності до отримання такого лікування. Найбільш поінформованою групою серед СІН щодо того, де можна пройти тестування на ВІЛ, є група клієнтів НУО. Ця група СІН частіше за інших втілює свої знання в практику: більша частка має досвід тестування на ВІЛ, отримання результатів, а серед ВІЛ-позитивних більша питома вага тих, хто реєструється на диспансерному обліку та отримує АРТ-препарати (див. рис. 5.2.2).

**Таблиця 5.2.15**  
**Перебування на обліку в Центрі СНІДу, % (N=2111)**

	2013
<b>Серед усіх</b>	<b>50,6</b>
<b>За статтю (p=0,779)</b>	
Чоловіки	50,2
Жінки	51,6
<b>За віком (p&lt;0,001)</b>	
14–19 років	14,3
20–24 роки	15,1
25–34 роки	43
35 років та старше	60,2
<b>За стажем вживання (p&lt;0,001)</b>	
До 2-х років	23,5
3–5 років	29,3
6–10 років	26,2
11 років та більше	56,1
<b>Статус клієнта громадської організації (p&lt;0,001)</b>	
Так	65,6
Ні	38,4



**Рис. 5.2.2. Аналіз етапів тестування на ВІЛ, отримання результатів та лікування залежно від статусу клієнта НУО і віку СІН, %**

За результатами аналізу, найбільші частки СІН, що зареєстровані в Центрі СНІДу, зафіксовано у Сімферополі, Одесі та Хмельницькому (див. табл. 5.2.16).

**Таблиця 5.2.16**

**Перебування на обліку в Центрі СНІДу, % (2013)**  
**(серед тих, хто отримав ВІЛ-позитивний результат)**

Місто	%	Довірчі інтервали
Сімферополь (АР Крим)	81,2	0,0–96,3
Вінниця	41,7	32,8–99,0
Луцьк	40,9	11,9–47,2
Дніпропетровськ	53,4	53,4–80,3
Донецьк	64,3	70,0–95,2
Житомир	28,0	2,7–37,1
Ужгород	6,3	0,0–35,5
Запоріжжя	1,5	0,0–8,3
Івано-Франківськ	70,3	32,0–100,0
Біла Церква	17,4	6,6–30,8
Київ	31,1	27,2–58,0
Кіровоград	39,4	0,0–100,0
Луганськ	17,6	0,0–28,6
Львів	79,3	86,7–100,0
Миколаїв	62,9	60,9–82,9
Одеса	80,7	89,1–100,0
Полтава	50,0	—*
Рівне	42,9	45,2–87,0
Суми	39,1	0,0–58,8
Тернопіль	72,7	39,3–96,1
Харків	50,5	10,7–79,1
Херсон	57,1	36,4–84,3
Хмельницький	86,7	65,1–100,0
Черкаси	56,4	37,9–72,6
Чернівці	66,7	—*
Чернігів	80,0	40,7–100,0
Фастів	62,5	73,9–100,0
Васильків	11,1	—*
Севастополь	60,5	18,7–99,2

\* Інтервали не визначено.

## ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТИВ

За результатами біоповедінкових досліджень встановлено, що переважна більшість СІН володіє інформацією щодо можливих місць проходження тестування. Зберігається тенденція зростання частки тих, хто знає, де можна пройти тестування на ВІЛ та вважає його доступним для себе. Водночас зростає частка тих, хто не знає, до кого саме звернутись для проходження тестування.

За даними попередніх досліджень, спостерігається динаміка зростання частки осіб серед СІН, які зверталися по допомогу для проходження тестування, і тих хто пройшов його. СІН, які мають статус клієнта громадських організацій, частіше за тих, хто його не має, проходили тестування. Сталою залишається структура причин непроходження тестування на наявність ВІЛ, а небажання його проходити є першою за частотою згадування причиною.

Переважна більшість протестованих СІН отримували дотестову та післятестову консультацію.

### РЕЗЮМЕ

- 91,6% СІН знають, де можна пройти тестування на ВІЛ; 94,2% вважають доступним тестування для себе. Основним чинником недоступності вважають брак інформації про те, до кого звернутися, та про місця, де можна пройти тестування.
- Досвід тестування протягом життя мають 73,5% опитаних СІН, протягом останніх 12 місяців – 39,4% опитаних СІН ( у 2011 р. – 35,7%). Серед основних причин, чому не робили тест на ВІЛ, – відсутність бажання проходити таке тестування, впевненість у своїй безпечній поведінці та побоювання дізнатися свій ВІЛ-статус.
- За допомогою швидких тестів пройшли тестування 28,2% опитаних СІН у 2012 та 19,8% – у 2013 роках.
- СІН, що проходили тестування на наявність ВІЛ, зазначають, що з ними не завжди проводиться до- та післятестова консультація.

# РОЗДІЛ 6. РІВЕНЬ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ ТА ІНШИМИ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИМИ ХВОРОБАМИ

У розділі представлені дані епідеміологічного компонента дослідження, в рамках якого всі респонденти пройшли тестування на ВІЛ та гепатит С за допомогою швидких тестів. Також представлена інформація щодо самодекларації наявності інших соціально небезпечних захворювань.

## 6.1. ЗАХВОРЮВАННЯ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ, ГЕПАТИТИ В І С<sup>13</sup>

14,6% СІН повідомили, що хворіли на гепатит В впродовж життя або хворіють на час опитування, а ще 7,4% не знали, чи мали таку хворобу (табл. 6.1.1).

Питома частка тих, що мали або мають гепатит В, зростає з віком: близько одного відсотка СІН повідомили про таке захворювання серед підлітків (14–19 років), а серед СІН у віці 35 років та старше такий досвід мали вже 19%.

Тривалий стаж вживання наркотиків ін'єкційним шляхом також асоціюється з більшим рівнем поширення захворюваності на гепатит В. Серед СІН зі стажем понад 11 років кожний п'ятий (20,3%) повідомив про те, що хворів або хворіє на гепатит В, а серед СІН з відносно нетривалим стажем (до 2-х років) таких було 3,2%.

Логічною є майже вдвічі більша частка СІН з досвідом захворювання на гепатит В серед клієнтів громадських ВІЛ-сервісних організацій у порівнянні з неклієнтами. Клієнти громадських організацій, як правило, мають кращий доступ до медичних послуг та отримують послуги соціальних працівників з підвищенню мотивації до турботи про власне здоров'я. З іншого боку, громадські організації часто співпрацюють з медичними закладами. Отже, СІН, які потрапляють до лікарень через симптоми гепатиту, можуть переадресовуватися до громадських організацій.

Суттєвими є відмінності за досвідом ув'язнення. Серед СІН, які мали такий досвід, 22,8% повідомили про гепатит В, тоді як серед тих, що не відбували покарання у закладах пенітенціарної системи, таких виявилося 10,4%.

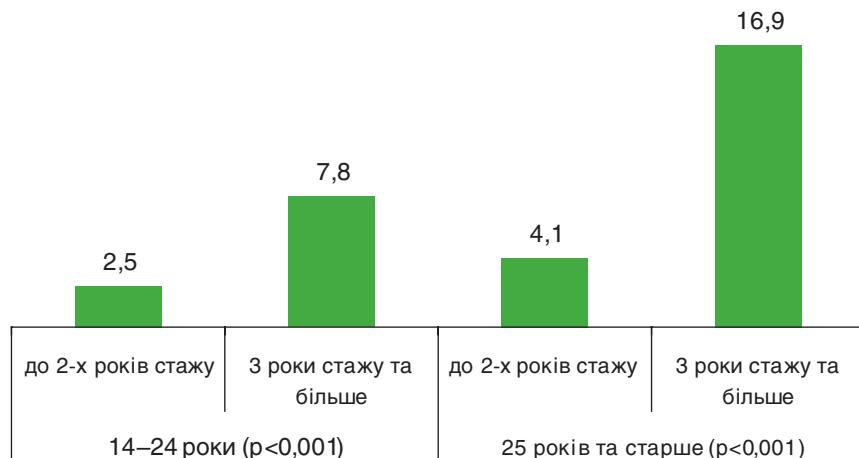
Відмінності за стажем щодо повідомлень про гепатит В залишаються також за віком (рис. 6.1.1). Іншими словами, як і в молодшій (14–24 роки), так і в старшій вікових групах СІН (від 25 років) більш тривалий стаж вживання наркотиків ін'єкційним шляхом асоціюється з більшим рівнем поширення захворюваності на гепатит В.

<sup>13</sup> Запитання щодо інфікування на гепатити В та С, а також туберкульоз уперше з'являються в моніторингу 2011 року. Разом з тим, динаміка таких повідомлень може бути розрахована тільки щодо повідомлень про туберкульоз. Опитування 2011 та 2013 років відрізняються формулуванням запитань щодо гепатитів. У 2011 році запитувальник містив запитання про гепатити В і С в контексті перенесених хвороб за останні 12 місяців, натомість у 2013 році запитання не містили обмеження в часі (хворіли впродовж життя або хворієте зараз).

**Таблиця 6.1.1**

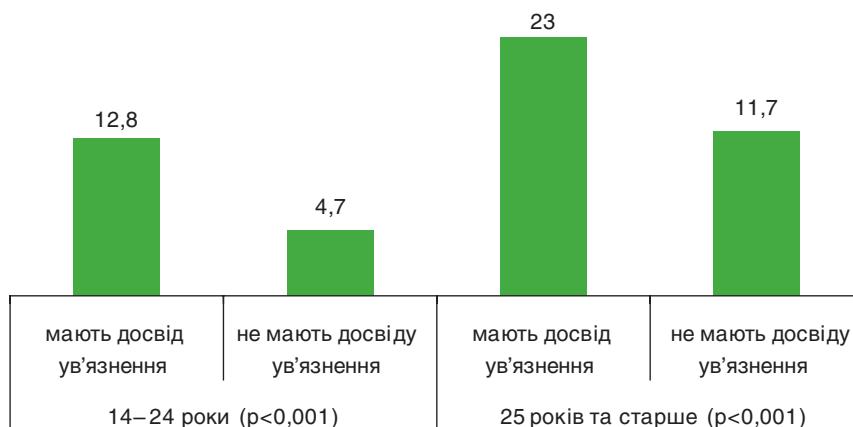
Розподіл відповідей на запитання «Чи хворіли/хворісте Ви на гепатит В?», % (2013 р.)

Соціально–демографічні групи		Так	Ні	Не знаю
<b>Серед усіх</b>		<b>14,6</b>	<b>78,0</b>	<b>7,4</b>
<b>Стать (р=0,111)</b>	Чоловіча	15,0	77,6	7,4
	Жіноча	13,2	79,5	7,3
<b>Вік (р&lt;0,001)</b>	14–19 років	0,9	85,3	13,7
	20–24 роки	6,2	86,8	7,0
	25–34 роки	13,0	80,1	6,9
	35 років і старше	19,1	73,3	7,6
<b>Стаж вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (р&lt;0,001)</b>	До 2-х років	3,2	86,1	10,6
	3–5 років	4,0	88,0	8,0
	6–10 років	8,8	84,7	6,4
	11 років та більше	20,3	72,6	7,2
<b>Участь у громадських ВІЛ-сервісних організаціях (р&lt;0,001)</b>	Є клієнтами	19,8	73,0	7,2
	Не є клієнтами	11,6	80,9	7,5
<b>Досвід ув'язнення (р&lt;0,001)</b>	Є такий досвід	22,8	69,1	8,1
	Немає такого досвіду	10,4	82,6	7,0

**Рис. 6.1.1. Розподіл СІН, що хворіли на гепатит В, за самодекларацією, серед різних вікових груп та за стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, %**

Наявність досвіду перебування в місцях позбавлення волі також пов'язується з більшою часткою повідомлень про захворювання на гепатит В як у старшій, так і молодшій віковій групах (рис. 6.1.2). Разом з тим, якщо розглядати СІН, котрі мали досвід ув'язнення, у молодшій групі частка хворих або таких, що хворіли на гепатит В, майже вдвічі менша за аналогічний показник у старшій віковій групі.

Щодо міст опитування, то в 11 з них вища за середню по країні частка СІН, які хворіють або хворіли на гепатит В, а саме: Харків (18,4%), Івано-Франківськ (18,6%), Сімферополь (18,7%), Одеса (19,1%), Дніпропетровськ (19,9%), Вінниця (21,6%), Миколаїв (23,5%), Фастів (24,3%), Херсон (26,5%), Донецьк (26,5%) та Київ (30,1%) (табл. 6.1.2). Серед міст з низьким рівнем інфікування гепатитом В (за самодекларацією) – Чернівці, Суми, Тернопіль та Полтава; у цих містах менше 5% СІН зазначили, що хворіли на гепатит В.



**Рис. 6.1.2. Розподіл СІН, які хворіли на гепатит В, за самодекларацією, серед різних вікових груп та за досвідом ув'язнення, %**

**Таблиця 6.1.2**

**Розподіл відповідей на запитання «Чи хворіли/хворісте Ви на гепатит В?» за містами опитування, % (2013 р.)**

Міста	%	Довірчі інтервали
Сімферополь	18,7	14,6–23,3
Вінниця	21,6	15,4–28,3
Луцьк	12,1	8,3–16,5
Дніпропетровськ	19,9	15,4–25,1
Донецьк	26,5	18,9–34,8
Житомир	5,0	2,9–8,3
Ужгород	0,9	0,0–2,7
Запоріжжя	6,9	4,1–9,8
Івано-Франківськ	18,6	11,7–27,1
Київ	30,1	24,5–35,4
Кіровоград	7,8	3,1–14,2
Луганськ	7,7	4,2–12,9
Львів	12,0	6,6–17,5
Миколаїв	23,5	17,8–29,6
Одеса	19,1	14,9–23,6
Полтава	4,9	2,4–8,0
Рівне	9,3	5,3–13,8
Суми	4,1	1,9–6,5
Тернопіль	4,3	1,5–8,2
Харків	18,4	10,5–27,7
Херсон	26,5	20,1–31,6
Хмельницький	14,6	9,2–20,0
Черкаси	9,5	6,2–13,4
Чернівці	4,1	1,9–6,5
Чернігів	5,5	2,4–9,2
Біла Церква	10,9	6,7–16,1
Васильків	6,8	1,2–13,9
Севастополь	9,3	5,2–14,1
Фастів	24,3	14,7–41,5

Більше чверті СІН (27,6%) повідомили, що хворіли на гепатит С впродовж життя, а 9,7% вагалися, чи мали таке захворювання (табл. 6.1.3)<sup>16</sup>.

Повідомлення про гепатит С частішають з віком та стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом. Серед СІН-підлітків 6,3% повідомили, що інфіковані на гепатит С серед 20–24-річних – 11,2%, а серед 25–34-річних – вже більше чверті (28,4%). Аналогічна тенденція характеризує СІН з різним стажем: у групі споживачів з 2-річним або менш тривалим досвідом вживання наркотиків ін'єкційним шляхом питома частка інфікованих на гепатит С становить 5,4%, натомість серед СІН з 11-річним або більш тривалим стажем вже 36,8% декларують, що мають таку інфекцію.

Серед СІН, які беруть участь у громадських ВІЛ-сервісних організаціях, майже половина опитаних (44,1%) повідомила про наявність гепатиту С, а серед неклієнтів таких організацій менш ніж кожний п'ятий (18,4%) зазначив, що хворів або хворіє на гепатит С. Разом з тим, частка осіб, які не були впевнені, чи хворіють вони на гепатит С, є практично однаковою як серед клієнтів, так і неклієнтів громадських організацій.

Перебування в установах пенітенціарної системи (колонії, СІЗО) може бути пов'язано з підвищеним ризиком інфікування гепатитом С. У порівнянні з СІН, які не мали досвіду ув'язнення, частка інфікованих на гепатит С серед СІН, які мали такий досвід, удвічі більша (40,5% проти 21%).

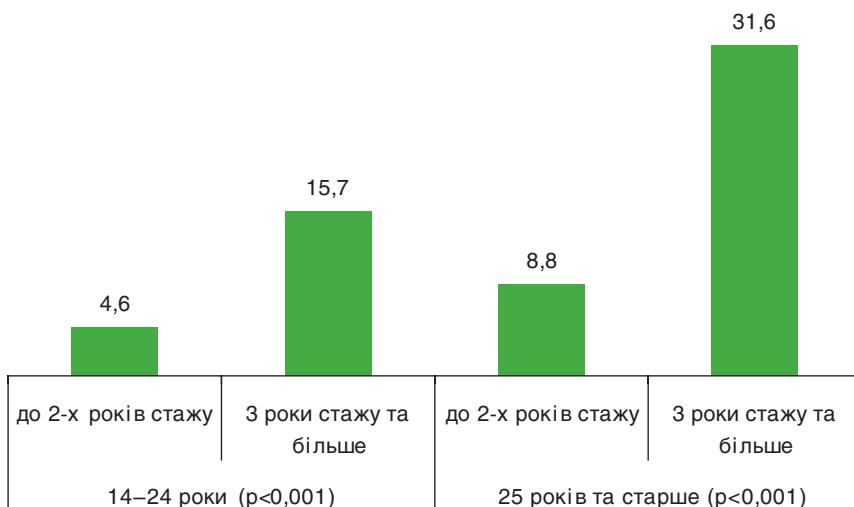
**Таблиця 6.1.3**

**Розподіл відповідей на запитання «Чи хворіли/хворієте Ви на гепатит С?», %**

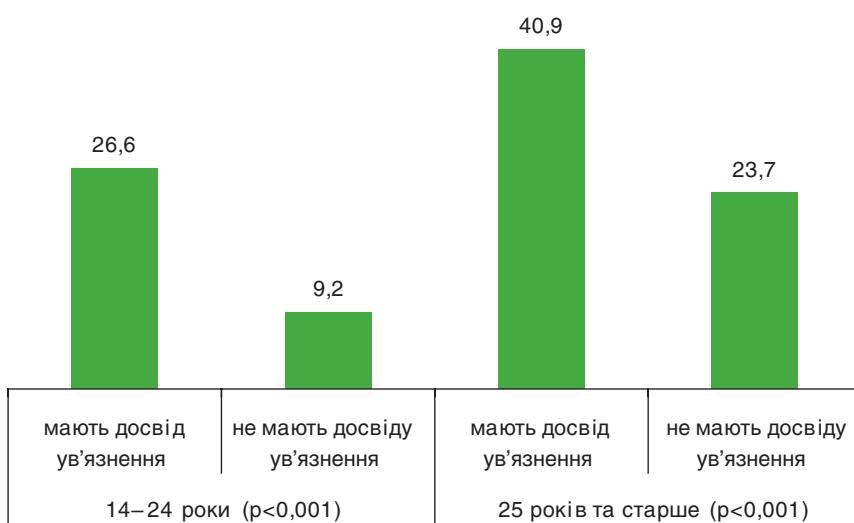
Соціально-демографічні групи		Так	Ні	Не знаю
<b>Серед усіх</b>		<b>27,6</b>	<b>62,7</b>	<b>9,7</b>
Стать (p=0,986)	Чоловіча	27,6	62,6	9,7
	Жіноча	27,4	62,8	9,7
Вік (p<0,001)	14–19 років	6,3	79,5	14,2
	20–24 роки	11,2	81,1	7,7
	25–34 роки	28,4	62,7	9,0
	35 років і старше	32,2	57,0	10,8
Стаж вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (p<0,001)	До 2-х років	5,4	83,9	10,6
	3–5 років	9,7	82,3	8,0
	6–10 років	19,7	72,2	8,2
	11 років та більше	36,8	52,8	10,5
Участь у громадських ВІЛ-сервісних організаціях (p<0,001)	Є клієнтами	44,1	45,9	10,0
	Не є клієнтами	18,4	72,1	9,5
Досвід ув'язнення (p<0,001)	Є такий досвід	40,5	48,3	11,1
	Немає такого досвіду	21,0	70,0	9,0

<sup>16</sup> Слід зазначити, що гепатит С може бути інфекцією без хвороби, тобто людина не хворіє, але є носієм вірусу і може інфікувати інших; це може бути гостре захворювання; захворювання, яке може бути вилікованим після гострого захворювання; або мати форму хронічного захворювання. На жаль, запитання анкети не передбачає розрізнення між окремими формами гепатиту: гостра чи хронічна, наявність віrusу за відсутності симптомів тощо. Отже, коли СІН декларували про те, що вони хворіли або хворіють на гепатит С, це могла бути будь-яка форма прояву такої інфекції. Так, вислів «хворіли на гепатит С за останні 12 місяців» не обов'язково означає виліковування хвороби, що може бути перехід із гострої форми у хронічну.

Більш тривалий стаж вживання наркотиків та перебування в установах пенітенціарної системи асоціюється з підвищеним ризиком інфікування гепатитом С як у старшій, так і молодшій вікових групах СІН (рис. 6.1.3, 6.1.4). Ймовірність більш тривалого стажу вживання наркотиків та появи досвіду ув'язнення зростає з віком СІН, проте наявність таких факторів ризику може підвищувати ризик захворювання на гепатит С у будь-якому віці.



**Рис. 6.1.3. Розподіл СІН, які хворіли на гепатит С (за самодекларацією), серед різних вікових груп та за стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, %**



**Рис. 6.1.4. Розподіл СІН, які хворіли на гепатит С (за самодекларацією), серед різних вікових груп та за досвідом ув'язнення, %**

Питомі частки СІН, котрі повідомляли про інфікування гепатитом С, суттєво відрізняються за містом опитування. У столиці зафіксовано найбільшу частку інфікованих гепатитом С (за самодекларацією) – 60,1% (табл. 6.1.4). Майже половина опитаних повідомили, що мають гепатит С, у Вінниці (40,2%), Василькові (43,2%), Одесі (48,5%) та Чернігові (49,1%). СІН, які, за власним повідомленням, не були інфіковані на вірус гепатиту С, переважали в Сімферополі, Кіровограді та Запоріжжі; у цих містах тільки приблизно кожний десятий зазначав про наявність такої хвороби, хоча це може відображати більшою мірою ситуацію з діагностикою, ніж зі справжньою поширеністю інфекції.

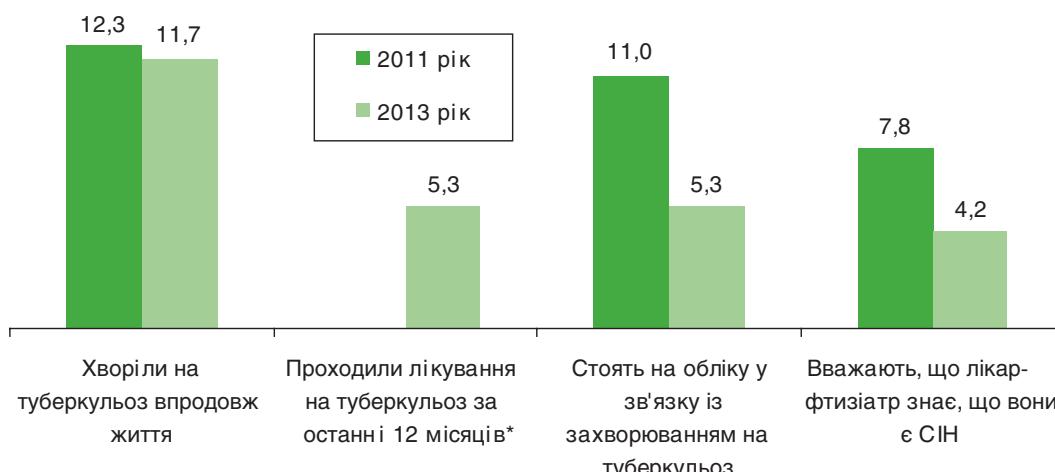
**Таблиця 6.1.4**

**Розподіл відповідей на запитання «Чи хворіли/хворісте Ви на гепатит С?» за містами опитування, % (2013 р.)**

Міста	%	Довірчі інтервали
Сімферополь	8,8	5,8–12,3
Вінниця	40,2	32,5–48,7
Луцьк	23,5	18,7–28,9
Дніпропетровськ	23,1	18,3–28,9
Донецьк	18,6	13,7–24,7
Житомир	21,8	15,7–27,6
Ужгород	15,7	10,1–23,6
Запоріжжя	10,9	6,7–16,0
Івано-Франківськ	17,3	11,1–25,2
Київ	60,1	54,3–65,8
Кіровоград	9,1	3,8–17,0
Луганськ	30,4	21,4–41,7
Львів	14,4	8,6–20,8
Миколаїв	29,4	23,4–35,8
Одеса	48,5	41,8–54,8
Полтава	16,7	11,0–23,5
Рівне	21,8	14,1–29,4
Суми	20,7	15,7–26,6
Тернопіль	32,5	24,6–41,0
Харків	25,3	18,6–33,6
Херсон	34,9	28,9–41,7
Хмельницький	20,6	14,1–28,0
Черкаси	26,8	20,0–34,0
Чернівці	39,6	31,7–47,1
Чернігів	49,1	42,7–55,7
Біла Церква	21,7	15,8–28,8
Васильків	43,2	32,4–54,7
Севастополь	18,2	13,0–24,2
Фастів	32,0	21,0–46,9

Як встановлено опитуванням 2011 року, 12,3% СІН хворіли раніше або на час опитування туберкульозом (рис. 6.1.5). Динаміка впродовж 2011–2013 років свідчить про відсутність суттєвих змін у цьому показнику (відмінності не є статистично значущими на рівні 5%). Із загалу тих СІН, які хворіли на туберкульоз, приблизно половина проходили лікування за останні 12 місяців (45,3%, або 5,3% від загалу опитаних). Фактично всі опитані СІН, які проходили лікування туберкульозу за останній рік, стояли на обліку у зв'язку із захворюванням на туберкульоз. За результатами 2011 року, вдвічі більше СІН повідомили, що вони перебувають на обліку у зв'язку із захворюванням на туберкульоз. Такі відмінності можуть бути наслідком різних співвідношень у часі між періодом захворювання та опитуванням. Ймовірно, у 2011 році більша частка осіб проходили лікування від туберкульозу в період дослідження або в рік, що передував цьому, в той час як у 2013 році, навпаки, більшою була частка СІН, які вже завершили лікування і не стояли на обліку.

Більше третини СІН, які хворіли на туберкульоз (35,6%, або 4,2% від загалу опитаних), вважали, що лікар-фтизіатр знає, що вони вживають наркотики ін'єкційним шляхом. Цей відсоток майже вдвічі зменшується в порівнянні з 2011 роком, коли 63,3% від загалу СІН, які хворіли на туберкульоз, або 7,8% від загалу опитаних, вважали, що лікар-фтизіатр знає про те, що вони є СІН. Разом з тим, ця різниця не є такою драматичною, якщо розглядати СІН, котрі на момент дослідження стояли на обліку у зв'язку із захворюванням на туберкульоз; у цій групі 71,1% у 2011 році та 78,7% у 2013 році вважали, що лікар-фтизіатр знає, що вони є СІН.



\* Запитання щодо проходження лікування туберкульозу за останні 12 місяців ставилося тільки у 2013 р.

**Рис. 6.1.5. Динаміка захворюваності СІН на туберкульоз за самодекларацією, серед загалу опитаних, % (2011–2013 роки)**

Чоловіки частіше, ніж жінки, повідомляли про те, що хворіли або хворіють на туберкульоз (13,1% проти 7,5%) (табл. 6.1.5).

У групі підлітків (14–19 років) та молоді (20–24 роки) були лише поодинокі випадки повідомлень про туберкульоз: 1,1 та 1,7% відповідно. Разом з тим, серед 25–34-річних СІН вже 7,6% зазначили про те, що мали такий діагноз, а серед старших СІН (35 років і старше) майже кожний п'ятий (19,2%) впродовж життя хворів на туберкульоз.

Подібний розподіл спостерігається і за стажем вживання наркотиків. Особливо вирізняється група СІН з дуже тривалим стажем (11 років та більше), де 17% хворіли або хворіють на туберкульоз. Для порівняння: у групі з 6–10-річним стажем – 4,6% отримували діагноз «туберкульоз» (за самодекларацією).

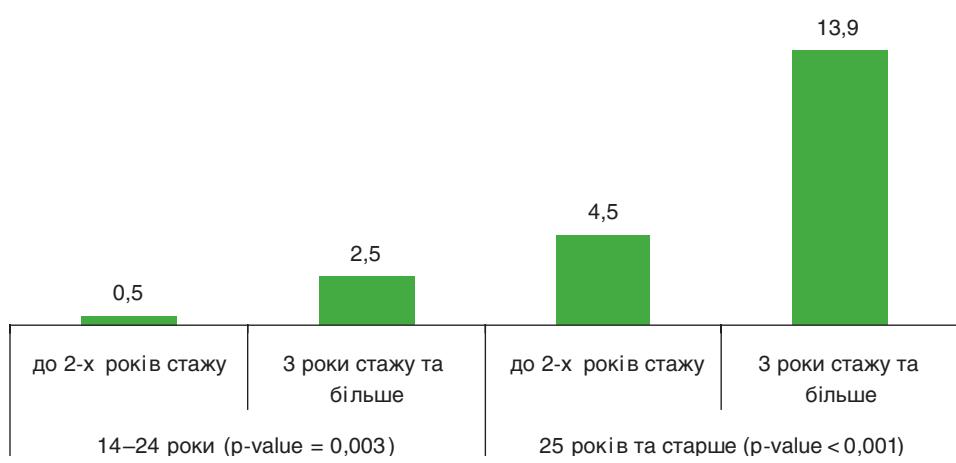
Суттєвою є різниця за наявністю досвіду ув'язнення. Серед СІН – колишніх в'язнів кожний четвертий (24,9%) повідомив про туберкульоз, натомість у групі СІН, які не мають такого досвіду, – тільки 5%.

**Таблиця 6.1.5**

Питома частка СІН, які хворіли на туберкульоз у минулому або на час дослідження, за самодекларацією, %

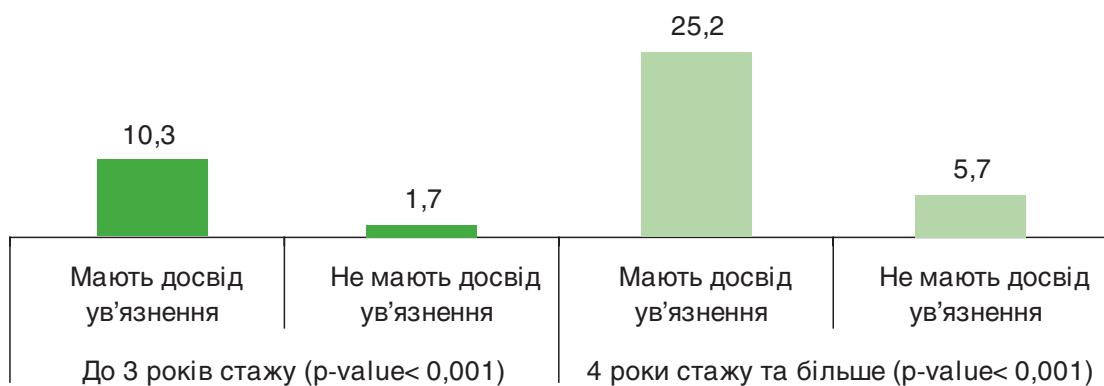
Соціально-демографічні групи	%
<b>Серед усіх</b>	<b>11,7</b>
<b>Стать (p&lt;0,001)</b>	Чоловіча
	Жіноча
<b>Вік(p&lt;0,001)</b>	14–19 років
	20–24 роки
	25–34 роки
	35 років і старше
<b>Стаж вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (p&lt;0,001)</b>	До 2-х років
	3–5 років
	6–10 років
	11 років та більше
<b>Участь у громадських ВІЛ-сервісних організаціях (p&lt;0,001)</b>	Є клієнтами
	Не є клієнтами
<b>Досвід ув'язнення (p&lt;0,001)</b>	Є такий досвід
	Немає такого досвіду

Зв'язок між стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом та захворюваністю на туберкульоз зберігається як серед молодих СІН віком до 24 років, так і старших (від 25 років): питома частка осіб, які повідомляли, що хворіли або хворіють на туберкульоз, булавищою серед осіб з більш тривалим стажем (рис. 6.1.6). Разом з тим, основна частина СІН, які хворіли або хворіють на туберкульоз, концентрується серед респондентів у віці від 25 років та старше, які мають від чотирьох років стажу (13,9%).



**Рис. 6.1.6. Розподіл СІН, які хворіли на туберкульоз, за самодекларацією, серед різних вікових груп та за стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, %**

Досвід ув'язнення є ключовим фактором, що визначає ризик захворювання. Серед СІН, які не мали досвіду ув'язнення впродовж життя, 1,7% повідомили про туберкульоз у групі респондентів з відносно нетривалим стажем (до 2-х років) та 5,7% – у групі зі стажем від 3-х років (рис. 6.1.7). Ці відсотки суттєво збільшуються серед СІН, які перебували в місцях позбавлення волі: 10,3% у групі зі стажем до 3-х років та 25,2% у групі зі стажем від 4-х років.



**Рис. 6.1.7. Розподіл СІН, які хворіли на туберкульоз, за самодекларацією, за досвідом ув'язнення та стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, %**

Херсон, Сімферополь, Тернопіль та Дніпропетровськ є містами з найвищим рівнем захворюваності СІН на туберкульоз: тут понад 20% повідомляли про те, що хворіли або хворіють на туберкульоз (табл. 6.1.6). Натомість в Ужгороді, Луганську, Чернівцях та Сумах менше 5% опитаних СІН зазначили про туберкульоз.

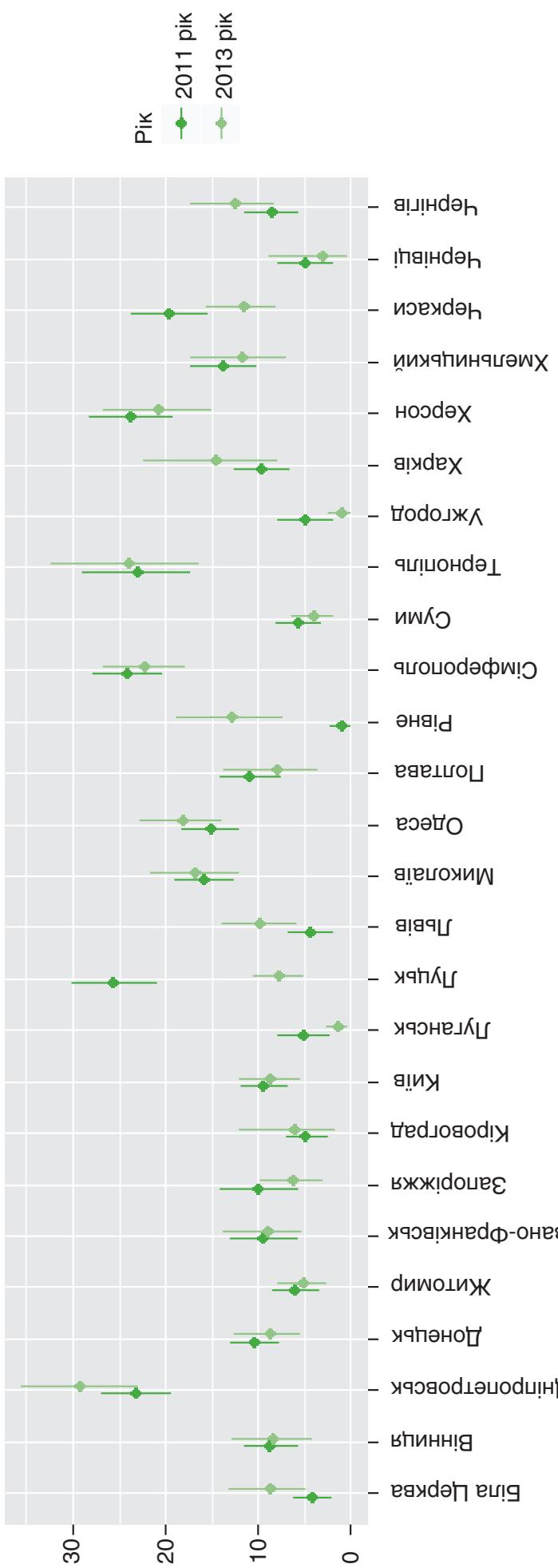
Упродовж 2011–2013 років рівень поширеності туберкульозу серед СІН протягом життя за самодекларацією знижується найбільшою мірою в Луцьку (–17,8%) та Черкасах (–8,2%). У межах 1–5% зафіксовано падіння рівня захворюваності на туберкульоз в Ужгороді, Луганську, Запоріжжі, Полтаві, Херсоні, Хмельницькому, Чернівцях, Сімферополі, Сумах та Донецьку.

**Таблиця 6.1.6**

**Динаміка частки респондентів, які хворіли або хворіють на туберкульоз, серед СН за самодекларацією, за містами опитування, % та довірчі інтервали**

Міста	2011 рік		2013 рік	
	%	довірчі інтервали	%	довірчі інтервали
Сімферополь	24,2	20,4–28,0	22,3	17,9–26,8
Вінниця	8,3	5,4–11,2	7,9	3,8–12,5
Луцьк	25,6	21,0–30,1	7,8	5,2–10,7
Дніпропетровськ	23,2	19,5–27,0	29,3	23,0–35,6
Донецьк	10,4	7,7–13,1	8,8	5,5–12,6
Житомир	6,0	3,5–8,5	5,2	2,7–8,0
Ужгород	5,0	2,0–8,0	1,0	0,0–2,5
Запоріжжя	10,0	5,8–14,2	6,2	3,1–9,9
Івано-Франківськ	9,2	5,6–12,8	8,7	5,1–13,6
Київ	9,4	6,8–11,9	8,7	5,5–12,2
Кіровоград	4,9	2,6–7,1	6,1	1,7–12,2
Луганськ	5,2	2,4–7,9	1,3	0,4–2,7
Львів	4,4	1,9–6,9	9,8	5,9–14,0
Миколаїв	15,9	12,7–19,1	16,8	12,2–21,7
Одеса	15,2	12,1–18,3	18,1	14,0–22,8
Полтава	10,9	7,6–14,1	8,0	3,6–13,9
Рівне	1,1	0,0–2,3	12,9	7,5–18,9
Суми	5,7	3,3–8,1	4,0	2,0–6,4
Тернопіль	23,1	17,3–29,0	24,0	16,4–32,5
Харків	9,7	6,6–12,7	14,6	7,9–22,4
Херсон	23,7	19,3–28,2	20,8	15,2–26,8
Хмельницький	13,8	10,2–17,4	11,8	7,1–17,3
Черкаси	19,7	15,5–23,8	11,5	8,1–15,7
Чернівці	5,0	2,0–8,0	3,0	0,4–9,0
Чернігів	8,6	5,7–11,5	12,4	8,3–17,3
Біла Церква	3,7	1,5–5,8	8,2	4,4–12,6
Васильків	—*		3,7	0,5–7,9
Севастополь	—*		15,4	10,8–20,5
Фастів	—*		6,8	2,6–12,1

\*Дослідження в даному місті опитування у відповідний рік не проводилося.



**Рис. 6.1.8. Динаміка захворюваності на туберкульоз серед СН за самоекспарациєю, за місцем опитування, % та дозірні інтервали**

## 6.2. РІВЕНЬ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ СЕРЕД СІН

За результатами зв'язаного дослідження<sup>15</sup>, 19,7% СІН отримали позитивний результат тесту на ВІЛ (рис. 6.3). Це дещо нижче за показник моніторингу 2011 та 2009 років (21,6%).

Частка ВІЛ-інфікованих СІН за результатами тестування більша за частку тих, хто повідомив про позитивний результат тесту, за самодекларацією (11,9% від загалу опитаних). Отже, 740 СІН, або 7,8% від загалу опитаних, уперше дізналися про позитивний результат тесту. Іншими словами, 40% серед загалу ВІЛ-інфікованих СІН не знали про свій статус. Слід розуміти, що ця оцінка є приблизною, оскільки ми не можемо виокремити осіб, які знали про позитивний результат тесту, проте вирішили не повідомляти його або зазначили статус, що не відповідає реальному.

Частки СІН, які повідомили про свій позитивний ВІЛ-статус до тестування у межах дослідження, та тих, що стоять на обліку в центрах СНІДу, збігаються. Це свідчить про високу доступність послуг центру СНІДу, тобто системи обліку, як правило, охоплює всіх СІН, котрі знають про свій ВІЛ-позитивний статус. Про отримання АРТ зазнали майже дві третини (63,4%) від загалу СІН, що стоять на обліку в центрах СНІДу, або 7,6% від загалу опитаних. Разом з тим, ми не можемо оцінити, як це характеризує забезпеченість послугами АРТ, оскільки не відома інформація про вірусне навантаження інфікованих СІН. Зважаючи на частку ВІЛ-інфікованих за результатами тестування в межах дослідження, можна припускати, що принаймні дві третини (62%) від загалу СІН з позитивним статусом, або 12% від загалу опитаних СІН, наразі не отримують АРТ, проте потенційно мають потребу в таких послугах (рис. 6.2.1).

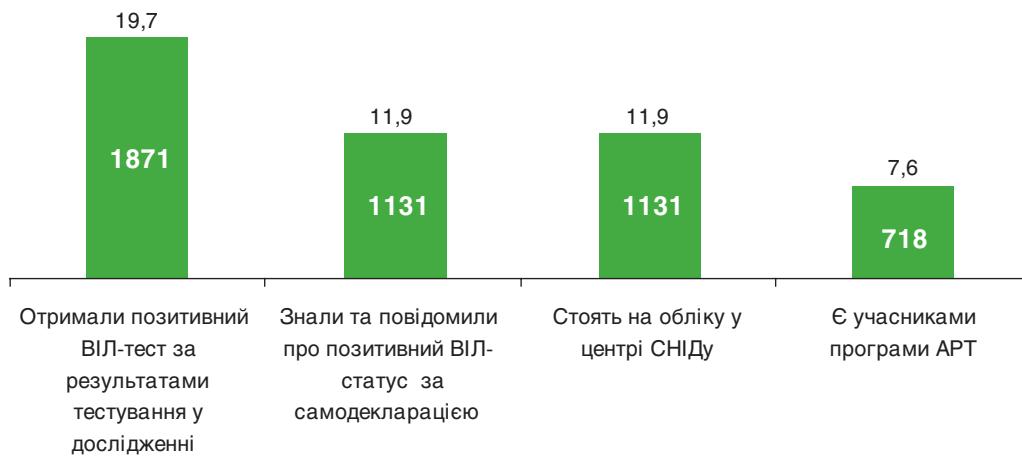


Рис. 6.2.1. Поширеність ВІЛ та охоплення центрами СНІДу, % від загалу опитаних та абсолютні числа

<sup>15</sup> Зв'язане дослідження – це поєднання опитування представників груп ризику з їх тестуванням, що дозволяє підтвердити статус, який декларується респондентом, отримати інформацію в разі не знання респондентом його статусу або відмови називати результати попередніх тестувань та більш детально проаналізувати чинники інфікування. У 2013 році здійснювалося тестування крові респондентів на ВІЛ та гепатит С.

Серед респондентів, які повідомили про свій ВІЛ-позитивний статус, 86,7% підтвердили позитивний результат у межах зв'язаного дослідження (табл. 6.2.1). 4,9% респондентів (238 осіб) за результатами попередніх тестувань мали негативний ВІЛ-статус, проте за тестуванням у рамках дослідження отримали позитивний результат. Цей відсоток частково відображає нові випадки інфікування, проте не дорівнює їм, оскільки не всі СІН проходили тестування до дослідження чи погодилися назвати результат тесту.

**Таблиця 6.2.1**

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

Результати зв'язаного дослідження (p<0,001)	Самодекларація ВІЛ-статусу з попередніх тестувань	
	позитивний	негативний
Позитивний	86,7 (980)	4,9 (238)
Негативний	13,3 (150)	95,1 (4590)
Разом	100 (1130)	100 (4828)

13,3% СІН (150 респондентів, або 1,6% від загалу опитаних), які задекларували свій ВІЛ-позитивний статус, отримали негативний результат у зв'язаному дослідженні. 117 респондентів цієї групи повідомили, що вони перебувають на обліку в Центрі СНІДу, а 82 СІН зазначили, що є учасниками АРТ; отже, їхній ВІЛ-статус мав бути підтвердженим. Причиною таких розбіжностей може бути обмежена чутливість та специфічність швидких тестів, які ніколи не дають 100% точності, особливо у випадку, коли людина приймає АРТ-препарати, що значно знижує вірусне навантаження.

**Таблиця 6.2.2**

**Питома вага СІН, які отримали позитивний результат тестування на ВІЛ, %**

<b>Серед усіх</b>	<b>19,7</b>
<b>За статтю (p&lt;0,001)</b>	
Чоловіки	18,8
Жінки	22,4
<b>За віком (p&lt;0,001)</b>	
14–19 років	2,3
20–24 роки	7,2
25–34 роки	16,1
35 років і старше	27,6
<b>За стажем вживання ін'єкційних наркотиків (p&lt;0,001)</b>	
До 2-х років	3,5
3–5 років	7,2
6–10 років	9,7
11 років та більше	26,6
<b>Участь у громадських ВІЛ-сервісних організаціях (p&lt;0,001)</b>	
Є клієнтами	26,8
Не є клієнтами	14,8
<b>Досвід ув'язнення (p&lt;0,001)</b>	
Є такий досвід	25,2
Немає такого досвіду	12,6

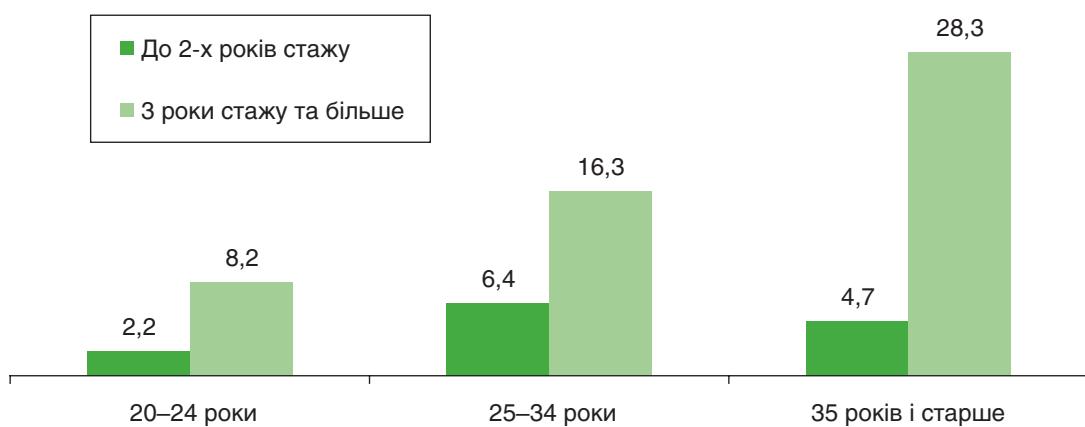
Рівень поширеності ВІЛ відрізняється за статтю, віком, стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом. Так, за результатами зв'язаного дослідження, серед жінок-СІН 22,4% отримали позитивний результат тесту, а серед чоловіків – 18,8% (табл. 6.2.1).

Поширеність ВІЛ зростає з віком. Показник ВІЛ-інфікування у групі підлітків (18–19 років) становить 2,3%. Серед 20–24-річних питома вага ВІЛ-інфікованих збільшується до 7,2%. У групі 25–34-річних СІН отримано 16,1% позитивних тестів на ВІЛ, а серед СІН у віці від 35 років і старше позитивний результат тесту на ВІЛ вже мали більше чверті опитаних (27,6%).

Подібний тренд характеризує й відмінності в рівні поширеності ВІЛ за стажем вживання наркотиків. Якщо серед СІН, які вживають ін'єкційні наркотики до 2-х років, питома вага ВІЛ-інфікованих становить 3,5%, то серед СІН зі стажем від 11 років та більше – 26,6%.

Слід зазначити, що стаж вживання наркотиків є більш критичним фактором в оцінці відмінностей у поширеності ВІЛ. Наприклад, у групі 25–34-річних рівень поширеності ВІЛ серед СІН з відносно нетривалим стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (до 2-х років) у 2,6 раза перевищував аналогічний показник серед СІН зі стажем від 3-х років та більше (рис. 6.2.2). Серед 35-річних та старше такі відмінності посилюються: так, у групі СІН зі стажем до 2-х років поширеність ВІЛ у шість разів менший у порівнянні з СІН, які мають від 3-х та більше років стажу.

Суттєвою є різниця за наявністю досвіду ув'язнення. Серед СІН – колишніх в'язнів кожний четвертий (25,2%) отримав позитивний результат тестування на ВІЛ, натомість у групі СІН, які не мають такого досвіду, таких виявилося удвічі менше (12,6%).



**Рис. 6.2.2. Поширеність ВІЛ за віком в залежності від різного стажу вживання ін'єкційних наркотиків, %**

Більша частка ВІЛ-позитивних серед клієнтів громадських ВІЛ-сервісних організацій є наслідком специфіки роботи таких організацій та їх співпраці з центрами СНІДу. Серед загалу СІН, які не були клієнтами громадських ВІЛ-сервісних організацій, 14,8%, або 838 осіб, отримали позитивний результат тесту на ВІЛ. У цій групі 336 осіб (3,5% від загалу опитаних) зазначили про наявність ВІЛ-інфекції за результатами попередніх тестувань (самодекларація), а решта – не знали, не проходили тестування чи відмовилися від розголошення статусу. Принаймні 18% від загалу ВІЛ-інфікованих СІН вже знали про свій статус до дослідження, проте не були клієнтами жодних громадських ВІЛ-сервісних організацій.

У 2013 році містами з низьким рівнем поширеності ВІЛ-інфекції серед опитаних СІН (менше 10%) були: Ужгород (1,8%), Запоріжжя (2,2%), Чернівці (2,2%), Полтава (2,6%), Луганськ (3,2%), Суми (5,1%) та Кіровоград (9,2%) (табл. 6.2.3). Майже кожний третій СІН отримав позитивний результат тесту в Миколаєві (31,8%), Дні-

пропетровську (31,2%) та Одесі (30,2%). В Івано-Франківську, Тернополі, Чернігові, Житомирі, Білій Церкві, Рівному, Черкасах та Луцьку питома вага ВІЛ-інфікованих СІН наближається до середнього показника по країні. Протягом 2011–2013 років частка ВІЛ-інфікованих серед СІН зростає у Харкові (+1,9%), Луцьку (+2,3%), Донецьку (+5,6%) та Тернополі (+10,6%). Менше відсотка становлять зміни у рівні поширення ВІЛ серед СІН Вінниці, Житомира, Сімферополя, Івано-Франківська, Кіровограда, Ужгорода, Луганська та Тернополя.

**Таблиця 6.2.3****Відсоток ВІЛ-інфікованих СІН за містами опитування, % та довірчі інтервали**

Місто	2007	2008/2009	2011	2013
Сімферополь	—*	23,5 [18,1–29,0]	22,6 [18,8–26,4]	22,5 [17,6–28,1]
Вінниця	—*	4,8 [2,2–8,1]	13,0 [9,2–16,9]	12,7 [7,7–18,8]
Луцьк	27,1 [17,8–37,2]	26,7 [19,3–34,9]	18,0 [13,7–23,5]	20,3 [15,4–25,4]
Дніпропетровськ	16,4 [11,3–22,1]	22,1 [15,4–30,2]	33,4 [28,1–39,2]	34,7 [24,9–37,2]
Донецьк	—*	33,2 [26,9–39,7]	20,9 [16,6–25,5]	26,5 [19,0–35,0]
Житомир	—*	25,3 [18,0–32,9]	19,0 [14,9–23,1]	18,9 [12,4–25,8]
Ужгород	—*	3,0 [0,2–7,3]	1,3 [0,4–2,6]	1,8 [0,0–2,5]
Запоріжжя	—*	10,7 [4,8–17,5]	5,8 [2,0–10,4]	2,2 [0,5–4,7]
Івано-Франківськ	—*	29,6 [22,0–37,6]	16,9 [11,3–22,4]	17,0 [10,3–25,2]
Київ	12,7 [7,7–17,7]	22,1 [16,6–27,9]	25,8 [17,4–33,1]	20,1 [10,2–29,6]
Кіровоград	—*	13,2 [8,1–18,8]	9,0 [4,9–13,2]	15,0 [3,9–19,6]
Луганськ	6,1 [2,9–10,8]	6,7 [2,3–12,2]	2,4 [1,1–3,9]	3,2 [1,7–5,4]
Львів	—*	21,0 [15,2–29,9]	27,6 [21,7–34,1]	23,5 [17,6–29,4]
Миколаїв	—*	56,4 [47,9–64,8]	40,2 [25,1–45,9]	31,8 [25,9–39,2]
Одеса	—*	36,8 [30,4–43,0]	32,0 [27,9–36,4]	30,2 [24,3–36,4]
Полтава	—*	23,7 [16,6–32,0]	22,8 [17,1–28,4]	2,6 [1,3–4,7]
Рівне	—*	22,4 [17,5–32,4]	9,2 [6,1–12,6]	24,5 [13,2–27,5]
Суми	—*	9,3 [4,6–16,2]	4,2 [2,1–6,7]	5,1 [2,4–9,4]
Тернопіль	—*	6,2 [1,5–13,5]	17,2 [8,7–24,9]	18,0 [12,2–24,5]
Харків	—*	10,6 [4,8–16,1]	8,4 [5,3–12,0]	10,3 [5,1–18,0]
Херсон	—*	26,7 [19,9–34,4]	28,4 [23,1–34,2]	22,6 [16,8–28,7]
Хмельницький	—*	26,8 [18,2–36,5]	33,7 [28,7–40,4]	28,2 [21,4–34,7]
Черкаси	—*	11,1 [6,4–16,8]	26,2 [21,4–31,0]	19,8 [14,7–24,7]
Чернівці	—*	6,2 [2,5–10,8]	3,7 [1,3–6,6]	2,2 [0,5–4,4]
Чернігів	—*	27,2 [17,9–37,4]	33,1 [27,2–38,9]	18,6 [9,2–29,0]
Біла Церква	—*	—*	27,7 [16,9–39,8]	19,7 [13,5–27,1]
Васильків	—*	—*	—*	5,7 [0,8–11,9]
Севастополь	—*	—*	—*	21,3 [11,7–23,4]
Фастів	—*	—*	—*	21,7 [14,4–30,6]

\*Дослідження в даному місті опитування у відповідний рік не проводилося.

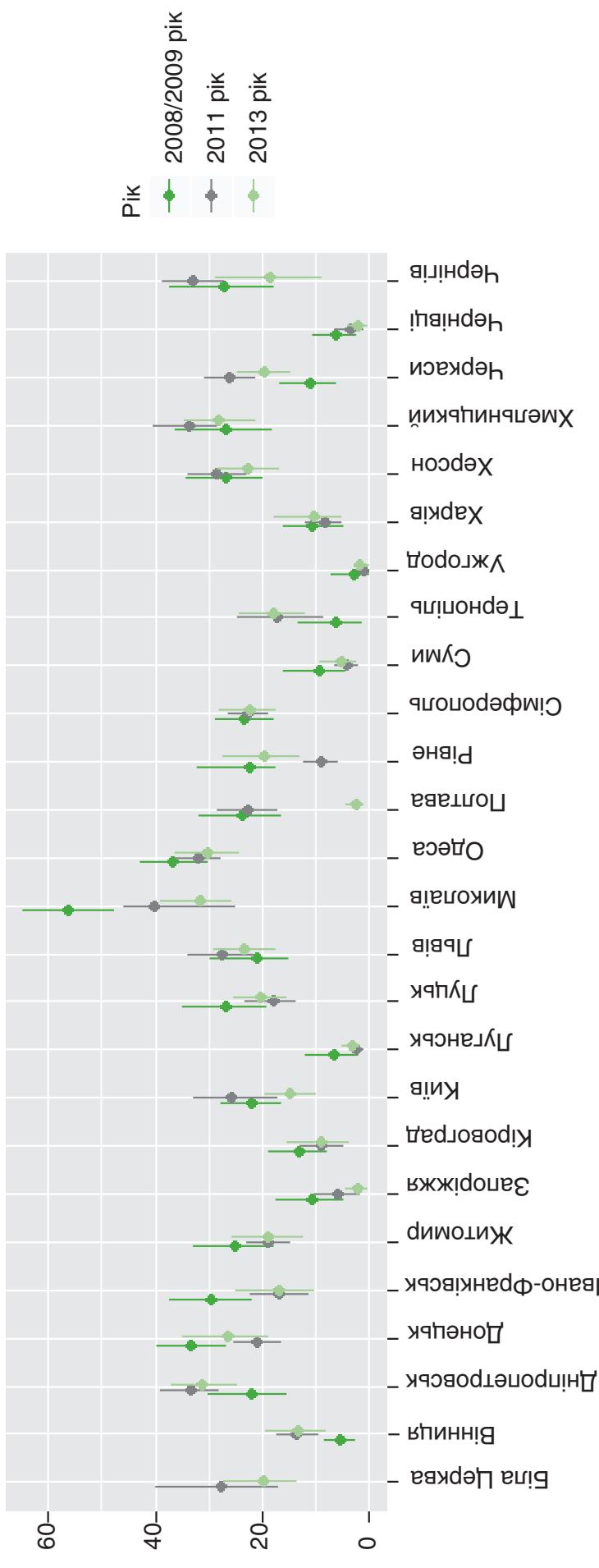


Рис. 6.2.3. Динаміка поширеності ВІЛ серед СН за результатами зв'язаного дослідження, за містами опитування, % та 95% довірчі інтервали

## 6.3. РІВЕНЬ ІНФІКУВАННЯ ГЕПАТИТОМ С СЕРЕД СІН

За результатами зв'язаного дослідження, 54,9% опитаних СІН отримали позитивний результат тесту на гепатит С. Це значно вище за результат дослідження 2011 року (35,7% інфікованих на гепатит С). Серед загалу СІН, які до тестування повідомили про наявність гепатиту С, 86,3% підтвердили свій діагноз, а 13,7% отримали негативний результат тесту (табл. 6.3.1).

**Таблиця 6.3.1**

**Самодекларований гепатит С («хворіли на гепатит С впродовж життя») та статус, підтверджений результатами зв'язаного дослідження, % та абсолютні числа**

Результати зв'язаного дослідження (p<0,001)	Наявність гепатиту С за повідомленням респондентів		
	хворіли	не хворіли	не знають, чи хворіли
Позитивний	86,3 (2263)	40,6 (2417)	57,8 (534)
Негативний	13,7 (359)	59,4 (3539)	42,2 (390)

Із загалу СІН, які вважали себе не інфікованими на гепатит С, майже половина (40,6%) респондентів отримали позитивний результат тесту. Вагомою також є частина інфікованих на гепатит С у групі СІН, які не були впевнені, чи мають таку хворобу (57,8%). Отже, принаймні 31% від загалу опитаних СІН, або 56,6% від загалу інфікованих на гепатит С, за результатами тестування вперше дізналися про свій результат тестування. Така оцінка є приблизною, оскільки ми не маємо інформації про осіб, які знали про інфікування гепатитом С, проте вирішили не повідомляти це або зазначили статус, що не відповідає реальному.

**Таблиця 6.3.2**

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

<b>Серед усіх</b>	<b>54,9</b>
<b>За статтю (p=0,949)</b>	
Чоловіки	54,8
Жінки	54,9
<b>За віком (p&lt;0,001)</b>	
14–19 років	17,4
20–24 роки	31,7
25–34 роки	57,0
35 років і старше	60,7
<b>За стажем вживання ін'єкційних наркотиків (p&lt;0,001)</b>	
До 2-х років	21,0
3–5 років	37,6
6–10 років	47,2
11 років та більше	65,6
<b>Участь у громадських ВІЛ-сервісних організаціях (p&lt;0,001)</b>	
Є клієнтами	65,7
Не є клієнтами	48,8
<b>Досвід ув'язнення (p&lt;0,001)</b>	
Є такий досвід	71,1
Немає такого досвіду	46,6

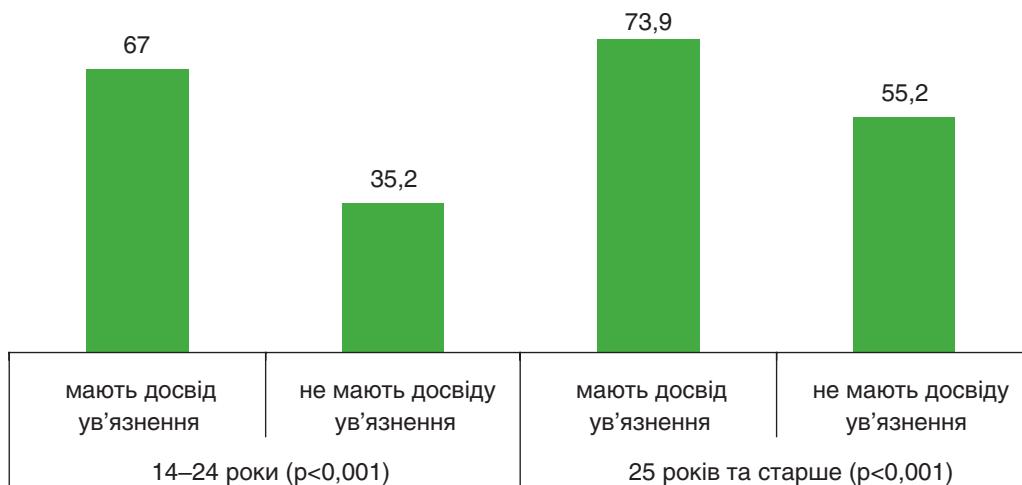
Чоловіки та жінки мають однаковий рівень поширеності гепатиту С (табл. 6.3.2). Ключові відмінності спостерігаються за віком, стажем вживання наркотиків, досвідом перебування в ув'язненні та за участю у громадських організаціях.

Серед СІН-підлітків (14–19 років) рівень поширеності гепатиту С становить 17,1%. У групі 20–24-річних – вже майже третина (31,7%) мають позитивний результат тесту на цей тип гепатиту, а серед більш старших СІН гепатитом С інфікована понад половина опитаних (57% серед 25–34-річних та 60,7% серед СІН у віці від 35 років).

Більш як кожний п'ятий (21%) отримав позитивний результат тесту на гепатит С у групі СІН з короткостроковим стажем вживання ін'єкційних наркотиків (до 2-х років), а серед СІН з дуже тривалим стажем (11 років та більше) частка позитивних тестів утримується більшою (65,6%).

Серед клієнтів громадських організацій 65,7% отримали позитивний результат тесту на гепатит С, натомість серед СІН, які не є клієнтами, таких виявилося 48,8%.

У групі колишніх в'язнів частка інфікованих на гепатит С є найвищою: 71,1% у порівнянні з 46,6% серед решти СІН. Відмінності за досвідом ув'язнення зберігаються і за віком (рис. 6.3.1). Як серед СІН у віці до 24 років, так і старших СІН респонденти, які перебували у місцях позбавлення волі, отримали значно більшу частку позитивних тестів на гепатит С.



**Рис. 6.3.1. Поширеність гепатиту С за досвідом ув'язнення в залежності від віку, %**

У 2013 році містами з найбільшими частками СІН, які отримали позитивні результати тесту на гепатит С, є Чернігів (70,9%), Київ (77,7%) та Вінниця (83,1%) (табл. 6.3.3). У Сімферополі, Одесі, Луганську, Тернополі, Дніпропетровську, Миколаєві та Василькові близько двох третин СІН інфіковані вірусом гепатиту С. Відносно низькі частки позитивних тестувань на гепатит С спостерігаються у Харкові (23,7%), Житомирі (26,1%), Луцьку (26,6%).

Упродовж 2011–2013 років рівень поширеності гепатиту С зростає практично у всіх містах, де проводилося опитування. Єдиним винятком є Житомир, де зафіксовано зниження питомої частки позитивних тестів (–7,5%). У Полтаві, Рівному та Кіровограді рівень поширеності гепатиту С збільшується на 41,1%, 43,3% та 45,9% відповідно. У цілому, довірчі інтервали показників 2011 та 2013 років не перетинаються у 16 містах (Сімферополь, Вінниця, Дніпропетровськ, Ужгород, Івано-Франківськ, Київ, Кіровоград, Луганськ, Львів, Миколаїв, Одеса, Полтава, Рівне, Тернопіль, Харків та Чернівці), що свідчить про статистичну значущість відмінностей у динаміці (рис. 6.3.2).

Таблиця 6.3.3

Відсоток СІН, які мають гепатит С за містами опитування, %

Міста	2011		2013	
	%	довірчі інтервали	%	довірчі інтервали
Сімферополь	27,8	23,9–32,0	62,5	57,1–68,0
Вінниця	50,3	44,4–55,3	83,1	75,9–89,3
Луцьк	24,6	19,0–30,2	26,6	21,0–32,7
Дніпропетровськ	45,6	39,7–51,9	65,5	59,5–71,6
Донецьк	43,7	38,2–49,3	55,2	46,8–62,8
Житомир	33,6	28,2–39,3	26,1	19,4–32,7
Ужгород	2,8	1,2–5,0	30,9	22,8–39,8
Запоріжжя	53,1	45,1–61,1	57,7	50,1–66,0
Івано-Франківськ	39,4	32,5–47,1	59,8	52,1–67,1
Київ	58,6	51,7–65,2	77,7	73,0–82,1
Кіровоград	6,8	4,3–9,8	52,7	43,4–62,2
Луганськ	38,1	28,3–46,3	63,8	52,8–74,6
Львів	37,3	30,1–44,4	58,1	51,2–64,6
Миколаїв	34,9	30,3–39,9	65,8	59,2–71,9
Одеса	47,5	42,8–52,1	63,3	57,8–68,8
Полтава	7,1	3,7–10,4	48,2	40,0–56,7
Рівне	2,7	1,1–4,6	46,0	36,2–55,4
Суми	37,2	31,8–43,1	41,7	34,0–49,2
Тернопіль	32,7	23,8–41,7	64,3	57,2–71,4
Харків	4,7	2,4–7,1	23,7	17,2–31,4
Херсон	51,4	46,4–57,7	52,5	44,9–60,2
Хмельницький	32,2	26,8–37,4	36,6	29,3–44,1
Черкаси	45,4	40,5–51,5	53,4	45,6–61,4
Чернівці	20,6	13,2–26,2	48,4	40,5–55,0
Чернігів	67,7	62,2–73,4	70,9	64,7–76,4
Біла Церква	46,4	33,4–58,7	59,0	50,5–67,6
Васильків	—*	—*	66,0	55,1–76,4
Севастополь	—*	—*	47,7	40,8–54,6
Фастів	—*	—*	55,5	43,8–65,0

\*Дослідження в даному місті опитування у відповідний рік не проводилося.

За результатами зв'язаного дослідження, серед загалу опитаних 14,7% СІН інфіковані і на ВІЛ, і на гепатит С (рис. 6.3.3). Питома частка групи з коінфекцією ВІЛ та гепатиту С залишається стабільною впродовж 2011–2013 років. 3,4% отримали позитивний результат тільки на ВІЛ, що понад вдвічі менше за показник 2011 року. Позитивний результат тесту тільки на гепатит С мають 40,1% СІН. Цей показник суттєво зростає в порівнянні з 2011 роком, коли 22% СІН були інфіковані тільки на гепатит С. Питома вага СІН, які не мають ані ВІЛ, ані гепатиту С, впродовж 2011–2013 років зменшується з 56% до 41,7%.

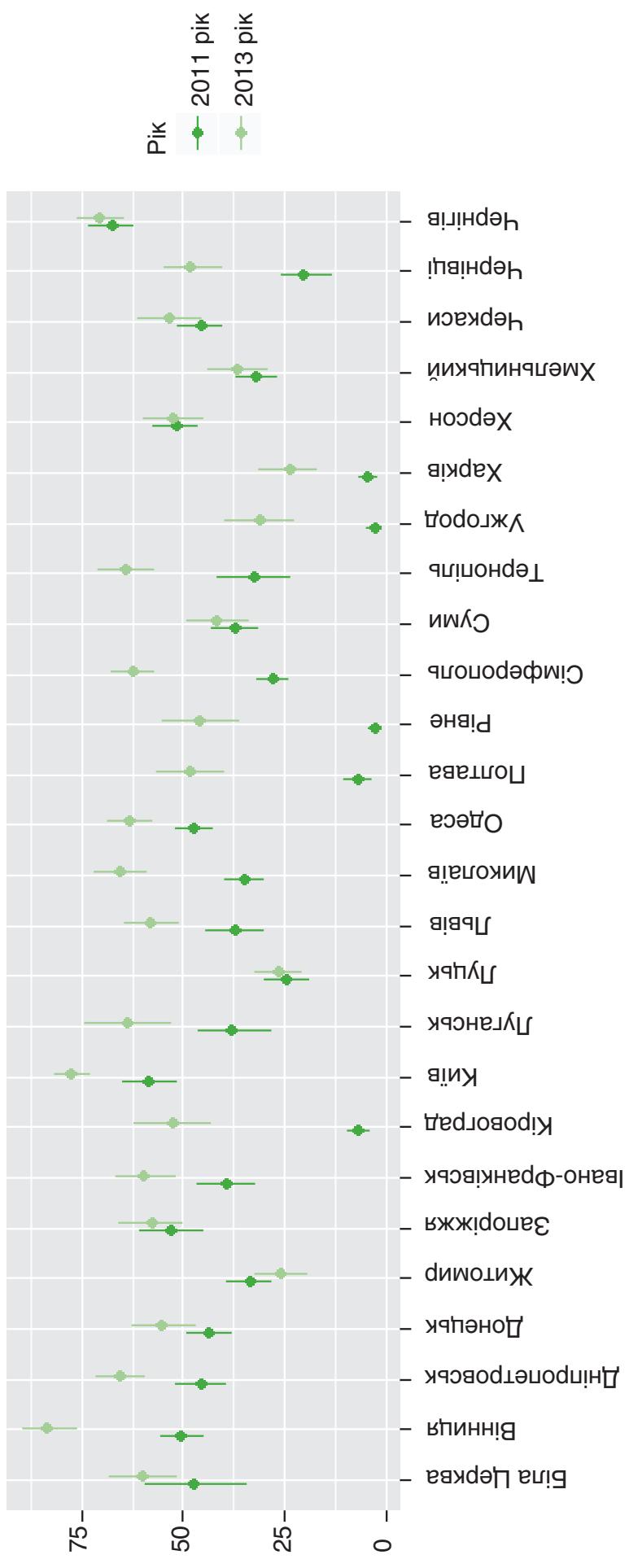
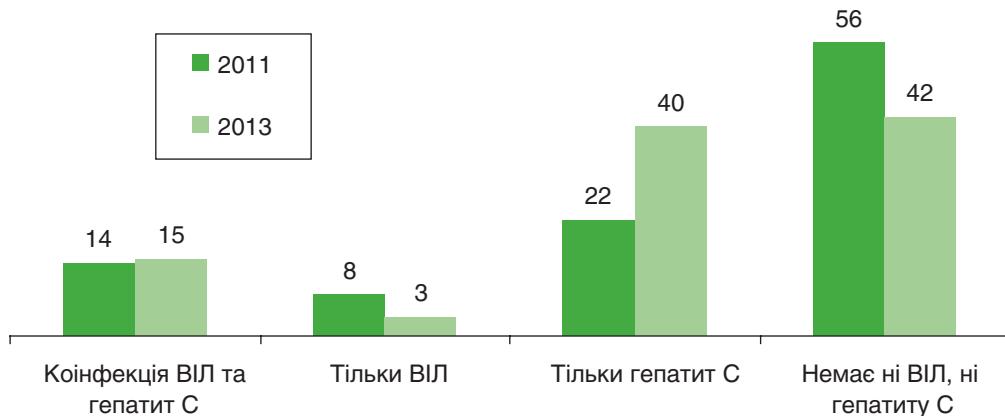
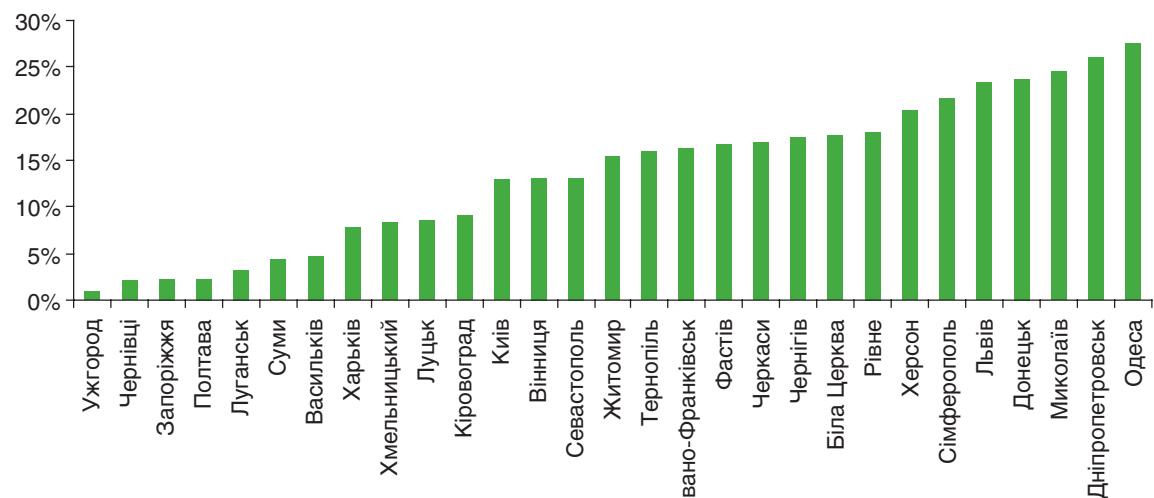


Рис. 6.3.2. Динаміка поширеності гепатиту С серед СН за результатами зв'язаного дослідження, за містами опитування, % та 95% довірчі інтервали



**Рис. 6.3.3. Перетини груп СІН, інфікованих ВІЛ та вірусом гепатиту С серед загалу СІН, динаміка впродовж 2011–2013 років, %**

Відсотки СІН з подвійною інфекцією (ВІЛ та гепатит С) найбільші в Одесі (27,6%), Дніпропетровську (26,1%), Миколаєві (24,4%), Донецьку (23,8%) та Львові (23,4%) (рис. 6.3.4).



**Рис. 6.3.4. Пітому частка СІН з подвійною інфекцією (ВІЛ та гепатит С) за містами опитування, %**

СІН, які інфіковані ВІЛ та вірусом гепатиту С, частіше зустрічалися серед жінок (16,2%), старшої вікової групи (35 років та старше – 20,4%), тих, що мають 11-річний і більш тривалий стаж вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (21,4%), колишніх в'язнів (24,8%) (табл. 6.3.4).

**Таблиця 6.3.4****Питома частка СІН з подвійною інфекцією (ВІЛ та гепатит С), %**

<b>Серед усіх</b>	<b>14,7</b>
<b>За статтю (р&lt;0,001)</b>	
Чоловіки	14,3
Жінки	16,2
<b>За віком (р&lt;0,001)</b>	
14–19 років	1,4
20–24 роки	2,9
25–34 роки	12,9
35 років і старше	20,4
<b>За стажем вживання ін'єкційних наркотиків (р&lt;0,001)</b>	
До 2-х років	1,9
3–5 років	3,9
6–10 років	6,5
11 років та більше	21,4
<b>Участь у громадських ВІЛ-сервісних організаціях (р&lt;0,001)</b>	
Є клієнтами	21,8
Не є клієнтами	10,8
<b>Досвід ув'язнення (р&lt;0,001)</b>	
Є такий досвід	24,8
Немає такого досвіду	9,6

## ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Із вживанням ін'єкційних наркотиків і ризикованою сексуальною поведінкою пов'язаний підвищений ризик інфікування вірусними гепатитами, зокрема гепатитами В і С. З точки зору профілактики ВІЛ гепатити В і С розглядаються як фактори, що ускладнюють лікування ВІЛ-інфекції. Наявність коінфекції з ВІЛ значно обтяжує перебіг гепатитів. Підвищується ризик переходу в хронічні форми та прискорюється прогресування до раку печінки і цирозу, збільшується ймовірність формування побічних ефектів при прийомі антиретровірусних препаратів.

Згідно із самодеклараціями опитаних СІН, гепатит В є менш поширеним, ніж гепатит С: на нього хворіли або хворіють 14,6% (гепатит С – 27,6%). Слід зазначити, що повідомлення про захворювання з опитувань СІН не стільки відображають реальний рівень інфікування, скільки є його мінімальною оцінкою, а також, у порівнянні з даними тестувань, можуть свідчити про рівень поінформованості про діагноз та поширеність поведінки, спрямованої на пошук і отримання медичної допомоги. Так, результати тестування виявили вдвічі вищий рівень інфікованості на гепатит С, якщо порівнювати результати зв'язаного дослідження (54,9%) та самодекларації (27,6%). Іншими словами, майже кожний другий СІН не знав про свій статус. Тут слід підкреслити декілька факторів. По-перше, беручи до уваги наявні пакети профілактичних послуг для груп ризику в Україні, безкоштовні тестування на гепатит С значно менш поширені, ніж тестування на ВІЛ. По-друге, слід враховувати саму природу захворювання. Гепатит С може протікати безсимптомно впродовж кількох років, отже інфіковані переважно дізнаються про свій діагноз тільки тоді, коли хвороба переходить в хронічну стадію. Для переважної більшості СІН лікування гепатиту С є недоступним, головним чином через його високу вартість та тривалість. Негативний результат тесту на гепатит С серед СІН, котрі зазначали про те, що хворіли на

цю інфекцію впродовж життя, скоріше за все, не стільки демонструє осіб, що вилікувалися, скільки СІН, які неправильно визначали тип гепатиту або помилково вважали себе інфікованими. Разом із тим, восени 2013 року за підтримки Глобального фонду Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні вперше розпочав пілотну програму з лікування гепатиту С для 100 хворих СІН (пациєнти замісної підтримувальної терапії з ВІЛ-позитивним статусом)<sup>16</sup>.

Наявність туберкульозу суттєво ускладнює лікування ВІЛ-інфекції. Є свідчення, що протитуберкульозні препарати та антиретровірусні можуть негативно впливати один на одного. Однак ВІЛ-інфіковані СІН, у яких туберкульоз був вилікуваний успішно, мають однакові шанси на успіх застосування АРТ, як і ВІЛ-інфіковані, які ніколи не хворіли на туберкульоз<sup>17</sup>. У випадку СІН небезпека полягає в тому, що лікування туберкульозу досить тривале (від року до двох) і потребує сувороого дотримання режиму прийому ліків; в іншому разі є ризик розвитку мультирезистентного туберкульозу, що викликає стійкість до основних препаратів та погіршує ймовірність успішного лікування. Дослідження свідчить, що на туберкульоз хворів або хворіє кожний восьмий СІН (11,7%), з яких половина перебували на обліку в протитуберкульозному диспансері на момент опитування. Слід зазначити, що опитування не передбачало визначення часових меж захворювання та рівня дотримання лікування. Отже, неможливо визначити, яка частка опитаних, що мали туберкульоз, позбавилися цієї хвороби.

Кожний п'ятий СІН (19,7%) є ВІЛ-інфікованим і майже половина з них не знали про свій діагноз до дослідження. Зважаючи на високий рівень охоплення центрами СНІДу, включаючи АРТ, та досить високий рівень знань щодо ВІЛ, наразі проблема полягає не стільки в недоступності профілактичних послуг чи низькій поінформованості про інфекцію, скільки в слабкій мотивації до збереження власного здоров'я: поширеності ризикових практик і відсутності культури систематичного тестування серед СІН.

Географічні кластери регіонів з найвищим рівнем поширення ВІЛ та гепатиту С серед СІН не збігаються. Найвищий рівень поширеності гепатиту С характеризує північно-центральні міста (Чернігів, Київ, Вінниця), а найвищий рівень поширеності ВІЛ – південно-центральні міста (Дніпропетровськ, Миколаїв, Одеса).

## РЕЗЮМЕ

- 14,6% СІН хворіли впродовж життя або хворіють тепер на гепатит В, 27,6% – на гепатит С, 12,3% – на туберкульоз.
- За результатами зв'язаного дослідження, кожний п'ятий СІН (19,7%) має ВІЛ-позитивний статус. Середній по країні рівень поширеності ВІЛ у цій цільовій групі дещо знижується в порівнянні з дослідженнями 2011 та 2009 років.
- Майже кожний другий ВІЛ-інфікований СІН не знає про свій статус.
- Понад половину СІН (54,9%) інфіковані вірусом гепатиту С.
- Наявність позитивного результату тестування одразу і на ВІЛ, і на гепатит С характеризує 14,7% СІН серед загалу опитаних.

<sup>16</sup> [http://www.aidsalliance.org.ua/ru/coop/hepc/pproj/Start%20of%20treatment\\_ukr.pdf](http://www.aidsalliance.org.ua/ru/coop/hepc/pproj/Start%20of%20treatment_ukr.pdf)

<sup>17</sup> <http://plus.aids.ua/book/files/tubnhiv.pdf>

# РОЗДІЛ 7. ЧИННИКИ, ПОВ'ЯЗАНІ З ІНФІКУВАННЯМ ВІЛ ТА ВІРОСОМ ГЕПАТИТУ С

Для оцінювання чинників ризику щодо ВІЛ-інфекції та гепатиту С використовується регресійний аналіз, що дозволяє оцінити зв'язок між соціально-демографічними характеристиками СІН, їх поведінкою та ймовірністю інфікування.

Крос-секційний дизайн дослідження не дозволяє судити про розподіл у часі потенційних «чинників» та розглянутих «наслідків», також не можна оцінити нові випадки інфікування (incidence), оскільки ми не маємо інформації про часовий період набуття статусу. Отже, оцінювання чинників ризику ґрунтуються на поширеності ВІЛ-інфекції та гепатиту С серед загалу СІН і включає як нові випадки інфікування, так і СІН, що вже знали про свій діагноз. Такий підхід має як переваги, так і недоліки. Серед недоліків слід зазначити, що знання діагнозу може впливати на зміни в ризикований поведінці. Наприклад, СІН, які знають про свій статус щодо ВІЛ чи гепатиту С, можуть дотримуватися більш безпечних практик вживання наркотиків та завжди використовувати презервативи. Враховуючи рекомендації українського Міністерства охорони здоров'я, пацієнтів з підтвердженним ВІЛ-статусом переадресовують до громадських ВІЛ-сервісних організацій для соціального супроводу на додаток до обліку в СНІД-центрі. Таким чином, участь у громадських організаціях чи більш безпечна поведінка можуть асоціюватися з вищим рівнем інфекції, хоча такі чинники не є ризиковими. Для уникнення такої ситуації в крос-секційних дослідженнях пошиrena практика регресійного аналізу серед групи СІН, які вже проходили тестування на ВІЛ/гепатит С протягом року до проведення обстеження та отримали негативний результат. Іншими словами, вони були впевнені у своєму статусі та, скоріше за все, не мали підстав для зміни поведінки. Разом з тим, такий підхід як до «випадків інфікування, про які стало відомо нещодавно», суттєво обмежує доступну вибірку для аналізу, зокрема виключаємо тих, хто не проходив тестування впродовж року. До того ж ми покладаємося на повідомлення респондентів та стикаємося з проблемою приховання реальної інформації. Наприклад, СІН могли зазначити, що вже проходили тест, проте назвали невірний статус чи відмовилися від його розголосення. У випадку гепатиту С безкоштовне тестування поза межами дослідження значно менш поширене, зокрема у переліку базових пакетів послуг ВІЛ-сервісних громадських організацій. До того ж, запитальник не включає запитання про попередні тести, а фокусується на досвіді захворювання на гепатит С. Тобто СІН, які не мають гострої форми гепатиту С, скоріше за все, не проходили тестування та не знають про свій діагноз. У цьому контексті оцінювання рівня поширеності інфекції є, по суті, єдиним можливим підходом. Це також дозволяє тестувати більше чинників ризику за рахунок більшої вибірки.

Отже, регресійний аналіз включає 9502 СІН віком 14–68 років (23,6% – жінки і 76,4% – чоловіки) із 29 міст: Вінниця, Івано-Франківськ, Біла Церква, Васильків, Дніпропетровськ, Донецьк, Житомир, Запоріжжя, Кіровоград, Київ, Луганськ, Луцьк, Львів, Миколаїв, Одеса, Полтава, Рівне, Севастополь, Сімферополь, Суми, Тернопіль, Ужгород, Фастів, Харків, Херсон, Хмельницький, Черкаси, Чернівці та Чернігів.

**Залежні змінні.** Результати тесту на ВІЛ та гепатит С після інтерв'ю (позитивні у порівнянні з негативними). Тестування на гепатит С здійснювалося швидкими тестами «CITOTEST HCV»\*.

**Незалежні змінні.** Перелік змінних для оцінювання чинників ризику включає небезпечні щодо інфікування практики вживання наркотиків ін'єкційним шляхом: 1) ін'єкція із шприца, яким до цього зробила ін'єкцію інша людина («траплялося за останні 30 днів» у порівнянні з «не траплялося»); 2) отримання/купівля ін'єкції в уже наповненому шприці, СІН не бачили, як цей шприц наповнювався (траплялося за останні 30 днів vs. ні); 3) використання шприца, який особисто СІН або хтось інший наповнював(ли) наркотиком із уже використаного шприца (траплялося за останні 30 днів vs. ні); 4) використання спільног обладнання або матеріалів для розподілу або приготування наркотичної речовини (траплялося за останні 30 днів vs. ні). Ризик невикористання презерватива було сформульовано як непостійне використання презервативів при сексуальних контактах з регулярними, випадковими або комерційними партнерами протягом останніх 90 днів (траплялося за останні 90 днів vs. ні). Окремим чинником ризику розглядався досвід ув'язнення: СІН, що відвували покарання коли-небудь у місцях позбавлення волі в порівнянні з СІН, які не мали такого досвіду.

Ризикові чинники були скоректовані за статтю (чоловіки у порівнянні з жінками), віком (четири вікові групи: «14–19 років», «20–24 роки», «25–34 роки» і «35 років і старше»; «20–24 роки» як референтна вікова група, з якою порівнювалися всі інші) та стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (нетривалий стаж «до 2-х років включно» у порівнянні з більш тривалим стажем «3 роки та більше»).

**Аналіз.** По-перше, був проведений описовий аналіз частот окремих змінних щодо поширеності ВІЛ та гепатиту С. Відмінності в пропорціях інфікованих на ВІЛ та гепатит С були протестовані за допомогою тесту хі-квадрат для категоріальних змінних. Коваріати, які вказували на незначні відмінності в пропорціях осіб з позитивним тестом на ВІЛ/гепатит С (на рівні 20%), були виключені з подальшого регресійного аналізу. Так, статистично значущі відмінності за статтю не були наявні щодо рівня поширеності гепатиту С ( $p=0,949$ ). Незначущий результат тесту хі-квадрат було отримано щодо практики використання ін'єкції із шприца, яким до цього зробила ін'єкцію інша людина, впродовж останнього місяця. Досить мала частка СІН повідомила про таку практику (5,8% від загалу опитаних); це могло стати причиною відсутності статистично значущих відмінностей у рівні поширення ВІЛ ( $p=0,178$ ) та гепатиту С ( $p=0,519$ ). У подальшому регресійному аналізі такі статистично незначущі чинники не використовувалися.

Регресійний аналіз побудовано як багаторівневу логістичну регресію, що враховує структуру дизайну дослідження: групування СІН у містах опитування. В той час як стандартні регресійні моделі «усереднюють» результати, тобто показують основну тенденцію по країні, багаторівнева регресія має більш комплексну структуру, наприклад, оцінка чинників ризику може відрізнятися від міста до міста. У цьому контексті модель розраховується на двох рівнях, де рівень 1 відповідає респондентам (СІН), а рівень 2 – соціальному контексту (містам).

Перший крок у багаторівневому аналізі – з'ясувати, чи існує достатня кількість дисперсії в рівні поширеності ВІЛ та гепатиту С на рівні міст для застосування обраного методу. Це було зроблено шляхом оцінювання нульової моделі (без незалежних змінних) та розрахунку коефіцієнта розподілу дисперсії (VPC) на основі підходу Шнайдера та Боскера<sup>20</sup>. Далі ми сформували оптимальну модель з випадковою константою та фіксованими незалежними змінними. Іншими словами, ми врахували суттєві відмінності в рівні поширеності ВІЛ та гепатиту С при оцінюванні чинників ризику. Нарешті, була сформована модель з випадковою константою та випадко-

\* Свідоцтво про державну реєстрацію №9910/2010 – Тест-системи імунохроматографічні для діагностики вірусних гепатитів С і В. Код УКТЗЕД 3822 00 00 00. Дійсне до 09.11.2015 р.

<sup>20</sup> Snijders, T. A. B. & Bosker, R. J. (1999). Multilevelanalysis : anintroductiontobasicandadvancedmultilevelmodeling. London: SagePublications.

вими коефіцієнтами. У цій моделі ефекти окремих чинників ризику могли відрізнятися від міста до міста. Тест Вальда і критерій правдоподібності використовувалися для оцінювання можливих ефектів взаємодій.

У результаті фінальна модель з випадковою константою та коефіцієнтами виглядала таким чином:

$$\log\left(\frac{\pi_{ij}}{1 - \pi_{ij}}\right) = \alpha + \sum_{n=1} \beta_n X_n + u_0 + \sum_{n=1} u_n$$

$\pi_{ij}$  – ймовірність позитивного тесту на ВІЛ/гепатит С для СІН  $i$  в місті  $j$ .

$\alpha$  – константа або логарифм від середніх шансів отримання позитивного тесту в країні, натомість  $u_0$  – фактор, за яким константа відрізняється в кожному місті.

$\sum_{n=1} \beta_n X_n$  – сума ефектів незалежних змінних або логарифмів від співвідношення шансів для кожного чинника ризику.  $\sum_{n=1} u_n$  – випадкові ефекти для коефіцієнтів  $\beta$ , а саме: фактор, за яким такі коефіцієнти відрізняються в кожному місті  $j$ .

Крім перевірки стандартних припущень багаторівневої регресії ( $u \sim N(0, \delta^2)$ ), якість моделі оцінювалася за інформаційними критеріями (AIC, BIC) та критеріями правдоподібності. Симуляції ланцюгів Маркова за методом Монте-Карло застосовано для оцінювання довірчих інтервалів оцінок.

Як статистичне програмне забезпечення для аналізу було використано R, зокрема пакет «lme4».

Пропущені дані по всіх змінних, що аналізуються, були виключені (6%).

## 7.1. ЧИННИКИ, ПОВ'ЯЗАНІ З ІНФІКУВАННЯМ ВІЛ

За результатами багаторівневого логістичного регресійного аналізу статистично значущими чинниками наявності ВІЛ є жіноча стать, більший вік та стаж вживання наркотиків, наявність сексуального ризику (непостійне використання презерватива), таких ін'єкційних ризиків, як отримання/купівля ін'єкції в уже наповненому шприці та використання шприца, який особисто або хтось інший наповнював(ли) наркотиком з уже використаного шприца, а також наявність досвіду перебування в місцях позбавлення волі (табл. 7.1.1). Ефекти таких чинників, як стать, вік, стаж, непостійне використання презерватива, отримання/купівля ін'єкції в уже наповненому шприці та наповнення шприца з уже використаного шприца, є однаковими для всіх міст, в той час як ефекти практики використання спільног обладнання для приготування наркотика та перебування в місцях позбавлення волі відрізняються від міста до міста.

Шанси чоловіків отримати позитивний результат тесту на ВІЛ на 44% менші в порівнянні з жінками, якщо контролювати за ризиковими практиками та стажем вживання наркотиків.

Шанси, що людина є інфікованою ВІЛ, суттєво зростають з віком. Так, 14–19-річні та 20–24-річні СІН не відрізняються у шансах отримати позитивний результат тесту на ВІЛ, проте шанси 25–34-річних на інфікування ВІЛ у 2,69 разавищі за шанси 20–24-річних (95% довірчий інтервал [1,99; 3,64]), враховуючи інші чинники. Якщо порівнювати 35-річних та старших з 20–24-річними, співвідношення шансів щодо ВІЛ зростає до 3,84 з 95%-м довірчим інтервалом [2,83; 5,22].

**Таблиця 7.1.1****Результати багаторівневої логістичної регресії щодо імовірності мати позитивний тест на ВІЛ**

Чинники		Співвідношення шансів [95%-й довірчий інтервал]	P-value
Стать	Чоловіки	0,56 [0,49; 0,65]	<0,001
	Жінки	(реф.)	–
Вік	14–19 років	0,62 [0,21; 1,79]	0,374
	20–24 роки	(реф.)	–
	25–34 роки	2,69 [1,99; 3,64]	<0,001
	35 років і старше	3,84 [2,83; 5,22]	<0,001
Стаж вживання наркотиків ін'єкційним шляхом	3 роки та більше	2,80 [1,77; 4,43]	<0,001
	До 2-х років	(реф.)	–
Отримання/купівля ін'єкції в уже наповненому шприці (не бачили, як цей шприц наповнювався)	Так	1,23 [1,07; 1,41]	0,003
	Hi	(реф.)	–
Використання шприца, який особисто або хтось інший наповнював(ли) наркотиком із уже використаного шприца	Так	1,23 [1,06; 1,42]	0,006
	Hi	(реф.)	–
Використання спільног обладнання або матеріалів для розподілу або приготування наркотичної речовини	Так	0,77 [0,63; 0,94]	0,012
	Hi	(реф.)	–
Непостійне використання презервативів при сексуальних контактах з регулярними, випадковими або комерційними партнерами протягом останніх 90 днів	Так	1,17 [1,02; 1,34]	0,024
	Hi	(реф.)	–
Відбували покарання у місцях позбавлення волі коли-небудь	Так	1,96 [1,52; 2,52]	<0,001
	Hi	(реф.)	–
Константа (рівень 1, експонована) та 95%-й довірчий інтервал: 0,02 [0,01; 0,04] Логарифм критерію правдоподібності: -3738,31 AIC: 7510,62, BIC: 7631,57 VPC (нульова модель): 0,193; VPC (фінальна модель): 0,135 Дисперсія випадкових ефектів (рівень 2):			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Константа: 0,512</li> <li>Використання спільног обладнання або матеріалів для розподілу чи приготування наркотичної речовини: 0,146</li> <li>Відбували покарання коли-небудь у місцях позбавлення волі: 0,315</li> </ul>			

Якщо порівнювати СІН з нетривалим стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (до 2-х років) та тих, що мають більш тривалий стаж вживання, останні мають майже втричі більші шанси отримання позитивного тесту на ВІЛ, контролюючи за рештою змінних (співвідношення шансів 2,80 з 95%-м довірчим інтервалом [1,77; 4,43]).

Шанси мати позитивний результат тесту на ВІЛ у 1,23 раза вищі серед СІН, які отримували/купували ін'єкцію в уже наповненому шприці, не знаючи, як цей шприц наповнювався, або використовували шприц, наповнений особисто або кимось іншим з уже використаного шприца, в порівнянні з СІН, які не мали таких практик.

Разом з тим, практика використання спільног обладнання або матеріалів для розподілу чи приготування наркотичної речовини не має чіткого ефекту як чинник

ризику щодо ВІЛ-інфікування. Так, середнє співвідношення шансів по країні становить 0,77 з 95%-м довірчим інтервалом [0,63; 0,94], іншими словами, особи, які використовували спільне обладнання або матеріали для розподілу чи приготування наркотика, навпаки, мають менші шанси на позитивний результат тесту. В 11 містах використання спільногого обладнання як чинник ризику взагалі не має статистичної значущості, у двох містах (Львів та Хмельницький) є чинником ризику, а в 16 містах – навпаки, захисним чинником, тобто СІН з такою практикою мали менші шанси інфікування (рис. 7.1.1). Вочевидь, це наслідок різних практик приготування наркотика по окремих містах.

Непостійне використання презервативів при сексуальних контактах з регулярними, випадковими або комерційними партнерами протягом останніх 90 днів підвищує шанси мати позитивний результат тесту на ВІЛ на 17%, якщо порівнювати СІН, які мали таку практику, та решту СІН, контролюючи за іншими чинниками.

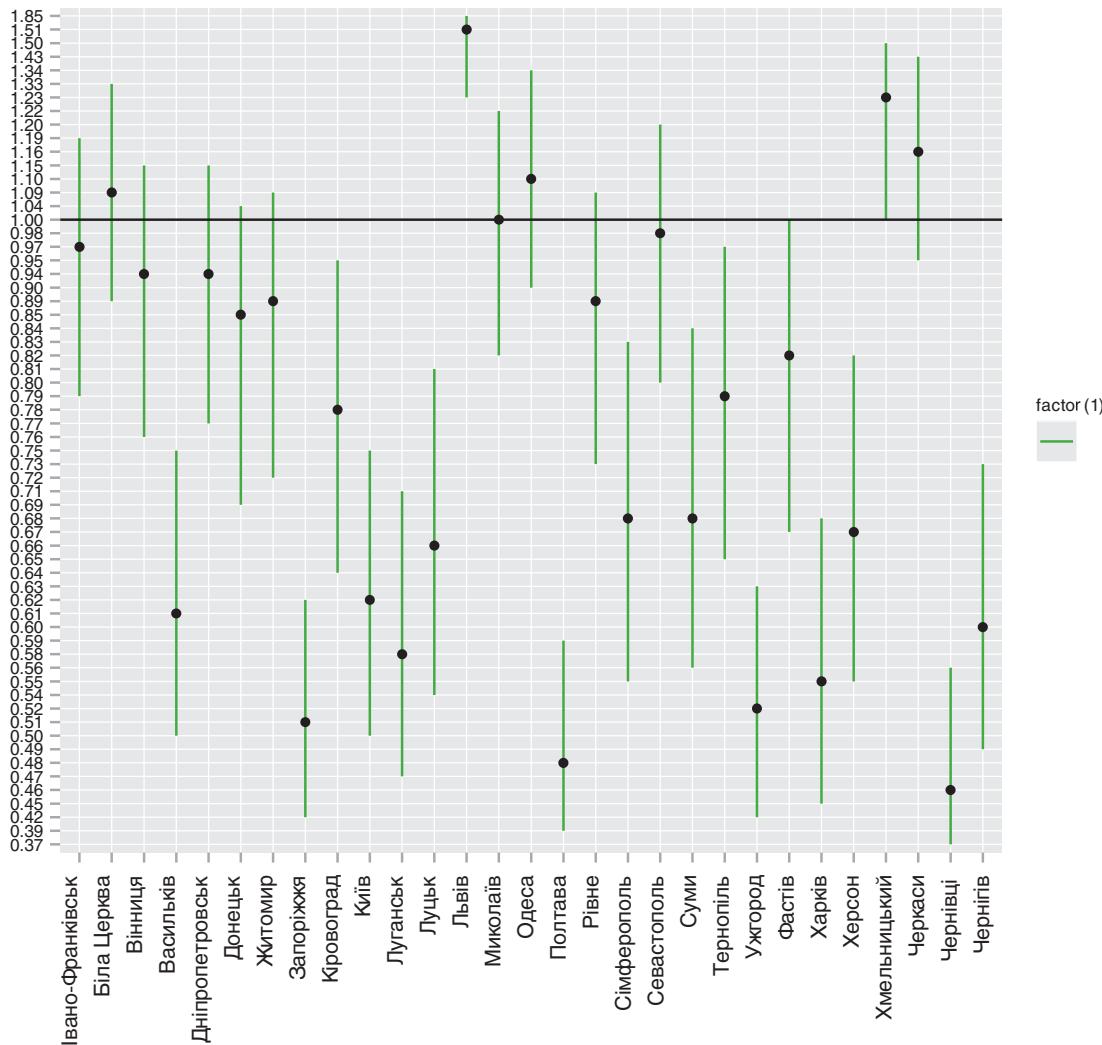


Рис. 7.1.1. Розподіл співвідношення шансів мати позитивний результат тесту на ВІЛ для СІН, які використовували спільне обладнання або матеріали для розподілу чи приготування наркотичної речовини, у порівнянні з СІН, які не використовували, з урахуванням випадкових ефектів на рівні міст, співвідношення шансів та 95%-ні довірчі інтервали

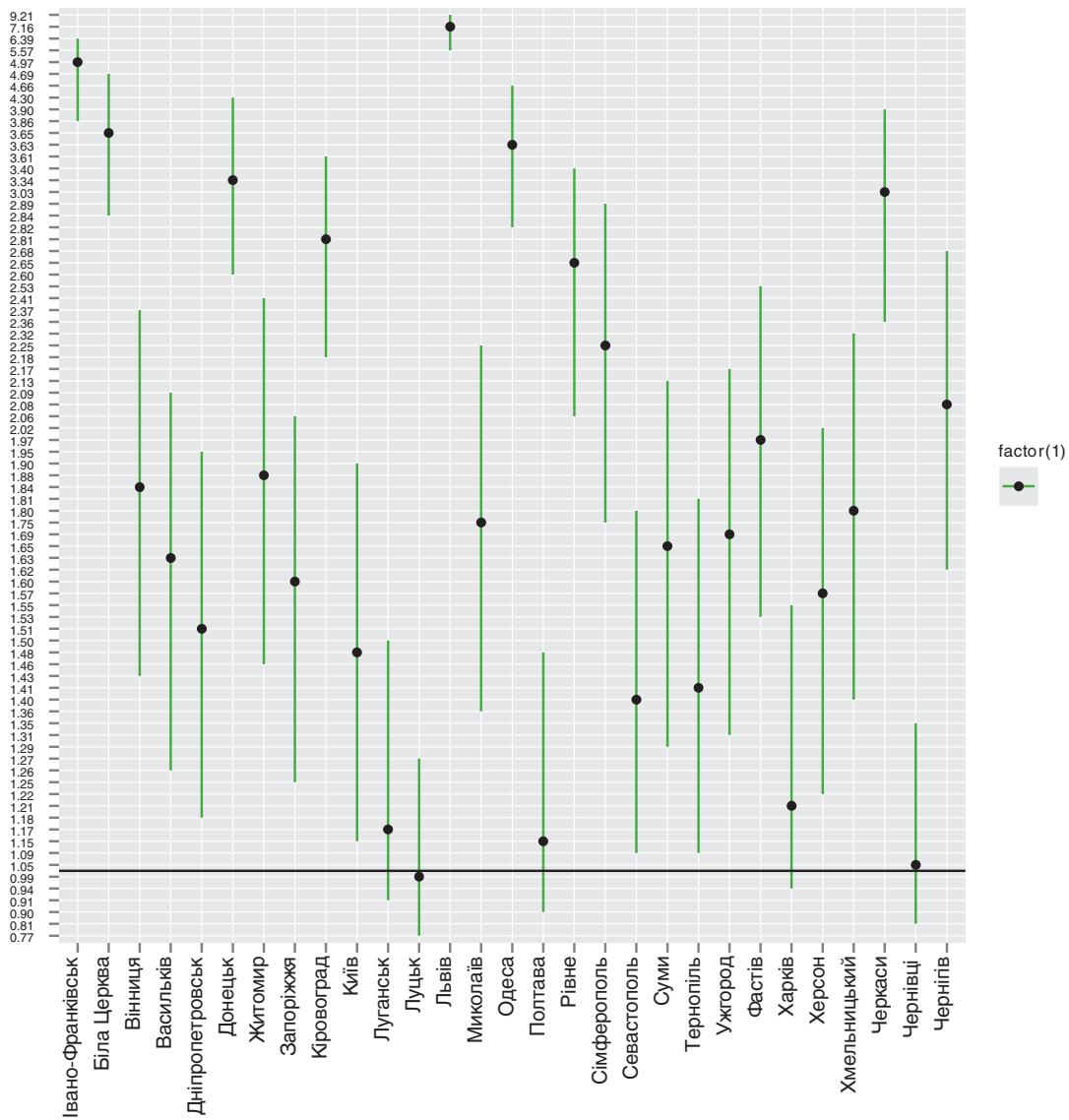


Рис. 7.1.2. Розподіл співвідношення шансів мати позитивний результат тесту на ВІЛ для СІН, які відбували покарання в місцях позбавлення волі, у порівнянні з СІН, які не мають такого досвіду, з урахуванням випадкових ефектів на рівні міст, співвідношення шансів та 95%-ні довірчі інтервали

СІН, які відбували покарання в місцях позбавлення волі, в середньому мають удвічі (співвідношення шансів 1,96 з 95%-м довірчим інтервалом [1,52; 2,52]) більші шанси отримати позитивний результат тесту на ВІЛ у порівнянні з СІН, які не мали такого досвіду, враховуючи ефекти статі, віку, стажу та ризикованих практик. Чинник перебування в місцях позбавлення волі має різний прояв в окремих містах. У Луганську, Луцьку, Полтаві, Харкові та Чернівцях досвід ув'язнення не має зв'язку з ВІЛ-інфекцією, якщо контролювати за іншими чинниками. В інших містах співвідношення шансів варіюється від 1,40 у Севастополі (з 95%-м довірчим інтервалом [1,09; 1,80]) до 7,16 у Львові (з 95%-м довірчим інтервалом [5,57; 9,20]). Загалом цей чинник є більш вагомим у Рівному, Кіровграді, Черкасах, Донецьку, Одесі, Білій Церкві та Івано-Франківську, де СІН з досвідом позбавлення волі мають у 3–5 разів вищі шанси отримати позитивний результат тесту на ВІЛ.

Результати моделювання свідчать, що у випадку поширеності ВІЛ структурні чинники на рівні міст описують 19,3% дисперсії, тоді як 80,7% – характеризуються особливостями індивідуальної поведінки СІН. Урахування різних ефектів чинників

«використання спільногого посуду» та «відбування покарання коли-небудь у місцях позбавлення волі» на рівні окремих міст зменшує дисперсію до 13,5%, проте не описує її повністю. Це демонструє важливість соціального контексту для аналізу чинників поширеності ВІЛ: певні характеристики міст, наприклад, відмінності в рівні застосування профілактичних програм, соціально-економічні особливості тощо.

## 7.2. ЧИННИКИ, ПОВ'ЯЗАНІ З ІНФІКУВАННЯМ ВІРУСОМ ГЕПАТИТУ С

Статистично значущими предикторами наявності гепатиту С є жіноча стать, більший вік та стаж вживання наркотиків, наявність сексуального ризику (непостійне використання презерватива), наявність такого ризику, як використання спільногого обладнання або матеріалів для розподілу чи приготування наркотичної речовини, а також наявність досвіду перебування в місцях позбавлення волі (табл. 7.2.1). Щодо таких практик, як ін'єкція із шприца, яким до цього зробила ін'єкцію інша людина; отримання/купівля ін'єкції в уже наповненому шприці, СІН не бачили, як цей шприц наповнювався; використання шприца, який особисто СІН або хтось інший наповнював(ли) наркотиком з уже використаного шприца (траплялося за останні 30 днів vs. ні) – не було зафіковано статистично значущого зв'язку з гепатитом С, якщо контролювати за рештою чинників.

Ефекти стажу вживання наркотиків ін'єкційним шляхом та перебування в місцях позбавлення волі є випадковими, тобто варіюються від міста до міста. Співвідношення шансів для решти чинників є однаковими в межах їх довірчих інтервалів для всіх міст.

Шанси чоловіків отримати позитивний результат тесту на гепатит С на 26% менші в порівнянні з жінками, якщо контролювати за ризиковими практиками та стажем вживання наркотиків.

Ризик бути інфікованим вірусом гепатиту С зростає з віком. 14–19-річні та 20–24-річні СІН не відрізняються в шансах отримати позитивний результат тесту на гепатит С; шанси 25–34-річних СІН, а також 35-річних та старших на інфікування гепатитом С удвічі вищі за шанси 20–24-річних, враховуючи інші чинники.

У середньому по країні СІН з нетривалим стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (до 2-х років) мають майже втрічі менші шанси позитивного тесту на гепатит С у порівнянні з СІН з більш тривалим стажем. У Рівному, Кіровограді, Луганську та Києві такий зв'язок не спостерігається, якщо контролювати за рештою чинників. У решті міст співвідношення шансів щодо стажу вживання наркотиків ін'єкційним шляхом варіюється від 1,48 у Львові (95%-й довірчий інтервал [1,03; 2,12]) до 6,58 у Донецьку (95%-й довірчий інтервал [4,59; 9,44]). Відмінності в ризику інфікування вірусом гепатиту С відносно стажу вживання наркотиків є доволі критичними в Чернівцях, Полтаві, Запоріжжі та Дніпропетровську, де співвідношення шансів перевищує 4,00.

Практика використання спільногого обладнання або матеріалів для розподілу чи приготування наркотичної речовини є чинником ризику щодо гепатиту С. Співвідношення шансів для цього чинника становить 1,16 з 95%-м довірчим інтервалом [1,05; 1,29]: особи, які використовували спільне обладнання або матеріали для розподілу чи приготування наркотику, мають більші шанси інфікування гепатитом С.

Непостійне використання презервативів при сексуальних контактах з регулярними, випадковими або комерційними партнерами протягом останніх 90 днів підвищує шанси отримати гепатит С на 11%, якщо порівнювати СІН, які мали таку практику, та інших СІН, враховуючи решту чинників.

СІН, які відбували покарання в місцях позбавлення волі, в середньому мають понад удвічі (співвідношення шансів 2,37 з 95%-м довірчим інтервалом [2,00; 2,80]) більші шанси отримати позитивний результат тесту на ВІЛ у порівнянні з СІН, які не мали такого досвіду, враховуючи ефекти статі, віку, стажу та ризикованих практик. Співвідношення шансів для цього чинника варіюється від 1,49 у Києві (з 95%-м довірчим інтервалом [1,26; 1,77]) до 4,26 у Сумах (з 95%-м довірчим інтервалом [3,60; 5,03]). Серед міст, де співвідношення шансів інфікування гепатитом С у контексті досвіду відбування покарання у місцях позбавлення волі перевищує 3,00 – Донецьк, Полтава, Чернівці, Черкаси, Львів та Суми.

**Таблиця 7.2.1****Результати багаторівневої логістичної регресії щодо імовірності мати позитивний тест на гепатит С**

Чинники		Співвідношення шансів [95%-й довірчий інтервал]	P-value
Стать	Чоловіки	0,84 [0,75; 0,94]	0,002
	Жінки	(реф.)	–
Вік	14–19 років	0,71 [0,47; 1,05]	0,085
	20–24 роки	(реф.)	–
	25–34 роки	2,01 [1,77; 2,44]	<0,001
	35 років і старше	2,08 [1,77; 2,44]	<0,001
Стаж вживання наркотиків ін'єкційним шляхом	3 роки та більше	2,73 [1,91; 3,92]	<0,001
	До 2-х років	(реф.)	–
Використання спільногоЭ обладнання або матеріалів для розподілу чи приготування наркотичної речовини	Так	1,16 [1,05; 1,29]	0,040
	Ні	(реф.)	–
Непостійне використання презервативів при сексуальних контактах з регулярними, випадковими або комерційними партнерами протягом останніх 90 днів	Так	1,11 [1,005; 1,24]	0,024
	Ні	(реф.)	–
Відбували покарання у місцях позбавлення волі коли-небудь	Так	2,37 [2,00; 2,80]	<0,001
	Ні	(реф.)	–
Константа (рівень 1, експонована) та 95%-й довірчий інтервал: 0,21 [0,13; 0,33]			
Логарифм критерію правдоподібності: -5658,84			
AIC: 11347,69, BIC: 11454,84			
VPC (нульова модель): 0,096; VPC (фінальна модель): 0,206			
Дисперсія випадкових ефектів (рівень 2):			
Константа: 0,851			
Відбували покарання коли-небудь у місцях позбавлення волі: 0,470			
Стаж вживання наркотиків ін'єкційним шляхом: 0,124			

Результати моделювання свідчать, що у випадку поширеності гепатиту С структурні чинники на рівні міст описують 9,6% дисперсії, тоді як решта – характеризується особливостями індивідуальної поведінки СІН. Це свідчить, що відмінності в поширеності гепатиту С на рівні міст є менш варіативними, ніж у випадку поширеності ВІЛ.

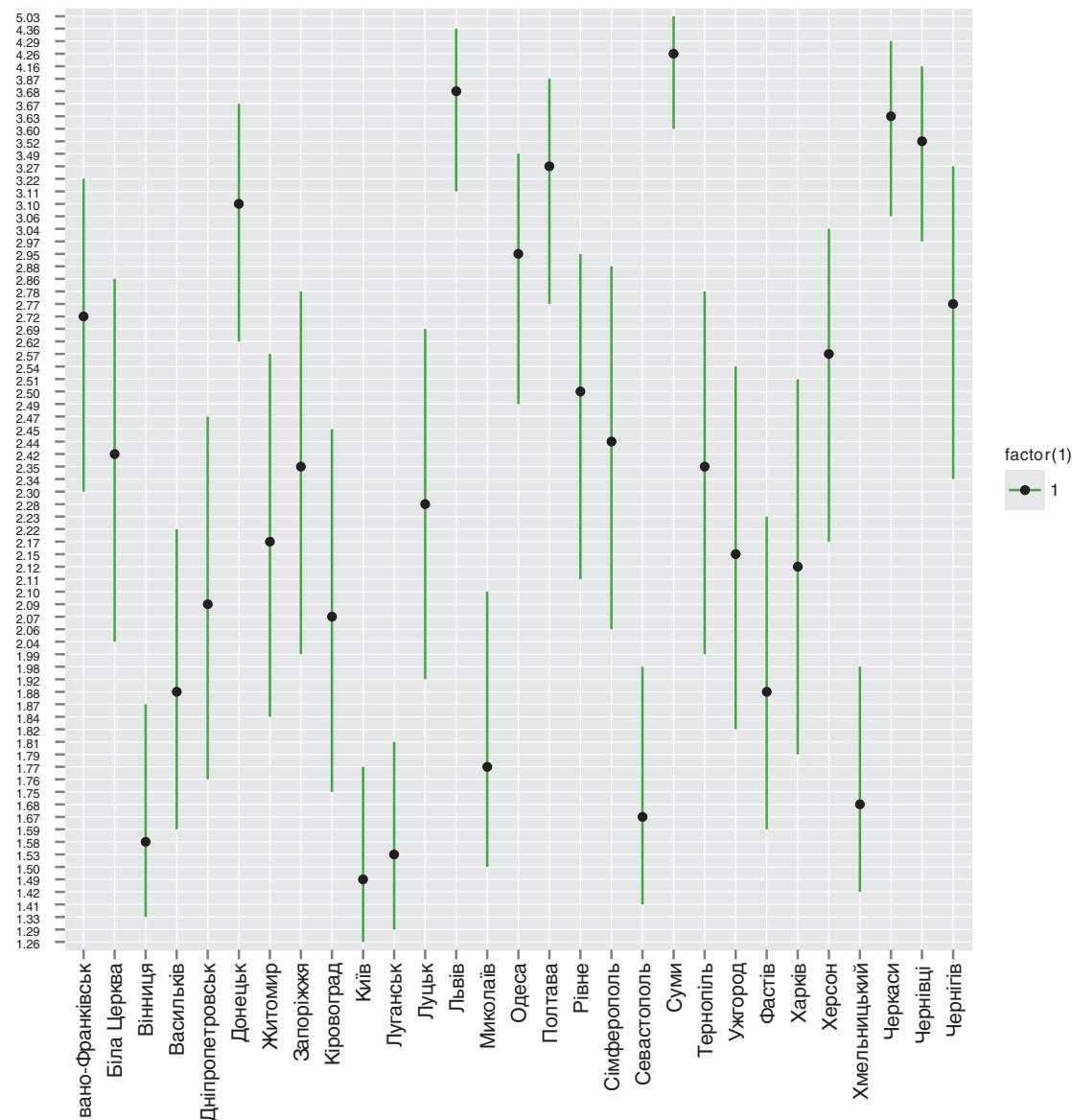
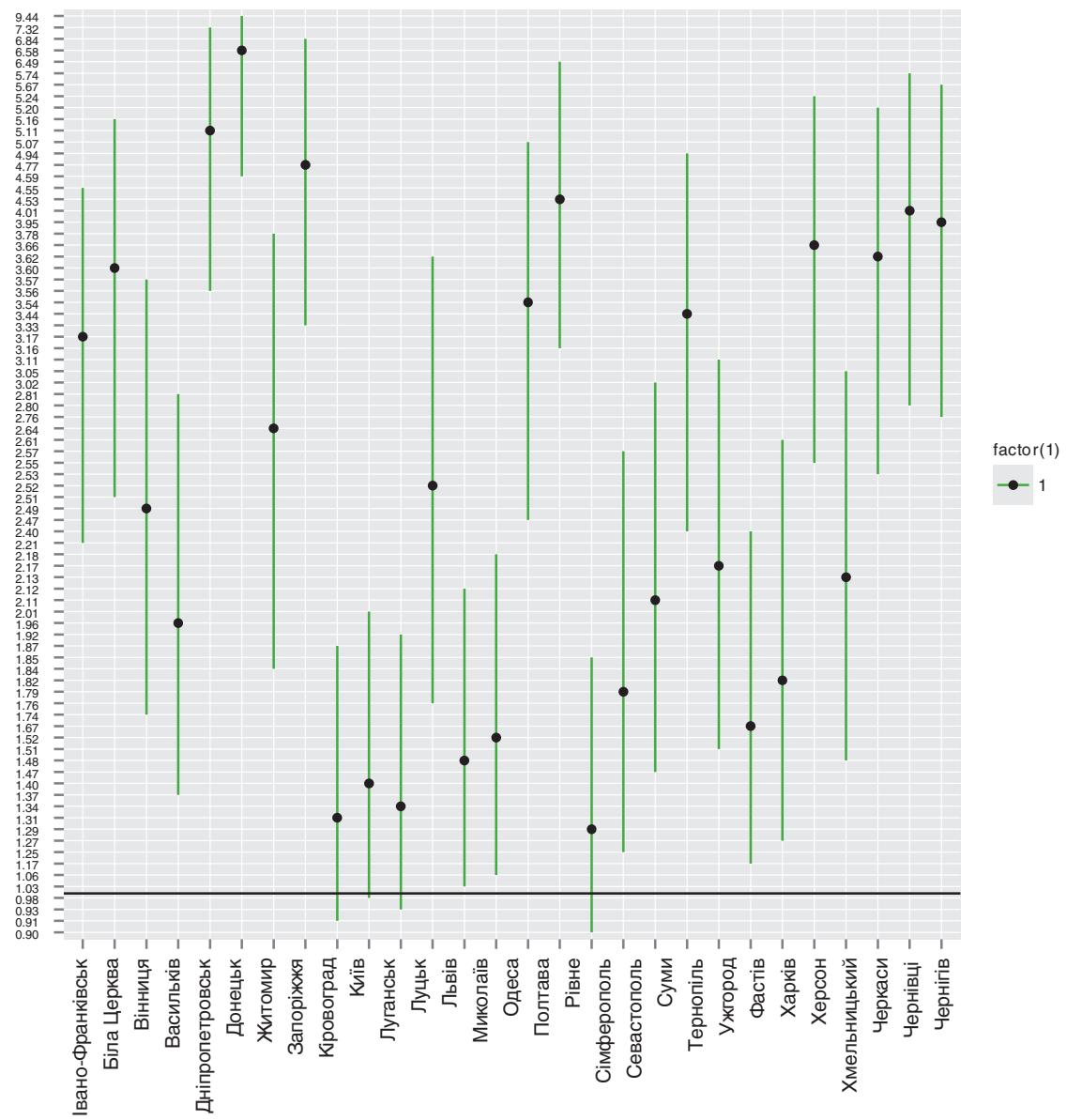


Рис. 7.2.1. Розподіл співвідношення шансів мати позитивний результат тесту на гепатит С для СН, які відбували покарання у місцях позбавлення волі, у порівнянні з СН, що не мають такого досвіду, з урахуванням випадкових ефектів на рівні міст, співвідношення шансів та 95%-ні довірчі інтервали



**Рис. 7.2.2 . Розподіл співвідношення шансів мати позитивний результат тесту на гепатит С для СІН зі стажем вживання наркотиків від 3-х років у порівнянні з СІН, які мають менш тривалий стаж, з урахуванням випадкових ефектів на рівні міст, співвідношення шансів та 95%-ні довірчі інтервали**

## ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТИВ

Більші шанси наявності як ВІЛ, так і гепатиту С характерні для жінок у порівнянні з чоловіками та для старших вікових груп (головним чином – СІН у віці 25 років і старше у порівнянні з молодшими) та СІН з відносно більш тривалим стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (3 роки та більше). Відсутність зв'язку між стажем та ризиком гепатиту С в окремих містах (Рівному, Кіровограді, Луганську та Києві) можна пояснити тим, що в цих містах порогове значення стажу, що виступає як чинник ризику, є вищим або нижчим за два роки. Можлива інтерпретація також полягає в тому, що є певні стереотипи ризикованих поведінки, для яких стаж може виглядати альтернативним виміром. Те, що зв'язки знайдені не для всіх міст, може означати, що в інших містах стереотипи інші або щось ризикове з'явилося в певний час, тобто такий чинник не був присутній протягом усього стажу вживання наркотиків.

За результатами дослідження, непостійне використання презерватива з постійними, випадковими або комерційними партнерами також є чинником ризику в обох випадках: як щодо ВІЛ, так і гепатиту С. Слід зазначити, що наявність статевого шляху передачі гепатиту С досі залишається дискусійним питанням. Дослідження щодо наявності вірусу гепатиту С в статевих клітинах свідчать про те, що вірус в них виявляється рідко, що може бути головною причиною низької частоти інфікування таким шляхом. Число випадків передачі гепатиту С статевим шляхом у разі моногамних статевих стосунків та відсутності ін'єкційних ризиків наближується до нуля<sup>19</sup>. Однак, за наявності супутніх захворювань сечостатової системи, ІПСШ, ко-інфекції ВІЛ цей ризик зростає. Вважається, що гепатит С частіше передається при анальному сексі.

Ін'єкційні ризиковани практики СІН, а саме отримання/купівля ін'єкції в уже наповненому шприці (не бачили, як цей шприц наповнювався) та використання шприца, який особисто або хтось інший наповнював(ли) наркотиком із вже використаного шприца, асоціюються з більшою ймовірністю отримання позитивного тесту на ВІЛ, проте не мають суттевого значення у випадку гепатиту С. Натомість більша ймовірність наявності гепатиту С асоціюється зі спільним використанням посуду для приготування наркотику, тоді як щодо ВІЛ така практика не є чинником ризику. Це пов'язано з тим, що вірус гепатиту С може виживати на оточуючих поверхнях при кімнатній температурі до чотирьох днів, а вірус ВІЛ досить швидко гине в зовнішньому середовищі.

Те, що практика використання спільного посуду для приготування наркотику була чинником ризику щодо ВІЛ в окремих містах, може бути пов'язано з типом наркотиків і відображати роль певних третіх змінних, наприклад способу приготування наркотику. Відомо, що в технології виготовлення екстракту макової соломки може застосовуватися кров, щоб звільнити розчин від завислих часток. У цьому випадку використання спільного посуду може бути ризиком інфікування ВІЛ, якщо використовується інфікована кров. Натомість, якщо всі інструменти для приготування наркотику стерильні і кров не використовується як абсорбент, спільний посуд не є ризиковою практикою.

Окремої уваги потребує профілактика ВІЛ/гепатиту С в установах пенітенціарної системи, СІН – колишні в'язні мають високі шанси інфікування ВІЛ та наявності гепатиту С, особливо у Сумах, Чернівцях, Черкасах, Донецьку, Полтаві, Одесі, Білій Церкві, Івано-Франківську та Львові.

<sup>19</sup> Vandelli C et al. Lack of evidence of sexual transmission of hepatitis C among monogamous couples: results of a 10-year prospective follow-up study. – 2004. – 99 (5): 855-859.

## **РЕЗЮМЕ**

- Жіноча стать, більший вік та стаж вживання наркотиків, непостійне використання презерватива пов'язані з більш високими шансами мати ВІЛ/гепатит С.
- Зв'язок між ін'єкційними ризиками та шансами інфікування демонструє критичне значення практики отримання/купівлі ін'єкції в уже наповненному шприці (не бачили, як цей шприц наповнювався) та використання шприца, який особисто або хтось інший наповнював(ли) наркотиком із вже використаного шприца, як чинників ризику інфікування ВІЛ, а також використання спільног обладнання або матеріалів для розподілу чи приготування наркотичної речовини як чинника ризику інфікування гепатитом С.
- СІН – колишні в'язні мають приблизно вдвічівищі шанси мати ВІЛ чи гепатит С.

# ВИСНОВКИ

Проведене дослідження надає актуальні відповіді щодо широкого кола питань: хто споживає ін'єкційні наркотики в Україні (соціально-демографічний портрет та характеристики наркосцени), у якій мірі ця група наражається на ВІЛ/гепатит С своєю поведінкою, наскільки доступними та ефективними є діючі програми профілактики для СІН. Результати також відображають рівень поширеності ВІЛ та гепатиту С у середовищі СІН і демонструють ключові чинники, пов'язані з такими інфекціями.

## Хто споживає ін'єкційні наркотики в Україні?

Популяція СІН у статевому розрізі представлена більшою мірою чоловіками. Порівняно з минулою хвилею опитування спостерігається зменшення частки жінок.

Найбільш наповненою віковою групою є СІН старше 25 років – 86,6%. Популяція підлітків-СІН залишається стабільною. Дещо зменшується популяція тих, кому 20–24 роки.

Понад чверть СІН (27%) офіційно не одруженні/не заміжні, але живуть разом із сексуальним партнером. Кожний п'ятий має дітей, з якими проживає разом (серед жінок таких 36,9%, серед чоловіків – 13,7%).

Відсоток СІН, які працюють, становить 69%, проте 46,1% з них мають лише випадкові заробітки. Кожний четвертий живе за рахунок допомоги батьків. Частка учнів/студентів серед загалу СІН є доволі низькою (3%).

Більшість СІН (56%) за останні три місяці проживали у власному помешканні, а близько третини (31%) – у помешканні родичів/друзів, за яке не сплачували оренду. Кожен третій опитаний СІН має досвід перебування в місцях позбавлення волі.

## Ініціація, типи наркотиків та передозування

Аналіз даних щодо ініціації вживання ін'єкційних наркотиків підтверджує основні висновки, які робилися в попередніх дослідженнях, а саме більшість СІН розпочинають вживання наркотичних речовин саме неін'єкційним шляхом тароблять це ще в підлітковому віку. Середній стаж вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом становить 13,6 року. Наявне поступове старіння популяції СІН в Україні (у 2011 році – 12,5 року). Стаж вживання ін'єкційних наркотиків до 3-х років мають близько 8% опитаних СІН, майже 60% – стаж вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, який перевищує 10 років.

Продовжується збільшення частки СІН, які вживають наротики-стимулятори. Разом з тим, СІН, які переходят на вживання стимуляторів, при цьому не відмовляються повністю від наркотиків-опіатів. П'ята частина СІН практикує змішане вживання наркотичних речовин. Порівняно з 2011 роком помітна тенденція до збільшення питомої ваги споживачів дезоморфіну, також з'являється новий наркотик – «сіль». Такі препарати досить дешеві, доступні та легкі в приготуванні, що є додатковими мотивами для СІН під час вибору наркотику.

Майже 6% опитаних мали передозування за останні 12 місяців.

## Ризикована поведінка щодо ВІЛ/гепатиту С

81% СІН мали принаймні одну практику небезпечної ін'єкційної поведінки: використання спільногого шприца/голки; отримання ін'єкції з уже наповненого шприца; використання шприца, який хтось наповнював своїм вже використаним шприцом; використання шприца, про який невідомо, як він наповнювався; використання спільногого посуду для приготування та розподілу наркотичної речовини.

Ризики щодо інфікування статевим шляхом також доволі поширені. За останні три місяці 71% мали статеві контакти без презерватива з постійними партнерами, 44% – з випадковими, а 38% – з комерційними. Серед тих, хто має досвід групового сексу, більше половини не використовували презерватив (51%). Слід зазначити, що причини відмови від використання презерватива суттєво відрізняються в залежності від типу партнера. Так, у випадку постійного партнера це – переважно «свідоме рішення». Ймовірно, відмова від презерватива у таких стосунках є певним показником довіри до партнера. Щодо випадкового партнера переважає відсутність презерватива під рукою. Відмова від презерватива під час надання сексуальних послуг за винагороду в більшості випадків мотивована побажанням клієнта. Ті ж СІН, які відмовлялися від презерватива, коли самі платили за секс, наголошували на тому, що презерватив зменшує чутливість.

## Доступність профілактичних програм, звернення за послугами та рівень знань

Більше третини СІН (35,7%) є клієнтами ГО, що надають послуги споживачам ін'єкційних наркотиків. Користується послугами таких організацій значна частка СІН – 44,6%. Протягом останніх 12 місяців половина (49,4%) СІН отримувала безкоштовні шприци та голки від представників громадських організацій, дещо менше половини опитаних (47,2%) отримували безкоштовні презервативи.

Більшість СІН знають, де можна пройти тестування на ВІЛ та вважають його доступним для себе. Досвід тестування протягом життя мають 73,5% опитаних СІН, протягом останніх 12 місяців – 39,4% СІН. Серед основних причин, чому не робили тест на ВІЛ – відсутність бажання проходити таке тестування, впевненість у своїй безпечній поведінці та побоювання дізнатися про свій ВІЛ-статус.

Правильно визначають шляхи передачі ВІЛ 61,1% СІН. Щодо оцінки рівня знань стосовно ВІЛ, слід враховувати, що цей показник безпосередньо пов'язаний з охопленням профілактичними програмами. Міста, в яких менше половини СІН правильно визначали шляхи передачі та профілактики ВІЛ (Ужгород, Полтава, Луганськ), – це міста, де відносно мала частка опитаних була клієнтами ГО чи користувалася послугами таких організацій. Можна припустити, що громадські організації, які працюють з СІН, фактично є головним джерелом поширення знань про ВІЛ, у той час як базовий рівень знань про це захворювання (наприклад, отриманих у школі чи від друзів/знайомих) є низьким.

## Поширеність ВІЛ, гепатитів В та С, туберкульозу

Згідно із самодекларацією СІН, 14,6% хворіли впродовж життя або хворіють зараз на гепатит В, 27,6% – на гепатит С, 12,3% – на туберкульоз. Слід зазначити, що повідомлення про захворювання з опитувань СІН не стільки відображають реальний рівень інфікування, скільки є його мінімальною оцінкою, а також, у порівнянні з даними тестувань, можуть свідчити про рівень поінформованості щодо діагнозу та поширеності поведінки, спрямованої на пошук і отримання медичної допомоги.

Результати тестування виявили вдвічі вищий рівень інфікованості на гепатит С, якщо порівнювати результати зв'язаного дослідження (54,9%) та самодекларації (27,6%).

Кожний п'ятий СІН (19,7%) є ВІЛ-інфікованим. Майже кожний другий ВІЛ-інфікований СІН не знає про свій статус. Середній по країні рівень поширеності ВІЛ у цій цільовій групі дещо знижується в порівнянні з дослідженнями 2011 та 2009 років.

Наявність інфекції за позитивного результату тестування одразу і на ВІЛ, і на гепатит С характеризує 14,7% СІН серед загалу опитаних.

Географічні кластери регіонів з найвищим рівнем поширення ВІЛ та гепатиту С серед СІН не збігаються. Найвищий рівень поширеності гепатиту С характеризує північно-центральні міста (Чернігів, Київ, Вінниця), а найвищий рівень поширеності ВІЛ – південно-центральні міста (Дніпропетровськ, Миколаїв, Одеса).

### Чинники, пов'язані з інфікуванням ВІЛ/гепатитом С

Жіноча стать, більший вік та стаж вживання наркотиків, непостійне використання презерватива, а також досвід ув'язнення пов'язані з більш високими шансами мати як ВІЛ, так і гепатит С.

Ін'єкційні ризикові практики СІН, а саме отримання/купівля ін'єкції в уже наповненому шприці (не бачили, як цей шприц наповнювався) та використання шприца, який особисто або хтось інший наповнював(ли) наркотиком із вже використаного шприца, асоціюються з більшою ймовірністю отримання позитивного тесту на ВІЛ, проте не мають суттєвого значення у випадку гепатиту С. Натомість більша ймовірність наявності гепатиту С асоціюється зі спільним використанням посуду для приготування наркотику, тоді як щодо ВІЛ така практика практично не є чинником ризику. Це пов'язано з тим, що вірус гепатиту С може виживати на оточуючих поверхнях при кімнатній температурі до чотирьох днів, а вірус ВІЛ досить швидко гине в зовнішньому середовищі.

Практика використання спільногого посуду для приготування наркотику є чинником ризику щодо ВІЛ тільки в окремих містах. Це може бути пов'язано з типом наркотиків і відображати роль певних третіх змінних, наприклад способу приготування наркотику. Відомо, що в технології виготовлення екстракту макової соломки може застосовуватися кров, щоб звільнити розчин від завислих часток. У цьому випадку використання спільногого посуду може бути ризиком інфікування ВІЛ, якщо використовується інфікована кров. Натомість, якщо всі інструменти для приготування наркотику стерильні і кров не використовується як абсорбент, спільний посуд не є ризиковою практикою.

# КЛЮЧОВІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ПРОГРАМ

Зважаючи на високий рівень охоплення центрами СНІДу, включаючи АРТ, та досить високий рівень знань щодо ВІЛ, наразі проблема полягає не стільки в недоступності профілактичних послуг чи низькій поінформованості про інфекцію, скільки в слабкій мотивації до збереження власного здоров'я: поширеності ризикових практик і відсутності культури систематичного тестування серед СІН. 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 відповіді на епідемію в Україні.

## 1. Акцент на роботі з підлітками та молоддю

З одного боку, необхідна адаптація ВІЛ-сервісних послуг для неповнолітніх СІН, удосконалення доступу до комплексного пакету послуг профілактики, ресоціалізації та реабілітації, включаючи послуги, які задовольняють базові потреби з гігієни, безпеки, харчування та розв'язують соціальні, юридичні й інші проблеми. З іншого боку, важливим є широке впровадження інтервенцій, спрямованих на профілактику залучення молодих людей до ін'єкційних наркотиків самими споживачами ін'єкційних наркотиків.

## 2. Посилення профілактичних втручань серед СІН в установах пенітенціарної системи

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 татуювань у колоніях/СІЗО (надання дезінфектантів для стерилізації обладнання, інформаційно-освітніх матеріалів з цієї тематики).

### 3. Урахування гендерного аспекту в профілактичних втручаннях серед СІН

Жінки-СІН частіше практикують незахищені статеві контакти та використовують спільний ін'єкційний інструментарій. Вони потребують специфічних профілактичних програм, які мають містити, поряд із традиційними методами роботи, елемент психологічної допомоги та мотивації до ініціювання використання презерватива і стерильного ін'єкційного інструментарію, особливо з постійним сексуальним партнером.

### 4. Посилення профілактики, діагностики і лікування вірусних гепатитів та туберкульозу

Хоча вірусні гепатити та туберкульоз доволі поширені серед СІН і є чинниками, які підвищують ризик та ускладнюють лікування ВІЛ-інфекції, це практично не враховано в базових пакетах послуг для СІН. Дуже важливим є поширення безкоштовного тестування на гепатит С та туберкульоз серед СІН, розробка профілактичних програм, що підвищують рівень знань щодо вірусних гепатитів та туберкульозу як серед самих СІН, так і надавачів послуг, пошук шляхів забезпечення безкоштовного лікування таких захворювань для найбільш уразливих СІН (підлітків, ув'язнених тощо).

### 5. Уdosконалення наявних програм обміну шприців за рахунок поширення шприців з малою «мертвою зоною»

Зважаючи, що практика спільного використання ін'єкційного інструментарію залишається доволі пошиrenoю, інноваційним рішенням може бути розповсюдження шприців з малою «мертвою зоною» (low dead-space syringes (LDSS)). Такі шприци призначенні для зменшення кількості крові, що залишається в шприці після повного натискання поршня. Кількість крові, що залишається в LDSS після натискання поршня та промивки шприца, практично у 100 разів менша, ніж у звичайному шприци. Це зменшує ризик передачі ВІЛ/гепатиту С у разі спільного використання шприців.

### 6. Розуміння та врахування структурних факторів в інтервенціях для СІН

За результатами дослідження виявлено суттєві відмінності між містами опитування СІН щодо наявних поведінкових ризиків та детермінант такої поведінки. Доцільно враховувати різні характеристики міст як структурні чинники, що можуть зумовлювати різницю в ефектах індивідуальних чинників. Наприклад, наявність сексуального ризику в місті, де середній рівень користування презервативами в середовищі СІН є доволі високим, може мати слабший ефект щодо інфікування в порівнянні з містом, де такі практики доволі поширені.

### 7. Поширення програм обміну досвідом та систематичного підвищення кваліфікації серед безпосередніх надавачів послуг для СІН

Зважаючи, що громадські організації, які надають послуги СІН, є фактично ключовим джерелом поширення знань про ВІЛ/гепатит С, персонал таких організацій повинен мати доступ до навчання щодо актуальних методик кейс-менеджменту, успішних практик мотивування до зменшення ризикованої поведінки та до проходження тестування, інтегрування профілактичних послуг щодо вірусних гепатитів у базовий пакет послуг з профілактики ВІЛ, фармакології та ефектів нових наркотиків.

## 8. Удосконалення системи моніторингу поведінки та поширення ВІЛ/гепатиту С за рахунок аналізу нових випадків інфікування додатково до поширеності

У рамках епідеміологічного компонента також проводилося дослідження генетичного матеріалу вірусу на основі сухої краплі крові (СКК) для виявлення випадків раннього інфікування ВІЛ (incidents), результати якого будуть предметом окремого аналізу. Проведення подібних досліджень є актуальним з точки зору розуміння розвитку епідемії ВІЛ, приросту нових випадків та факторів, які цьому сприяють. Тому ґрунтовний аналіз уже зібраних даних та використання методу СКК в подальших дослідженнях дозволить поглибити розуміння епідеміологічних процесів в Україні, розробити нові стратегії та напрями роботи на шляху подолання епідемії ВІЛ.

## ДОДАТОК 1. ІНДИКАТОРИ, ВКЛЮЧЕНИ ДО ПЕРЕЛІКУ ПОКАЗНИКІВ НАЦІОНАЛЬНОГО ПЛАНУ МОНІТОРИНГУ ТА ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАХОДІВ ПРОТИДІЇ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ, СТОСОВНО ПОІНФОРМОВАНОСТІ ТА ПОВЕДІНКИ СПОЖИВАЧІВ ІН'ЄСКІЙНИХ НАРКОТИКІВ

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

Регіони	Обсяг вибірки	Показник	Довірчий інтервал		Показник серед СІН у віці до 25 років	Довірчий інтервал	Показник серед СІН у віці 25 років та старше	Довірчий інтервал
			нижня межа	верхня межа		нижня межа	верхня межа	
Україна	9502	54,1	—	—	62,9	—	—	52,5
Сімферополь	401	55	47,7	63,1	74,9	56,9	88,4	51,1
Вінниця	250	67,5	54,6	77,8	60,7	25,5	94,9	67,8
Луцьк	350	72,8	60,4	77,1	64,6	23,1	100	73,5
Дніпропетровськ	501	39,1	27,5	56	58,7	13,5	100	36,5
Донецьк	500	55,8	43,3	63,2	53,2	34,5	70,5	56,1
Житомир	350	21	15,1	25,9	8,2	2	15,6	25,2
Ужгород	200	41,2	28,1	56,2	63,1	40,5	82	30,8
Запоріжжя	350	26,8	18,6	36,5	55,1	27,3	77,2	21,9
Івано-Франківськ	300	63,4	54,7	72,2	76,8	58,4	93,3	62
Біла Церква	300	48,8	39,8	59,4	34	16,5	65,1	50,7
Київ	500	61,8	54,8	69,6	54,7	29,1	77,8	63,4
Кіровоград	250	52,1	41,1	62	63,3	48	85,8	48,6
Луганськ	300	47,4	41	62,7	60,7	37,9	84,5	46,4
Львів	350	63,9	54	72,1	71,6	46,1	87,7	63,8
Миколаїв	500	63,2	49,5	71,4	95,6	82,2	100	59,7
Одеса	400	60,7	51,7	67,5	72,3	48,6	91,3	59,7

Region	Обсяг вибірки	Показник	Довірчий інтервал		Показник серед СІН у віці до 25 років	Довірчий інтервал		Показник серед СІН у віці 25 років та старше	Довірчий інтервал	
			Нижня межа	Верхня межа		Нижня межа	Верхня межа		Нижня межа	Верхня межа
Полтава	300	48	38,2	58,7	59,2	40,9	77,7	42,6	32,9	55,8
Рівне	300	43,1	33,4	55,8	69,6	42,6	86,5	39,6	28,2	52,5
Суми	350	69,7	63,6	76,3	84	76,9	93	60,5	51	69,1
Тернопіль	250	45,1	34,7	57	84,4	42,9	100	42,3	31	54
Харків	350	40,7	30,8	48,9	72,8	56,8	93,6	36,8	26,4	45,6
Хerson	300	64	55,6	74,7	85,1	87,8	100	60,4	48,7	70,2
Хмельницький	300	47,1	37	59,7	60,8	22,1	92,9	45,4	35,1	59,6
Черкаси	350	49,7	41,8	60,5	54,6	39	88	48,8	40,6	59,9
Чернівці	250	73,1	65,3	81,4	79,2	61,4	92,6	71,9	63,4	80,4
Чернігів	300	46,5	32,3	59,2	50,3	24,2	74,5	46	32,1	60,8
Фастів	150	38,5	17,7	54,6	16,9	0	33,3	39,7	16,9	55,5
Васильків	150	77,4	71,4	86,3	78,8	66	96,2	77	65,9	86,7
Севастополь	350	37,8	28,3	50,4	58	26,1	82,6	32,7	23,3	42,7

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

Регіони	Обсяг вибірки	Показник	Довірчий інтервал		Показник серед СІН у віці до 25 років	Довірчий інтервал	Довірчий інтервал	
			нижня межа	верхня межа			нижня межа	верхня межа
Україна	9502	96,9	—	—	97,8	—	—	96,8
Сімферополь	401	98,4	97	99,6	97,8	94,8	100	98,5
Вінниця	250	98,2	96	99,7	95,6	85	100	98,6
Луцьк	350	96,5	94,2	98,6	100	—	—	96,2
Дніпропетровськ	501	97,9	96,4	99,1	94,1	96,6	100	98,2
Донецьк	500	94	91,1	96,7	93,8	90	99,7	94,5
Житомир	350	98,2	96,6	99,4	99,4	97,9	100	97,9
Ужгород	200	92,5	87,2	96,9	88,2	76,8	97,8	94,1
Запоріжжя	350	94,3	89,4	97,9	97,3	92,8	100	94,1
Івано-Франківськ	300	90,8	83,5	96,5	87,9	71,4	100	91,3
Біла Церква	300	97,8	95,8	99,3	94,8	81,6	100	98,3
Київ	500	99,2	98,1	100	100	—	—	99,1
Кіровоград	250	91	84,6	96,8	98,1	95,4	100	89,2
Луганськ	300	92,6	85,7	98,5	100	—	—	91,6
Львів	350	96	93,7	98,1	97	94,9	98,8	96
Миколаїв	500	97,7	96,1	99	97,3	90,6	100	97,8
Одеса	400	97,6	96	99	100	—	—	97,4
Полтава	300	97,5	95,3	99,3	97,9	94	100	97,3
Рівне	300	97	94,3	99,2	97,2	93,4	100	96,8
Суми	350	98,1	96,2	99,7	98,2	96,8	100	96,9
Тернопіль	250	99,3	98	100	100	—	—	99,2
Харків	350	98,8	97,6	99,8	100	—	—	98,7

Regionи	Обсяг вибірки	Показник	Довірчий інтервал		Показник серед СІН у віці до 25 років	Довірчий інтервал		Показник серед СІН у віці 25 років та старше	Довірчий інтервал	
			нижня межа	верхня межа		нижня межа	верхня межа		нижня межа	верхня межа
Херсон	300	95,7	92,3	98,6	100	—	—	95,1	90,4	98,4
Хмельницький	300	98,9	97,4	100	100	—	—	98,7	97	99,9
Черкаси	350	95,3	92,9	97,5	99	96,1	100	95	92,1	97,3
Чернівці	250	100	—	—	100	95,5	100	100	98,9	100
Чернігів	300	97,3	96,5	100	97,7	96,7	100	97,2	95	100
Фастів	150	91,1	85,6	95,4	97,3	92,6	100	89,2	83	94,3
Васильків	150	96,1	92,9	98,6	39,7	29	51,6	97,4	93,8	100
Севастополь	350	95,4	92,7	97,8	98,8	95,5	100	95	91,6	97,5

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

Періоди	Обсяг вибірки	Показник	Довірчий інтервал		Показник серед СІН у віці до 25 років	Довірчий інтервал	Показник серед СІН у віці 25 років та старше		Довірчий інтервал
			Нижня межа	Верхня межа			Нижня межа	Верхня межа	
Україна	9502	42,8	—	—	34,7	—	—	44,1	—
Сімферополь	401	18,7	14,3	23,8	17,4	8,5	28,5	18,9	13,9
Вінниця	250	69,7	62,6	77,3	69,3	48,1	84,3	69,9	61,7
Луцьк	350	33,9	27,7	40,2	24,7	7,5	45,5	40	27,6
Дніпропетровськ	501	34,7	28,6	41,1	41,3	9	70,6	34,3	28,1
Донецьк	500	24,3	18	32	7,8	2,2	15,2	27,6	19,8
Житомир	350	45,4	39	52,2	36,2	25,1	51,1	47,6	40,8
Ужгород	200	25,5	18,4	34,4	17	4,5	33,6	27,6	18,8
Запоріжжя	350	15,3	9,9	22,2	7,3	0	14,4	16,2	10,6
Івано-Франківськ	300	49,8	41,2	56,3	35,8	15,4	52,8	50,4	42,1
Біла Церква	300	34,7	26,3	43,4	19,8	4	39,8	37,4	28,8
Київ	500	62,3	56,6	67,7	55,5	39,9	71,9	63,1	57,2
Кіровоград	250	37,8	29,8	46,7	42	24,6	60,5	37,3	27,7
Луганськ	300	31	22	42	31,9	14	55,8	29,9	20,5
Львів	350	42	35,7	48,2	22,8	9,1	38	44,2	37,3
Миколаїв	500	39	33,4	45,3	51,6	33	71,3	38,2	32,2
Одеса	400	51,4	45,5	57,3	42,5	24,8	60,4	52	46,2
Полтава	300	33	25,6	40,6	21	10,3	32,8	38,8	29,5
Рівне	300	43,4	35,2	51,3	43,3	23,1	65,1	43,5	35,1
Суми	350	18,6	13,8	24,1	13,9	5,9	22,6	21,1	15
Тернопіль	250	55,1	46,9	62,8	25,1	1,6	32,5	56,4	47,3
Харків	350	51,5	43,4	58,8	24,1	10,3	43,7	54,5	46,5
Хerson	300	36,6	29,1	44,5	37,2	12,9	58,5	36,4	28,7

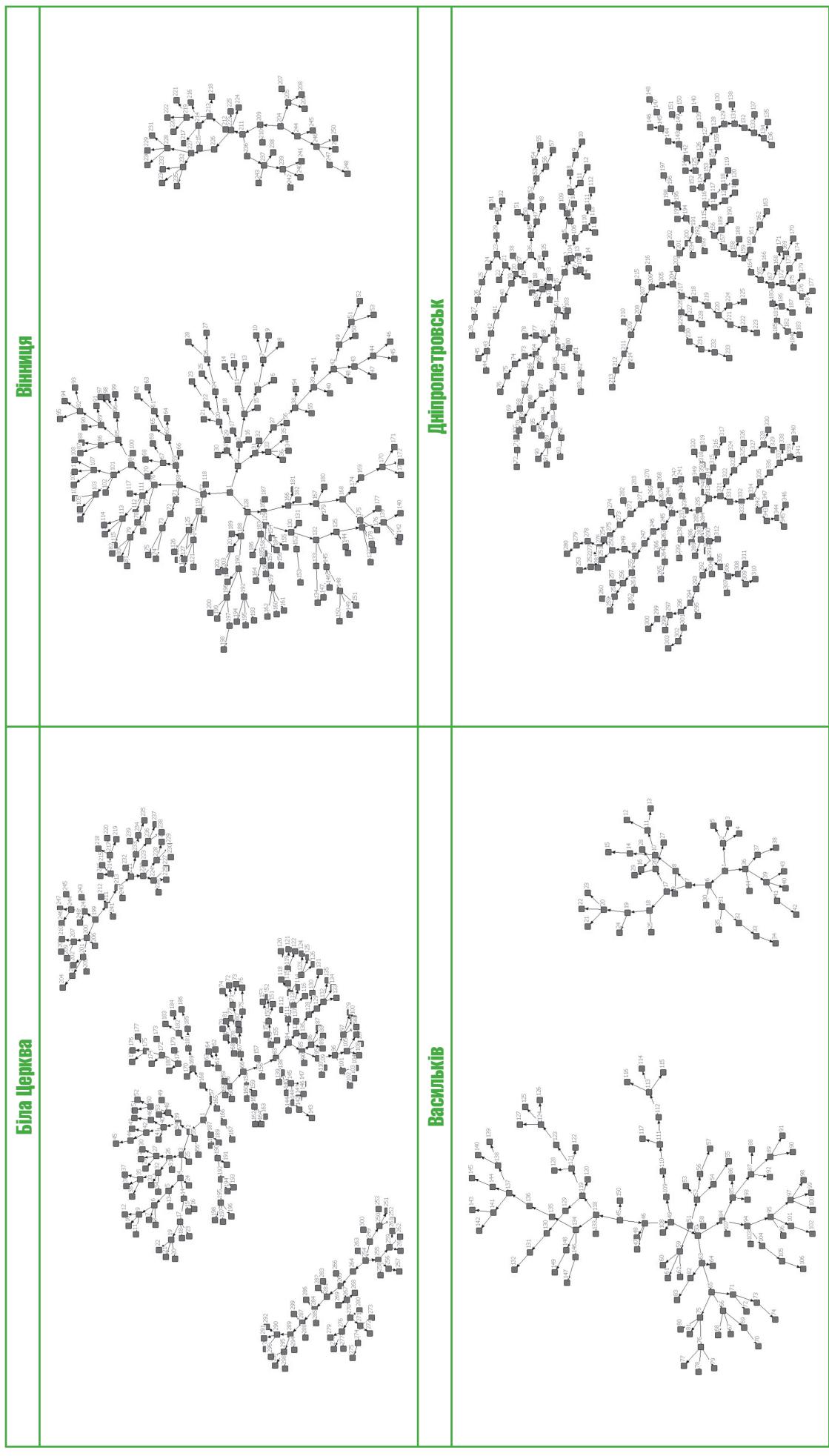
Регіони	Обсяг вибірки	Показник	Довірчий інтервал		Показник серед СІН у віці 25 років та старше	Довірчий інтервал	Показник серед СІН у віці 25 років та старше	Довірчий інтервал
			Нижня межа	Верхня межа		Нижня межа	Верхня межа	Нижня межа
Хмельницький	300	42,7	35,1	49,9	19,6	4,8	43,1	45
Черкаси	350	36,9	30	43,1	41,4	21,1	65,7	36,8
Чернівці	250	67,1	61,5	74,1	65,5	53,3	81,9	67,5
Чернігів	300	64,5	58,6	71,7	50,3	25,5	74,2	46,6
Фастів	150	24,7	11,5	35,9	35,6	13,3	66	22,7
Васильків	150	28	19,2	38	16,7	3,2	29,9	32,7
Севастополь	350	21,5	15,8	27,8	21,8	1,6	45,1	21,4
								15,9
								27,4

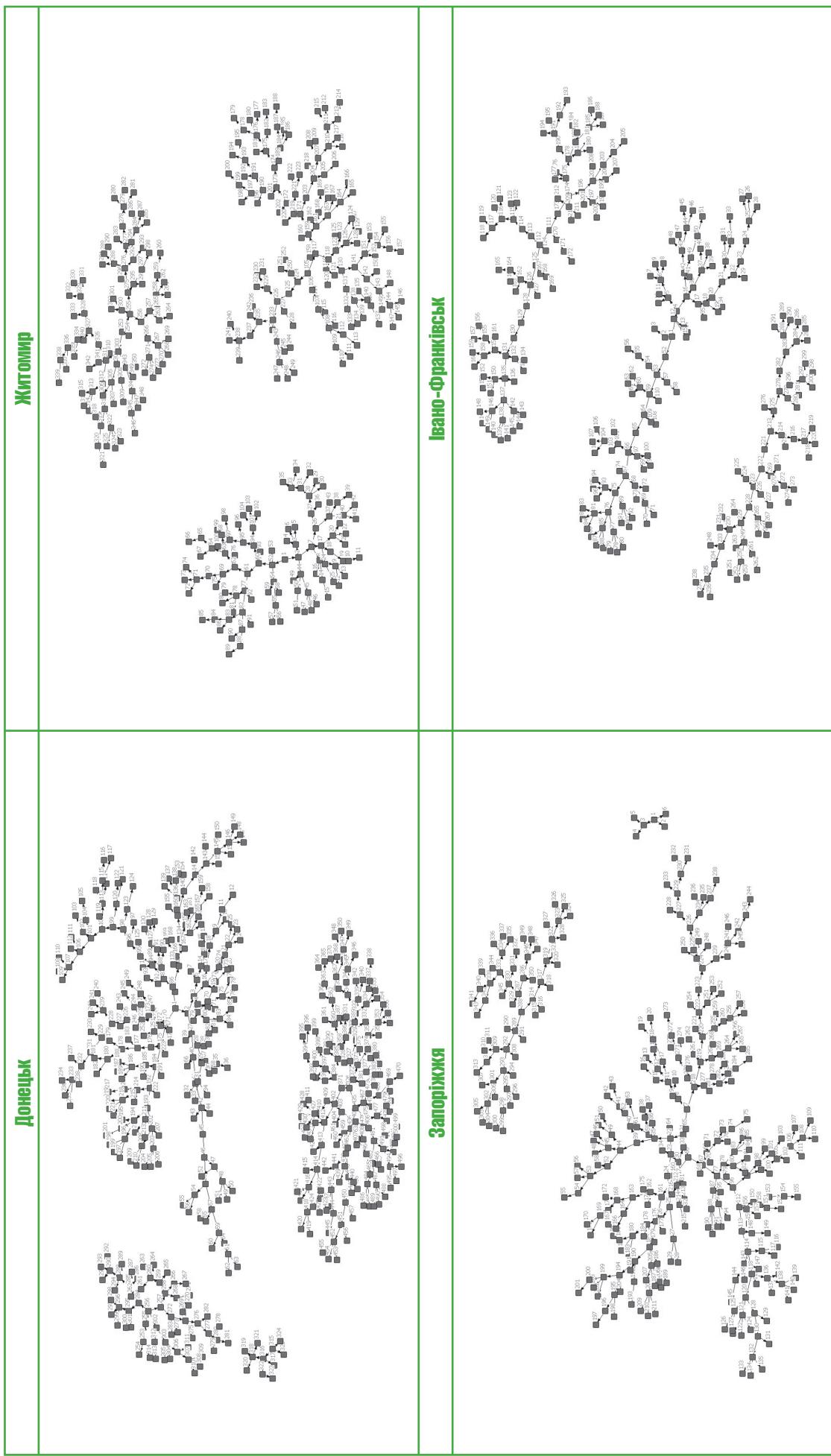
**4. Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які інфіковані ВІЛ**

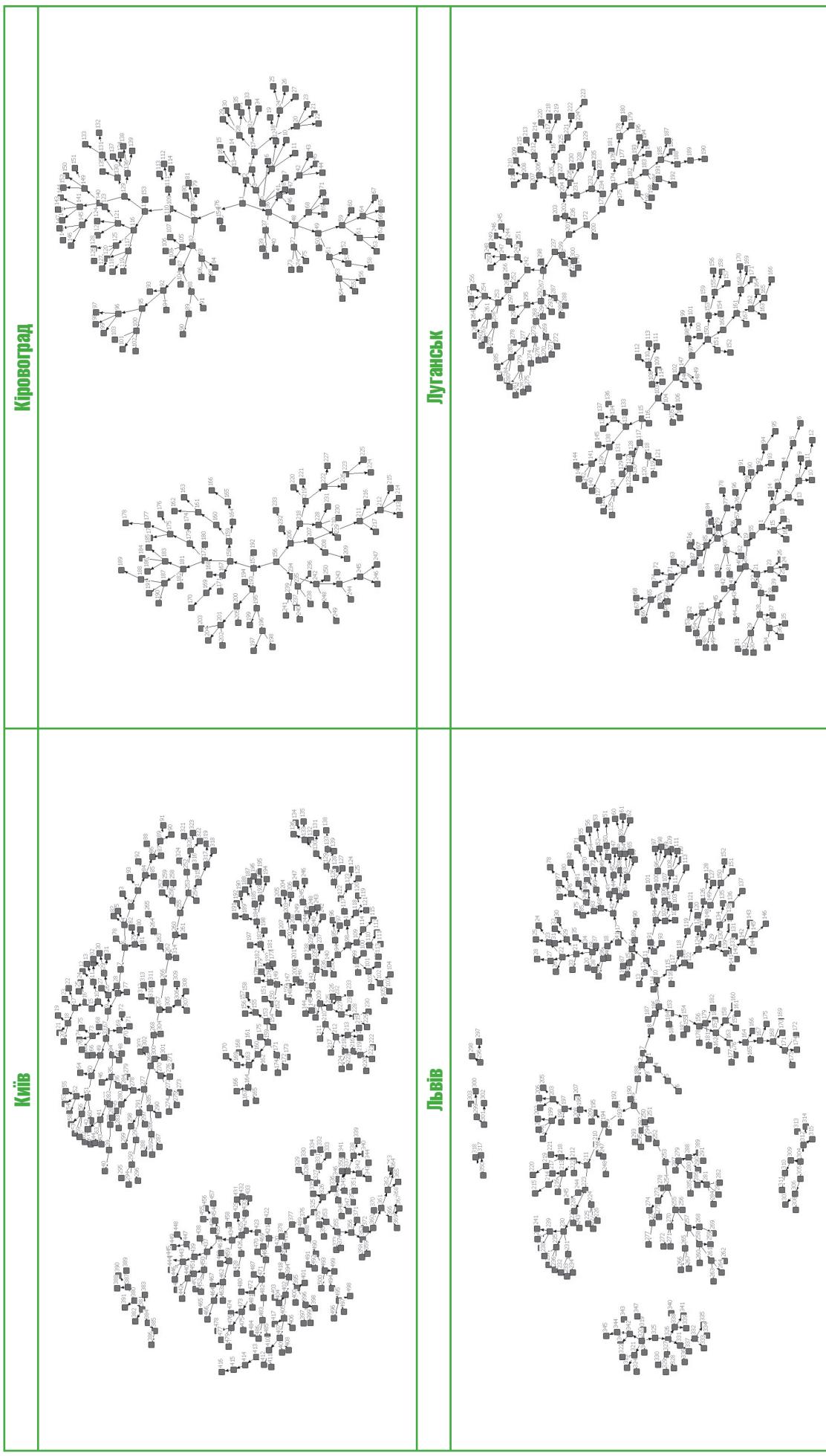
Регіони	Обсяг вибірки	Показник	Довірчий інтервал		Показник серед СІН у віці до 25 років	Довірчий інтервал	Показник серед СІН у віці 25 років та старше		Довірчий інтервал
			нижня межа	верхня межа			нижня межа	верхня межа	
<b>Україна</b>	<b>9502</b>	<b>19,7</b>	—	—	<b>6,3</b>	—	—	—	<b>21,7</b>
Сімферополь	401	22,5	17,6	28,1	1,7	0	4,2	26,4	20,9
Вінниця	250	12,7	7,7	18,8	7,8	0	16,3	13,7	7,6
Луцьк	350	20,3	15,4	25,4	4,8	0	13,7	21,7	16,6
Дніпропетровськ	501	34,7	24,9	37,2	35,3	0	45,6	32	24,5
Донецьк	500	26,5	19	35	1,9	0	6,3	31,5	22,5
Житомир	350	18,9	12,4	25,8	2,1	0	5,2	23,7	15,3
Ужгород	200	1,8	0	2,5	2,8	0	2,8	1,8	0
Запоріжжя	350	2,2	0,5	4,7	12,6	0	11,9	2	0,3
Івано-Франківськ	300	17	10,3	25,2	0	0	0	19,5	11,6
Біла Церква	300	19,7	13,5	27,1	2,1	0	5,4	22,9	15,6
Київ	500	20,1	10,2	29,6	15,8	2,5	22,9	20,5	10,3
Кривий Ріг	250	15	3,9	19,6	6,5	0	7,6	15,6	4
Луганськ	300	3,2	1,7	5,4	2,1	0	5,5	3,5	17
Львів	350	23,5	17,6	29,4	4,2	0	18,9	24,6	18,1
Миколаїв	500	31,8	25,9	39,2	0	0	0	33,7	27,7
Одеса	400	30,2	24,3	36,4	9,9	1,1	21,3	32	26
Полтава	300	2,6	1,3	4,7	0	0	0	3,7	1,9
Рівне	300	24,5	13,2	27,5	2,6	0	6,6	25	14,4
Суми	350	5,1	2,4	9,4	0	0	0	7,9	3,8
Тернопіль	250	18	12,2	24,5	0	0	0	19,4	13,5
Харків	350	10,3	5,1	18	4,8	0	13,8	10,5	4,9
Херсон	300	22,6	16,8	28,7	6,5	0	13	26	19,3

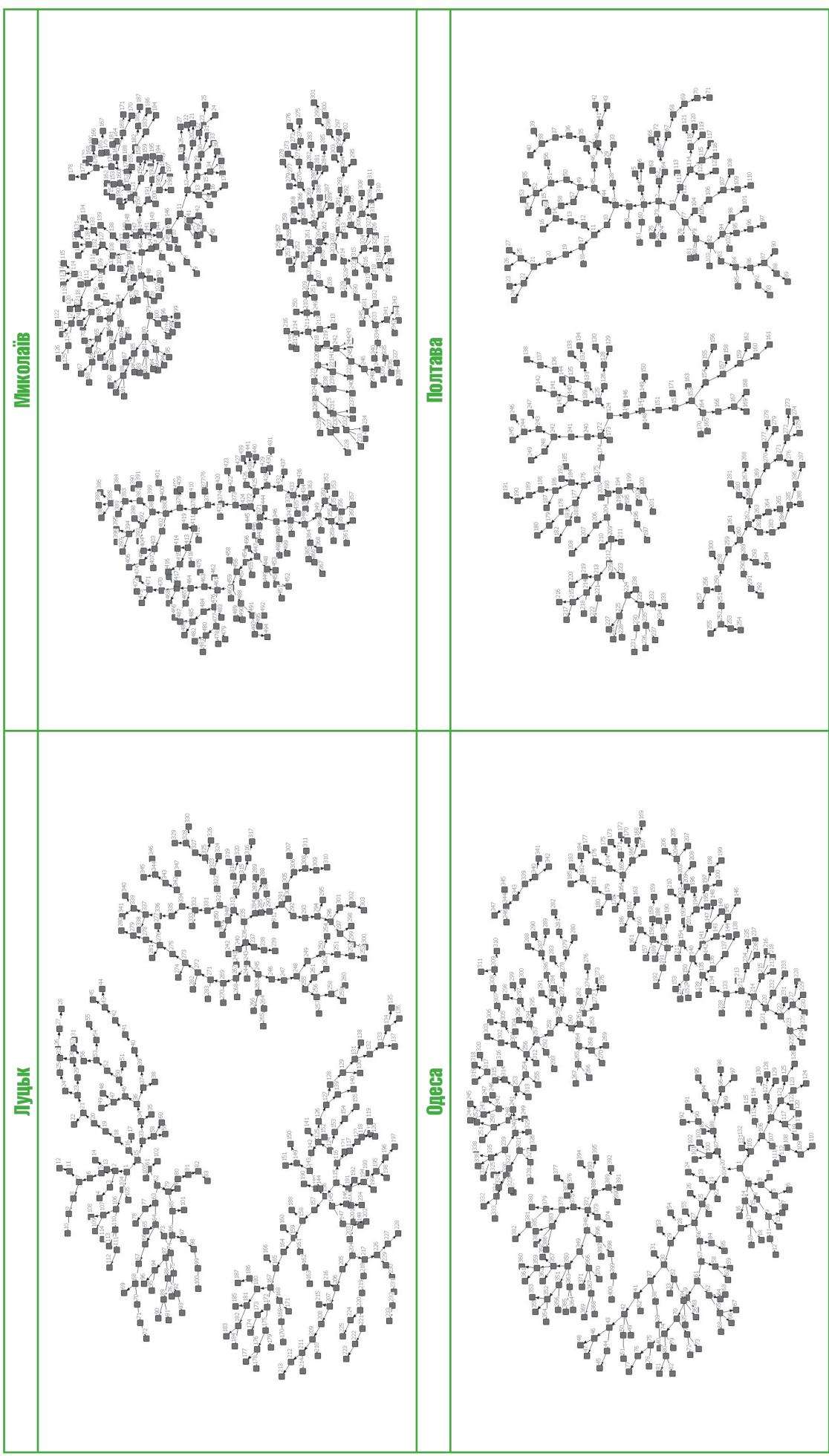
Регіони	Обсяг виборки	Показник	Довірчий інтервал		Показник серед СІН у віці 25 років	Довірчий інтервал		Показник серед СІН у віці 25 років та старше	Довірчий інтервал	
			Нижня межа	Верхня межа		Нижня межа	Верхня межа		Нижня межа	Верхня межа
Хмельницький	300	28,2	21,4	34,7	6,9	0	20,1	29,8	22,9	37,7
Черкаси	350	19,8	14,7	24,7	13,1	1,1	31,2	20,3	15,2	26,2
Чернівці	250	2,2	0,5	4,4	0	0	0	2,6	0,6	4,8
Чернігів	300	18,6	9,2	29	0	0	0	23,2	12,2	34,6
Фастів	150	21,7	14,4	30,6	0	0	0	26,8	17,7	38,1
Васильків	150	5,7	0,8	11,9	2,2	0	5,3	7,3	0,4	15,4
Севастополь	350	21,3	11,7	23,4	3,6	0	11,4	21,9	13,5	24,4

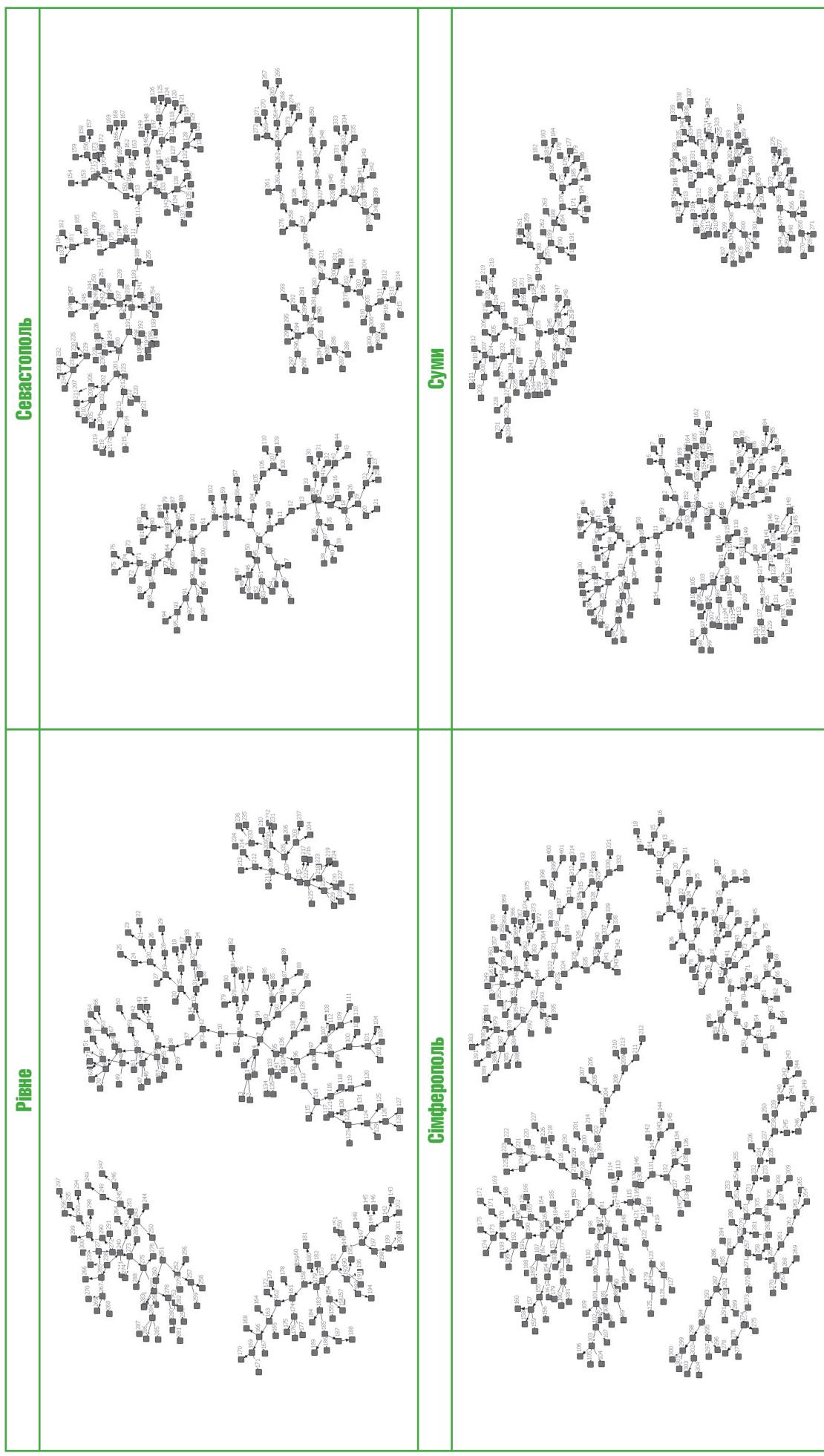
## ДОДАТОК 2. РЕКРУТИНГ РЕСПОНДЕНТІВ ЗГІДНО З МЕТОДИКОЮ RDS





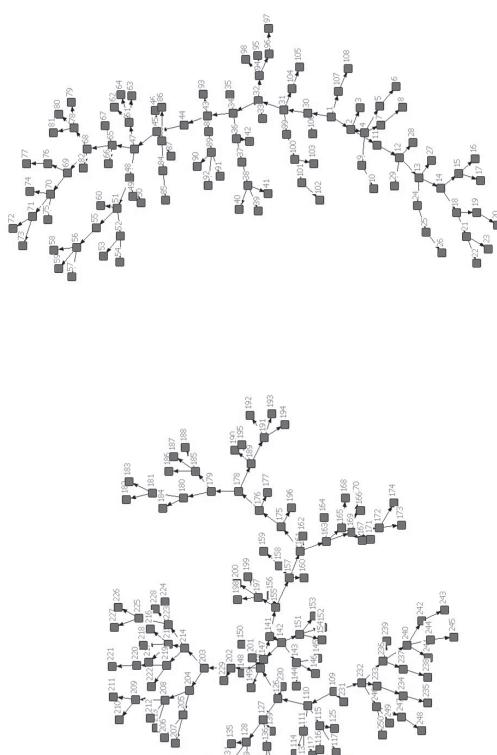




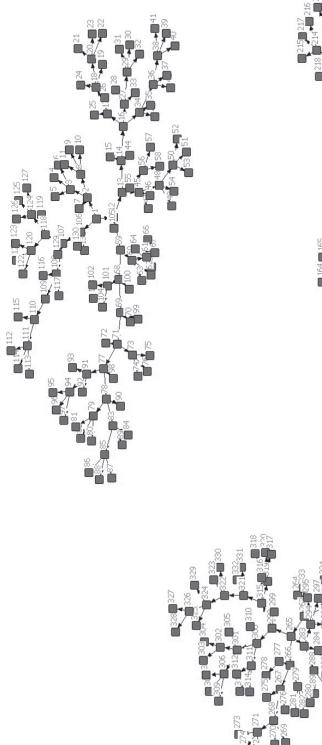


## Методи

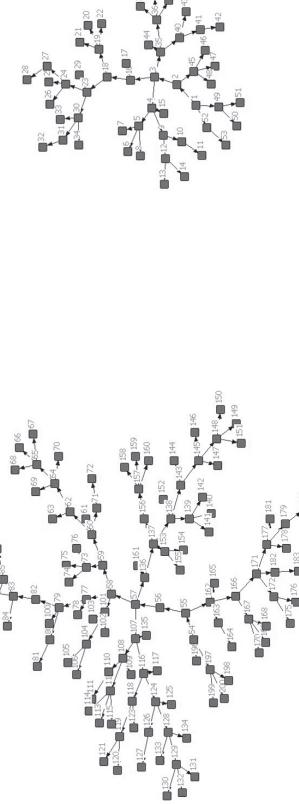
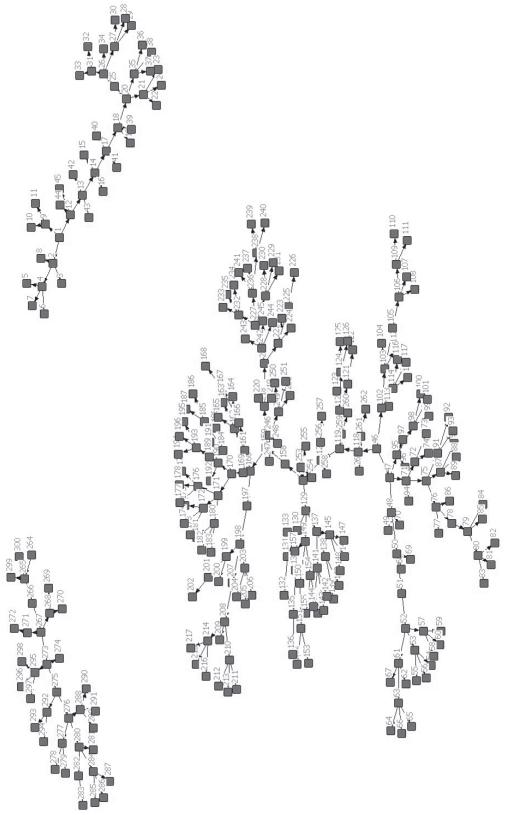
### Тернопіль

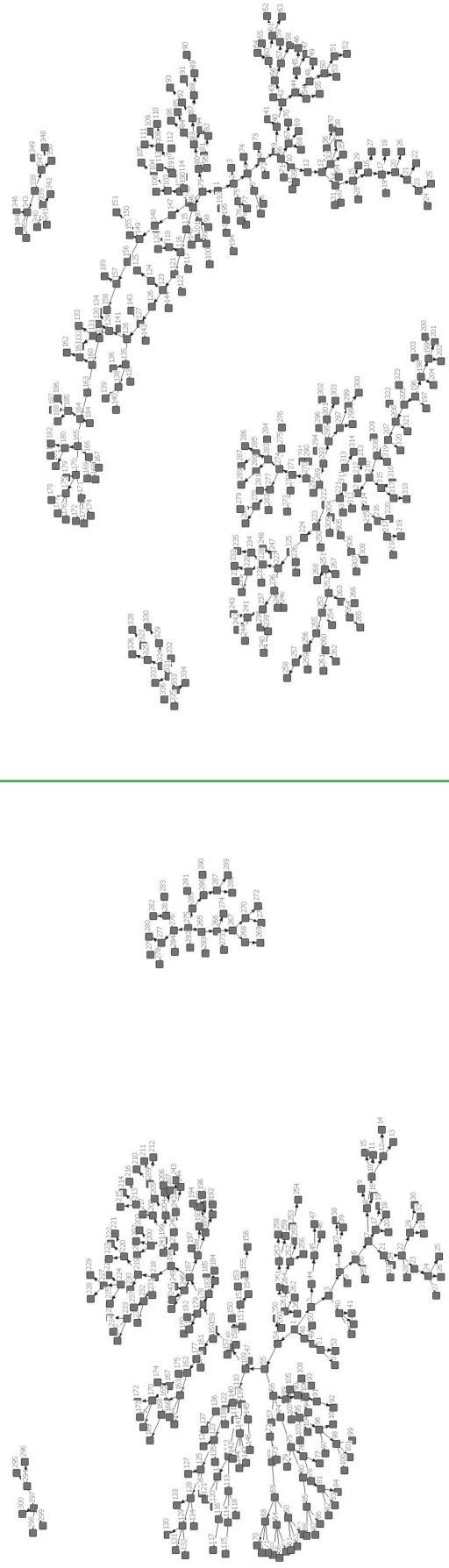
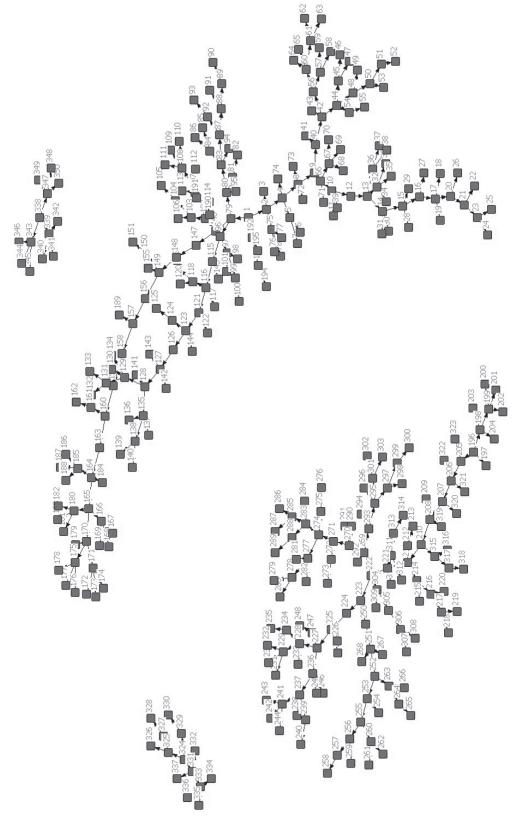
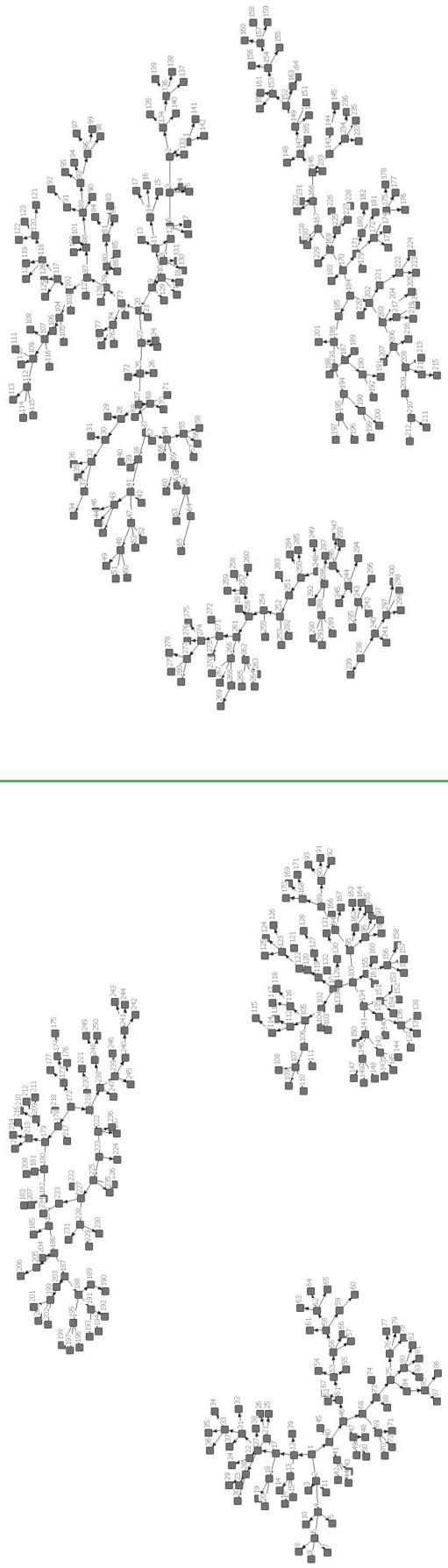
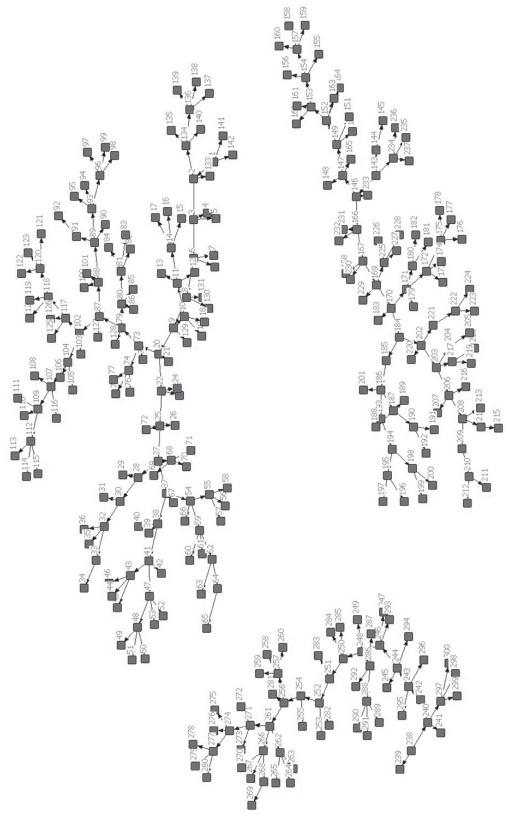


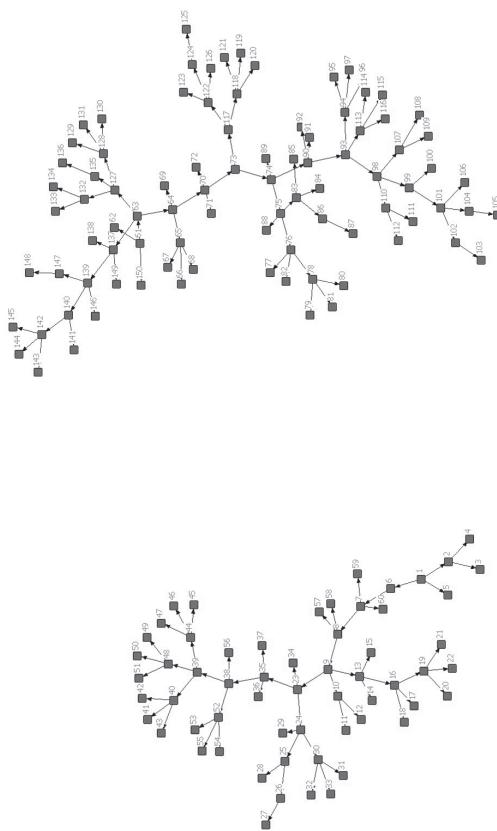
### Харків



### Харківська обл.



**Хмельницький****Черкаси****Чернівці****Чернігів**



## ДЛЯ НОТАТОК

**ДЛЯ НОТАТОК**

**МОНІТОРІНГ ПОВЕДІНКИ ТА ПОШИРЕННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ СРЕД СЛОЖИВАЧІВ ІН'ЄСКІЙНИХ НАРКОТИКІВ ЯК КОМПОНЕНТ ЕПІДНАГЛЯДУ ЗА ВІЛ ДРУГОГО ПОКОЛІННЯ**

**163**

**2014**