

**АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ
ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ
ДОСЛІДЖЕННЯ
2009 РОКУ**

**“МОНІТОРИНГ ПОВЕДІНКИ ТА
ПОШИРЕНІСТЬ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ
СЕРЕД СТАТЕВИХ ПАРТНЕРІВ
СПОЖИВАЧІВ ІН’ЄКЦІЙНИХ
НАРКОТИКІВ”**

Київ 2010

Авторський колектив:

**Наталія Погоріла; Юрій Таран; Сергій Кім;
Ігор Герман; Тетяна Дієва**

**Фото на обкладинці:
Міла Тешаєва**



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

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

© МБФ “Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні”

вул. Димитрова, 5, корпус 10А, 03680, Київ, Україна
Тел.: (044) 490-54-85
Факс: 044) 490-54-89
E-mail: office@aidsalliance.org.ua
<http://www.aidsalliance.org.ua>

Зміст

Список скорочень	4
Вступ.....	5
Методологія дослідження.....	4
Розділ 1. Демографічні характеристики сексуальних партнерів СІН	12
Розділ 2. Рівень обізнаності з питань ВІЛ/СНІД та охоплення профілактичними програмами	15
2.1 Знання щодо передачі ВІЛ-інфекції	15
2.2. Суб'єктивна оцінка ризику інфікування ВІЛ.....	19
2.3. Знання симптомів ІПСШ	20
2.4 Охоплення профілактичними програмами.....	24
Розділ 3. Практика вживання алкоголю та наркотиків	26
3.1. Практика вживання алкоголю	26
3.2. Практика вживання наркотиків	26
Розділ 4. Сексуальна поведінка	30
4.1. Загальні відомості про статеве життя партнерів СІН	31
4.2. Практика використання презерватива	33
4.3. Причини відмови від використання презервативів.....	44
Розділ 5. Результати зв'язаного дослідження серед статевих партнерів СІН. Чинники інфікування ВІЛ	46
5.1. Діагностика та лікування ІПСШ.....	46
5.2. Тестування на ВІЛ	49
5.3. Чинники інфікування ВІЛ: результати логістичної регресії	53
ВИСНОВКИ.....	57
ДИСКУСІЯ.....	59

Перелік скорочень

СІН – споживач ін'єкційних наркотиків

СПСІН – статевий партнер СІН

ІПСШ – інфекції, що передаються статевим шляхом

Вступ

За даними офіційної статистики, поширеність ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків залишалась практично на одному рівні. Так, у 2007 році кількість нових виявлених випадків ВІЛ-інфекції серед СІН становила 7127, у 2008 році – 7084, у 2009 році – 7150. Частка СІН у структурі шляхів передачі ВІЛ складала: у 2007 році – 40,1%, у 2008 році – 37,0%, у 2009 році – 35,8%. Незважаючи на поступове зниження частки СІН у структурі ВІЛ-інфікованих, поширеність ВІЛ серед СІН, як і раніше, залишається найвищою порівняно з іншими групами ризику. Згідно з даними проведених в Україні у 2009 році інтегрованих біоповедінкових досліджень серед вразливих груп, поширеність ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків становила 21,6%, в той час як серед жінок, які надають сексуальні послуги за плату, – 12,9%, серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, – 8,6%, серед засуджених – 15%.

Можемо констатувати тенденцію до стабілізації епідемії серед СІН, що підтверджується як даними офіційної статистики, так і результатами дозорних епідеміологічних досліджень в окремих містах (мм. Харків, Херсон, Черкаси). Починаючи з 2008 року в Україні фіксується переважання статевого шляху передачі ВІЛ інфекції над парентеральним. Проте, на думку експертів, серед ВІЛ-позитивних осіб, які інфікувалися статевим шляхом, переважають особи, які мають сексуальні стосунки із споживачами ін'єкційних наркотиків. За таких умов, статеві партнери СІН, які не є споживачами ін'єкційних наркотиків, з одного боку, самі наражаються на ризик інфікуватися, а з іншого – виступають містками, через які ВІЛ може потрапляти до загального населення статевим шляхом.

Перша спроба опитування груп-містків, таких як водії-далекобійники, донори, клієнти ЖКС, трудові мігранти, працівники сфери розваг та відпочинку, була здійснена у 2002 році Українським інститутом соціальних досліджень імені О. Яременка. У 2005 році дослідження цих самих груп, а також клієнтів ЖКС, водіїв таксі та провідників потягів далекого сполучення було проведено Центром соціально-політичних досліджень (СОЦІС). Останнє дослідження показало значні поведінкові відмінності між різними групами-містками в обсязі споживання алкоголю та наркотиків, у практикуванні незахищених сексуальних контактів та схильності до множинних сексуальних контактів. Найбільшою мірою ці фактори були виявлені в групі клієнтів ЖКС, і серед них спостерігався найвищий відсоток ВІЛ-інфікування. У 2009

¹ У межах проекту ЮНІСЕФ “Розвиток управління, моніторингу, та оцінки національних програми ВІЛ/СНІДу в Україні, яка спирається на сучасні методи епідеміологічного нагляду”.

² Моніторинг поведінки представників груп-містків як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2005. – 31 с.

році в рамках дослідження серед клієнтів жінок секс-бізнесу було продовжено вивчення поведінкових практик цієї групи та здійснено тестування крові респондентів на ВІЛ та сифіліс. У 2010 році подібне дослідження проводиться серед українських трудових мігрантів.

У 2009 році також уперше в Україні було проведено зв'язане біоповедінкове дослідження серед статевих партнерів споживачів ін'єкційних наркотиків – СПСІН, які не вживають наркотиків. Рекрутинг статевих партнерів відбувався через споживачів ін'єкційних наркотиків, моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ серед яких відбувався паралельно з дослідженням серед статевих партнерів СІН. Дослідження проводилося в 6 містах України, де показники поширеності ВІЛ є досить високими: у Києві, Дніпропетровську, Кривому Розі, Запоріжжі, Сімферополі та Миколаєві.

Даний звіт містить аналіз поведінкових сексуальних практик та досвіду вживання наркотиків статевими партнерами СІН, рівня знань щодо шляхів передачі ВІЛ, участі в профілактичних програмах та доступності тестування на ВІЛ. Тестування на ВІЛ та сифіліс, яке відбувалося паралельно із опитуванням статевих партнерів, дозволило проаналізувати чинники інфікування ВІЛ.

Дослідження проводилося Українським інститутом соціальних досліджень ім. О. Яременка у співробітництві з Українським центром профілактики та боротьби зі СНІДом на замовлення МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».

МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» висловлює подяку членам Міжвідомчої робочої групи з питань моніторингу та оцінки ефективності виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу за допомогу в плануванні та підготовці до проведення даного дослідження, а також за коментарі до даних, наведених у Звіті. Альянс також вдячний канд. мед. наук, доценту Школи охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія» Т.І. Андреєвій за надання експертних коментарів. Надзвичайно важливим та цінним у проведенні дослідження та аналізі отриманих даних також є внесок незалежного консультанта з методології RDS п. Л. Джонсон.

МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Основною метою дослідження було вивчення поведінкових практик, рівня поширеності ВІЛ серед статевих партнерів споживачів ін'єкційних наркотиків, а також факторів які призвели до інфікування.

Гіпотези дослідження

1. Соціально-демографічні та поведінкові характеристики споживачів ін'єкційних наркотиків та їх статевих партнерів є подібними.
2. Серед статевих партнерів СІН є багато таких, що практикують небезпечні форми поведінки (не використовують презерватив під час сексуального контакту).
3. Серед статевих партнерів СІН рівень знань про те, де можна конфіденційно/анонімно пройти тест на ВІЛ, є низьким.
4. Статеві партнери СІН не знають про ВІЛ-статус свого статевого партнера.
5. Факторами інфікування ВІЛ статевих партнерів СІН є практика незахищеного сексу з партнером, який вживає наркотики, власний досвід вживання наркотиків ін'єкційним шляхом у минулому.

Вибіркова сукупність

У рамках дослідження було опитано 609 сексуальних партнерів споживачів ін'єкційних наркотиків в 6 містах України. Польовий етап тривав з 23 червня по 30 вересня 2009 р. Структура вибірки наведена у табл. 1.

Таблиця 1 Завдання щодо вибіркової сукупності

Місто	Фактична кількість опитаних сексуальних партнерів споживачів ін'єкційних наркотиків
м. Київ	57
м. Дніпропетровськ	29
м. Кривий Ріг	92
м. Запоріжжя	128
м. Сімферополь	153
м. Миколаїв	150
Разом	609

Відбір респондентів

Рекрутинг респондентів відбувався за допомогою споживачів ін'єкційних наркотиків, моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед яких проводився паралельно в цих містах. Після участі респондента-СІН у дослідженні, він отримував пропозицію запросити до участі у дослідженні свого статевого партнера. Критерієм включення в дослідження був досвід сексуальних стосунків із запрошеним партнером протягом останніх 3 місяців та відсутність у запрошених партнерів практик вживання наркотиків ін'єкційним шляхом протягом останніх 12 місяців.

Зв'язане дослідження

Опитування респондентів поєднувалося із тестуванням їхньої крові на ВІЛ та сифіліс із застосуванням швидких тестів. Для забезпечення можливості здійснення порівняльного аналізу ВІЛ-статусу респондента із серологічним статусом його статевого партнера, який вживає наркотики, фіксувався номер, через який простежувався зв'язок між партнерами.

Для кожного респондента були проведена дотестова консультація та післятестова консультація для тих, хто бажав отримати результат тесту. У разі виявлення позитивного результату тесту респонденти отримували направлення до місцевого центру профілактики та боротьби зі СНІДом для уточнення результату тесту.

Етичні засади дослідження

Протокол та інструментарій дослідження пройшов експертизу та отримав Висновок Комісії з професійної етики соціолога Соціологічної асоціації України стосовно програми дослідження. Епідеміологічний компонент дослідження отримав експертизу Комітету з питань медичної етики Інституту епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського АМН України.

Джерела помилок при розробці дизайну дослідження, конструюванні інструментарію та проведенні інтерв'ю

Головним джерелом можливої помилки в цьому дослідженні є визначення вибіркової сукупності. По-перше, практично неможливо визначити риси сукупності «сексуальних партнерів СІН». Наскільки ознака належності до популяції СІН є досить прозорою – це споживання наркотиків ін'єкційним шляхом, – настільки ж визначення популяції статевих партнерів СІН є проблематичним. Наявність сексуальних стосунків з СІН не виключає того факту, що сексуальний партнер СІН сам є СІН, а отже належить, скоріше, до популяції споживачів. У цьому дослідженні половину опитуваних становлять респонденти, які мають досвід вживання наркотиків у минулому: щонайменше 3 місяці тому. Фактори ризику серед таких партнерів та СІН мають бути подібними, а отже сумнівним є їх об'єднання в одну популяцію з не-СІН. З іншого боку, видалення таких партнерів СІН з вибірки зробило б картину непропорційною.

По-друге, в числі партнерів СІН можуть бути як постійні партнери, з якими СІН знайомий уже давно, так і випадкові, зустріч з якими відбулася напередодні. Для одних із цих партнерів зв'язок з СІН, який, можливо, розпочався

іще перед початком вживання наркотиків, триває значний період життя, для інших – це тільки одноразова пригода. Це означає, що одна група об'єднує підгрупи з надто різномірним рівнем ризику.

По-третє, згідно з даними, більшість СІН мали більше одного сексуального партнера протягом останніх 3 місяців. А отже підвибірка «перших партнерів», тобто, тих, яких привели для проведення інтерв'ю, є нерепрезентативною для всіх сексуальних партнерів СІН і, можливо, складалася під впливом якогось тенденційного фактора, наприклад, саморекрутациї, тобто відбору найбільш активних з числа партнерів або тих, чий стиль життя є наближеним до СІН.

І останнє: належність до популяції сексуальних партнерів СІН не має ніяких явних ознак, на відміну від споживачів наркотиків ін'єкційним шляхом. Потенційно всі статеві партнери, які не пов'язані з СІН шлюбним зв'язком, можуть виявитися випадковими знайомими, яких СІН-рекрутер запросив, розраховуючи на матеріальну винагороду.

На підсумок треба зазначити, що статеві партнери СІН не репрезентують жодної генеральної сукупності, а є пілотною групою для проведення розвідувального дослідження, для представлення проблеми дослідження, а не розподілів у «реальній сукупності».

Одним із джерел помилки при конструюванні запитальника стала плутаниця стосовно двох питань – поінформованості та особистого досвіду – при з'ясуванні того, які симптоми ІПСШ відомі респондентам. Так, запитання «Чи можете Ви назвати будь-які симптоми захворювань, що передаються статевим шляхом?» ніби стосується інформованості респондента. Проте інтимний характер запитань, фактичне підвищення рівня обізнаності з віком та варіація обізнаності за статтю наводять на думку про те, що знання стосовно відповідних захворювань набув із свого досвіду сам опитаний. Загалом, неможливо визначити, чи більша обізнаність є пов'язаною з особистим досвідом, досвідом знайомих, традицією обговорювати такі теми з близькими людьми чи з більш активною профілактичною роботою.

Іншим джерелом зниження якості інформації, отриманої від респондентів, є перевантаження запитальника запитаннями, які значною мірою дублюють одне одного. За свідченням інтерв'юєрів, це стало головним чинником невдоволеності та втомлюваності респондентів.

На думку інтерв'юєрів, проведення опитування літньої пори може спричинити зменшення частки молодих учасників через те, що багато молодіві-їжджає на відпочинок.

Підходи до аналізу

Кількісні та якісні змінні, відкриті питання та їх перекодування

Дані опитування містять у собі кілька змінних, які вимірювалися за метричною шкалою, у тому числі: вік респондента, вік початку статевого життя, час першого та останнього сексуального контакту з СІН, який запросив даного респондента до участі у дослідженні, кількість сексуальних партнерів різних типів тощо. Деякі із цих змінних було згруповано в категоріальні змінні з міркувань зручності презентації матеріалу. Зокрема, вік респондента було перекодовано в групи: 16–24 роки, 25–29 років, 30–34 роки та 35 років і старші з міркувань достатньої наповненості груп та необхідності окремого представлення неповнолітніх сексуальних партнерів СІН. Ця категоризація не збігається з такою серед

СІН (14–19, 20–24, 25–30, 35+), проте можливості зробити їх однаковими не було через малу кількість опитаних у віці 16–19 років.

Тривалість знайомства з СІН було обраховано на підставі двох змінних – дати першої зустрічі з ним та дати останнього сексуального контакту. Обидві змінні було перекодовано у кількість місяців, а потім обраховано різницю між ними. Отриману метричну змінну перекодовано в категоріальну змінну «Стаж за 4 категоріями: «до року», «1–2 роки», «3–4 роки», «5 років і більше» з міркувань достатньої наповненості груп.

Статистичні методи аналізу

1. Основні підходи до аналізу

Стосовно більшості розділів звіту дані обраховувалися за допомогою описової статистики – одномірних та двомірних розподілів, а в розділі 4 застосовано регресійне моделювання.

Головною залежною змінною аналізу є ВІЛ-статус респондента.

Головними змінними, за допомогою яких пояснюються варіація залежних змінних, є: стать, вік, регіон проживання, факт вживання наркотиків ін'єкційним шляхом у минулому та тривалість знайомства з СІН. Поширеність ВІЛ серед СПСІН пояснюється за допомогою змінної «ВІЛ-статус СІН», яку було імпортовано з масиву даних для СІН. Неосновними пояснювальними змінними є освіта та подружній статус. Ці змінні будуть застосовуватися як пояснювальні тільки до варіації обізнаності у сфері передачі ВІЛ та сексуальної поведінки.

Предметом аналізу також є кількість сексуальних партнерів різного типу, використання презерватива з різними категоріями сексуальних партнерів, кількість тестувань на ВІЛ, обізнаність про симптоматику ІПСШ та ВІЛ, факти лікування ІПСШ, відповіді на запитання про досвід тестування на ВІЛ та лікування ІПСШ, охоплення профілактичними програмами, а також суб'єктивна оцінка ризику інфікування ВІЛ для себе.

Деякі показники поведінки та знань серед статевих партнерів СІН порівнювались з такими ж показниками серед СІН, опитаних у тих же самих шести містах (Києві, Дніпропетровську, Кривому Розі, Запоріжжі, Сімферополі та Миколаєві).

2. Довірчі інтервали та значущість відмінностей

У звіті застосовано 95,4%-і довірчі інтервали для даних, розрахованих на національному рівні, які обраховано за допомогою статистичного пакета SPSS методом відкладення двох стандартних похибок від значення середнього.

Значущість усіх відмінностей у процентах між різними групами перевірялася за статистичними критеріями Хі-квадрата Пірсона за допомогою статистичного пакета ОСА.

Значущість відмінностей у середніх підраховувалася на основі t-критерію, за методом дисперсійного аналізу ANOVA, в пакеті SPSS.

Як критерій значимості використовувався p-value – ймовірність того, що значуча відмінність є незначимою. Вислів «різниця значуча, $p<0,01$ » означає, що відмінність є статистично значимою на рівні 1%, тобто ймовірність хибного визначення відмінності як незначимої становить 1%. Вислів «різниця значуча, $p<0,05$ » означає, що відмінність є статистично значимою на рівні 5%, а ймовірність хибного визначення відмінності як незначимої становить 5%. Вислів

«різниця незначуща, $p>0,05$ » слід розуміти так, що ця відмінність, попри її очевидність, може бути результатом похибки вимірювання, а ймовірність хибного визначення відмінності є з точки зору статистичної конвенції, великою.

3. Аналіз причинно-наслідкових зв'язків

З метою перевірки гіпотез щодо чинників інфікування ВІЛ, було побудовано статистичні багатовимірні моделі (логістичні регресії) відносного впливу різноманітних факторів на інфікування ВІЛ.

Метод логістичної регресії оснований на обрахуванні для ряду незалежних змінних (предикторів) ймовірності того, що певні респонденти потраплять до однієї з двох категорій. Ця ймовірність розраховується тільки в порівнянні з якоюсь групою, значення для якої приймаються за пункт віднесення. Такі групи називаємо референтними та відносимо до них одну групу з кожної змінної, де є більш ніж одна категорія відповіді. Наприклад, чоловіки є референтною групою для жінок; ті, хто не мав сексу протягом року, для тих, хто мав і т.п. Коефіцієнти логістичної регресії в нашій моделі являють собою оцінку шансу того, що ми знайдемо представників певної групи серед тих, хто є ВІЛ-інфікованим згідно з даними нашого зв'язаного дослідження.

Специфіка інтерпретації результатів логістичної регресії передбачає необхідність кодування усіх змінних, включаючи метричні, як бінарні (ті, що мають два значення, наприклад, «1» та «0»). Змінною у цьому аналізі є дані про результати тестування на ВІЛ: «1» – позитивний, «0» – негативний.

Коефіцієнти, представлені у звіті, так звані Exp (B), є вищими від «1», коли вони показують шанс для певної категорії потрапити до ВІЛ-інфікованих вищий, ніж у референтної групи; а коефіцієнти нижчі від «1» – коли ці шанси нижчі.

4. Обробка пропущених даних

У звіті подано відсотки респондентів, які дали змістовні відповіді на запитання анкети. У назві кожної таблиці подано кількість респондентів, яких стосується конкретне запитання анкети, за винятком тих, хто не дав відповіді на запитання. Якщо відсотки розраховувалися в групах (так звані двомірні таблиці), то в дужках подавався розмір групи, який слугував за 100%.

Розділ 1. Демографічні характеристики сексуальних партнерів СІН

Переважна більшість статевих партнерів СІН (76%) – жінки (табл. 1.1), що цілком відповідає частці чоловіків у популяції споживачів ін'єкційних наркотиків (75%) і вказує на те, що СІН запросили до опитування сексуальних партнерів протилежної статі.

Частка респондентів-СПСІН у віці до 19 років становить 5%. Серед популяції СІН з шести міст, де запрошували до опитування СПСІН, відповідна частка становить 2%, отже, частки наймолодших респондентів є практично однаковими в цих двох групах. Частка респондентів-СПСІН у віці 20–24 роки становить 12% у порівнянні з 11% серед СІН. Частка респондентів у віці 25–34 роки серед СПСІН становить 43%, відповідно серед СІН – 41,5%, частка респондентів у віці від 35 років також є статистично однаковою в обох вибірках: 40% проти 46%, статистична відмінність – незначуча.

До групи респондентів з початковою освітою увійшло 13% опитаних (це на 7% менше, ніж серед СІН, які мали привести сексуальних партнерів у визначених шести містах дослідження), відмінність статистично значуча, $p<0,05$. 71% опитаних мали середню освіту, вищу – 18%, відмінність від СІН статистично не значуча. Такий розподіл цілком відповідає розподілу освітніх рівнів серед загального населення України.

25% опитаних СПСІН становлять респонденти, що ніколи не були одруженими і не проживають разом із сексуальним партнером, а 75% проживають з постійним партнером, причому тільки одна п'ята є одруженими, а решта – перебуває в незареєстрованому шлюбі. Такий розподіл цілком відповідає структурі масиву СІН.

Більшість опитаних народилися в місті опитування (85% респондентів), 1,6% перебувають тимчасово, 0,2% проживають у місті опитування менше року, а ще 13,5% – більше року. Дані за цією ознакою не відрізняються від даних за масивом СІН.

Учні та студенти становлять разом 4,2% опитаних СПСІН. Серед СПСІН 27% мають постійні заробітки; це на 6% більше, ніж серед СІН із шести міст, де запрошували до опитування сексуальних партнерів, відмінність статистично не значуча. Ще 24,5% повідомляють про нерегулярні заробітки, серед СІН – 28,5%. Безробітні, домогосподарки, непрацездатні та інші категорії становлять разом 43%, причому безробітні складають – 29%, тоді як серед СІН їх – 35%, відмінність статистично незначуча.

Таблиця 2.1. Розподіл сексуальних партнерів СІН за статтю, віком, освітою, сімейним станом, місцем проживання та родом діяльності, абсолютні числа та відсотки

Стать	Кількість у вибірці	Частка у вибірці	95% довірчий інтервал
Чоловіча	144	23,6	20,2 – 27,0
Жіночча	465	76,4	73,0 – 80,0
Вік			
16–19	32	5,3	0,0 – 14,3
20–24	71	11,7	2,7 – 20,7
25–34	264	43,3	34,3 – 52,3
35+	242	39,7	30,7 – 48,7
Освіта			
Початкова	71	11,7	8,7 – 14,7
Середня	429	70,4	67,6 – 73,6
Вища	108	17,7	14,8 – 20,8
Сімейний стан			
Неодруженні, не живуть з сексуальним партнером	151	24,8	21,4 – 28,1
Одружені або проживають у громадянському шлюбі	457	75,2	71,8 – 78,6
Місце народження та проживання			
Народився в місті проживання	515	84,6	76,6 – 92,6
Перебуває тимчасово	10	1,6	0,0 – 9,6
Проживає менше року	1	0,2	0,0 – 8,2
Проживає більше року	82	13,5	5,3 – 21,5
Рід діяльності			
Учень школи	3	0,5	0,0 – 10,5
Учень ПТУ	5	0,8	0,0 – 10,8
Студент технікуму		5	0,8
Студент академії, університету	13	2,1	0,0 – 12,1
Постійна робота	162	26,6	16,6 – 36,6
Тимчасові заробітки	149	24,5	14,5 – 34,5
Безробітний (-а)	176	28,9	18,9 – 38,9
Займається домашнім господарством	64	10,5	0,5 – 20,5
На пенсії за інвалідністю	23	3,8	0,0 – 13,8
Інше	9	1,5	0,0 – 11,5
РАЗОМ	609	100,0	--

Важливою характеристикою СПСІН є рівень близькості їх стосунків із СІН. 89% СПСІН зазначили, що їх запросили СІН, які є їхніми постійними партнерами; 8% СПСІН були випадковими партнерами для СІН; 3% були комерційними партнерами, з них 2% платили за секс, а 1% – отримували винагороду за секс.

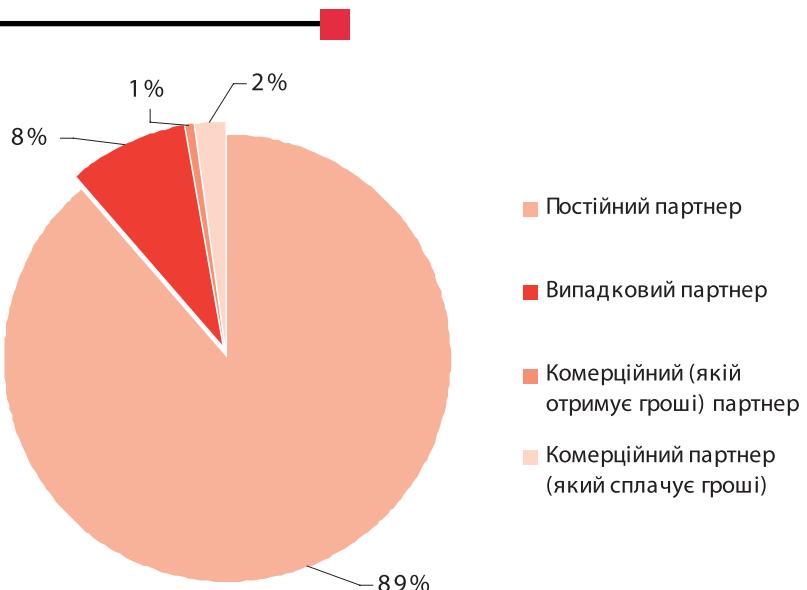


Рис. 2.1. Розподіл СПСІН за близькістю сексуальних контактів з СІН, відсотки

Респондентів-СПСІН запитували про те, як довго вони мали статеві контакти з СІН. Оскільки СІН є групою ризику, то можна припустити, що тривалість знайомства з ними спричиняє більш небезпечну поведінку СПСІН – вживання алкоголю, наркотиків та незахищений секс. Тому поведінкові параметри і захворюваність на ІПСШ та інфікування ВІЛ проаналізовані в залежності від тривалості сексуальних контактів з СІН.

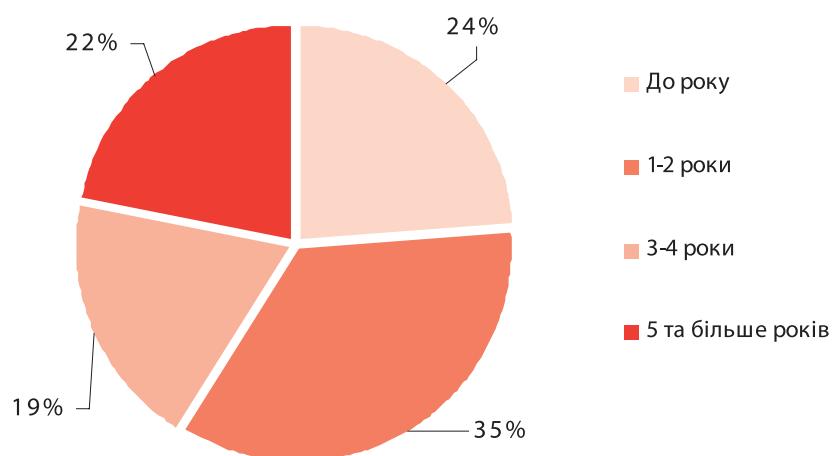


Рис. 2.2. Розподіл СПСІН за тривалістю сексуальних контактів з СІН, відсотки

Як видно з діаграми на рис. 2.2, респонденти розподілилися за ознакою стажу сексуальних контактів з СІН майже на рівні групи, що уможливлює їх порівняння за допомогою критеріїв статистичної значимості. Тільки група зі стажем знайомства 1–2 роки є трохи більшою (35%) за інші (19–24%).

Розділ 2. Рівень обізнаності з питань ВІЛ/СНІД

У цьому розділі висвітлюються питання рівня обізнаності статевих партнерів споживачів ін'єкційних наркотиків про шляхи передачі ВІЛ-інфекції, знання симптомів інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) та суб'єктивної оцінки ризику інфікування.

2.1. Знання щодо передачі ВІЛ-інфекції

Статеві партнери споживачів ін'єкційних наркотиків наражаються на небезпеку інфікування через сексуальні контакти із СІН, які могли бути інфіковані ін'єкційним шляхом. Крім того статевий шлях є «дверима», через які епідемія ВІЛ може поширитися за межі груп ризику на загальне населення. Тому виявлення рівня обізнаності статевих партнерів СІН є важливим задля розуміння, наскільки такі люди обізнані щодо шляхів передачі ВІЛ та усвідомлюють ризики, які можуть їм загрожувати.

Рівень обізнаності стосовно шляхів передачі ВІЛ-інфекції визначається за правильними відповідями на 5 запитань. Це такі запитання:

1. Чи можливо знизити ризик передачі ВІЛ, якщо мати статеві контакти лише з одним вірним, неінфікованим партнером?
2. Чи можливо уникнути інфікування ВІЛ, якщо правильно користуватися презервативом під час кожного сексуального контакту?
3. Чи може здорова на вигляд людина бути ВІЛ-інфікованою?
4. Чи можна інфікуватися ВІЛ, якщо пити по черзі з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною?
5. Чи можна інфікуватися ВІЛ через спільне з ВІЛ-інфікованою людиною користування туалетом, басейном, сауною?

Аналіз відповідей респондентів показав, що 63% опитаних статевих партнерів СІН дали правильні відповіді на всі п'ять основних запитань. Для порівняння: у шести містах, де були опитані статеві партнери СІН, частка СІН, які дали правильні відповіді на 5 запитань, становить 56%, ($p<0,01$). Нижче наведено детальний розподіл відповідей за кожним із цих запитань.

Таблиця 2.1.1 Обізнаність сексуальних партнерів СІН шодо шляхів передачі ВІЛ/СНІД – питання, які входять до ключового показника, (N=609), відсотки

Зміст запитань	Зміст відповідей	Усі опитані
Можна знизити ризик передачі ВІЛ, якщо мати статеві контакти лише з одним вірним, неінфікованим партнером	Так	87,5
	Ні	8,9
	Не знаю/Важко відповісти	3,6
Можна знизити ризик передачі ВІЛ, якщо правильно використовувати презерватив під час кожного сексуального контакту	Так	93,3
	Ні	3,9
	Не знаю/Важко відповісти	2,8
Здорова на вигляд людина може бути ВІЛ-інфікованою	Так	83,7
	Ні	7,2
	Не знаю/Важко відповісти	9,0
Можна інфікуватися ВІЛ, якщо пити по черзі з одної склянки з ВІЛ-інфікованою людиною	Так	5,4
	Ні	87,0
	Не знаю/Важко відповісти	7,5
Можна інфікуватися ВІЛ через спільне з ВІЛ-інфікованою людиною користування туалетом, душем, сауною	Так	8,2
	Ні	80,0
	Не знаю/Важко відповісти	11,8

Аналізуючи розподіл відповідей на кожне запитання ключового показника знання можемо бачити, що різні запитання є неоднаковими за складністю. Найбільш упевнені респонденти щодо запитання про можливість знизити ризик інфікування, якщо правильно користуватися презервативом під час кожного статевого контакту, – 93% правильних відповідей. Менш упевнені респонденти щодо можливості зниження ризику інфікування, якщо мати статеві контакти лише з одним вірним неінфікованим партнером, – 88%. Надалі кількість правильних відповідей спадає ще більше – 87% знають, що ВІЛ не передається, якщо пити з ВІЛ-інфікованою людиною з однієї склянки, 84% знають, що здорова на вигляд людина може мати ВІЛ, і 80% знають, що ВІЛ не можна інфікуватися, якщо користуватися спільним з ВІЛ-інфікованою людиною туалетом, саunoю, душем. Таким чином, можемо припустити, що опитані знають, як ВІЛ передається, але вже менш упевнені щодо того, як ВІЛ не передається. Відзначимо також зростання неправильних відповідей на останні три запитання.

Не було виявлено статистично значущих відмінностей між чоловіками та жінками. Єдине запитання, де була зафіксована різниця між статями, – чи може ВІЛ-інфікована людина виглядати здоровою. Стосовно цього запитання жінки суттєво частіше за чоловіків давали неправильні відповіді (блізько 5% у чоловіків проти 10% у жінок), відмінність є статистично значимою, $p < 0,01$. Не було виявлено також відмінностей щодо цих запитань між різними віковими групами.

**Таблиця 2.1.2 Показник обізнаності про шляхи передачі ВІЛ/СНІДу
в залежності від віку та місця проживання, відсотки**

Категорія	Відсотки
Вік	
16-24 (N=103)	48,5
25-29 (N=133)	63,9
30-34 (N=131)	72,5
35 (N=242)	64,0
Регіон	
Київ (N=57)	57,9
Дніпропетровська область (Дніпропетровськ, Кривий Ріг) (N=121)	34,7
Запоріжжя (N=128)	63,3
Сімферополь (N=153)	82,4
Миколаїв (N=150)	68,7
Вживання наркотиків ін’єкційним шляхом	
Вживали коли-небудь наркотики ін’єкційним шляхом	69%
Не вживали наркотики ін’єкційним шляхом	58%

17

Не було виявлено статистично значимої відмінності між чоловіками та жінками, а також між респондентами з різним рівнем освіти стосовно знань шляхів передачі ВІЛ. Наймолодша група найменше обізнана про ВІЛ/СНІД (48,5%, відмінність з іншими віковими групами статистично значуча, $p<0,01$). Решта груп між собою не відрізняються.

У регіональному розрізі статистично значущі відмінності зафіксовано між Києвом (58%) та Дніпропетровською областю, (35%) між Києвом та Сімферополем 82% ($p<0,01$). Значення показника обізнаності в Дніпропетровській області (мм. Дніпропетровськ та Кривий Ріг) значно нижче, ніж у решті регіонів ($p<0,01$), а значення в Сімферополі вище, ніж у Києві та Дніпропетровську.

Суттєво вищою є обізнаність щодо шляхів передачі ВІЛ серед тих статевих партнерів СІН, які мали досвід вживання наркотиків ін’єкційним шляхом. Показник обізнаності для цієї групи становить 69%. Для тих, хто не вживали наркотики, – 58%. Відмінність статистично значуча ($p<0,01$).

Не було виявлено статистично значущих відмінностей щодо рівня обізнаності в залежності від стажу знайомства із споживачем ін’єкційних наркотиків.

Крім 5 основних запитань щодо шляхів передачі ВІЛ, які проаналізовані вище, респондентам ставилися інші 5 запитань, які можуть допомогти одержати ширшу картину знань стосовно ВІЛ. Нижче наведений розподіл відповідей на ці запитання.

Таблиця 2.1.3 Обізнаність статевих партнерів СІН про шляхи передачі ВІЛ/СНІДу за статтю та віком (N=609), відсотки

Зміст запитань	Зміст відповідей	Усі опитані	Чоловіки (N=144)	Жінки (N=465)	16–24 (N=103)	25–29 (N=133)	30–34 (N=131)	35 (N=242)
Можна заразитися ВІЛ-інфекцією через укус комара	Так	7,1	6,9	7,1	14,6	3,8	7,6	5,4
	Ні	78,8	81,9	77,8	70,9	86,5	83,2	75,6
	Не знаю/ Важко відповісти	14,1	11,1	15,0	14,6	9,8	9,2	19,0
Можна інфікуватися ВІЛ, якщо користуватися голкою для ін'єкцій, яка була використана іншою людиною		100	100	100	100	100	100	100
	Так	94,9	95,8	94,6	95,1	96,2	96,9	93,0
	Ні	2,6	3,5	2,4	2,9	1,5	1,5	3,7
ВІЛ-інфекція може передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини під час вагітності	Не знаю/ Важко відповісти	2,4	0,7	3,0	2,0	2,3	1,6	3,3
		100	100	100	100	100	100	100
	Так	77,5	81,9	76,1	77,7	72,9	79,4	78,9
ВІЛ-інфекція може передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини при пологах	Ні	7,1	6,3	7,3	5,8	8,3	4,6	8,3
	Не знаю/ Важко відповісти	15,4	11,9	16,6	16,5	18,8	16,0	12,8
		100	100	100	100	100	100	100
ВІЛ-інфекція може передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини при годуванні дитини груддю	Так	79,8	79,2	80,0	71,8	78,2	87,0	80,2
	Ні	3,3	4,9	2,8	6,8	2,3	0,8	3,7
	Не знаю/ Важко відповісти	16,9	16,0	17,2	21,3	19,6	12,2	16,2
		100	100	100	100	100	100	100
	Так	69,5	64,6	71,0	64,1	66,9	72,5	71,5
	Ні	6,7	8,3	6,2	11,7	5,3	5,3	6,2
	Не знаю/ Важко відповісти	23,8	27,1	22,8	24,3	27,8	22,1	22,3
		100	100	100	100	100	100	100

Найбільш упевнені респонденти стосовно можливості зараження, якщо користуватися спільною голкою для ін'єкцій (95%), далі з великим відставанням іде запитання про можливість передачі ВІЛ від матері до дитини під час пологів (80%). Ще нижчою (79%) є обізнаність респондентів про те, що ВІЛ не передається через укус комара. Знають, що ВІЛ може передатися від матері до дитини під час вагітності, 78% респондентів. Найменша частка респондентів дали правильну відповідь на запитання про передачу ВІЛ при годуванні дитини груддю – 70%.

Відмінність між чоловіками та жінками була виявлена тільки стосовно запитання про передачу ВІЛ від матері до дитини при годуванні груддю – знація жінок є значно вищими ніж чоловіків ($p<0,01$).

Опитані віком від 25 до 29 років продемонстрували найвищий відсоток правильних відповідей на запитання стосовно передачі ВІЛ через укус комара – 87%; статистично значимою є відмінність між наймолодшою ($p<0,01$) та найстаршою ($p<0,05$) віковими групами. Відзначимо також більшу обізнаність респондентів віком 30–34 років щодо передачі ВІЛ від матері до дитини при пологах: 87% опитаних цієї вікової групи дали правильні відповіді на це запитання (статистично значуща відмінність спостерігається щодо наймолодшої вікової групи, яка продемонструвала найменший відсоток правильних відповідей – 72%, $p<0,01$).

Не було виявлено суттєвих відмінностей між респондентами різного віку щодо запитання про передачу ВІЛ при годуванні груддю. Жодних відмінностей не було зафіковано між респондентами різного віку та статі щодо передачі ВІЛ під час вагітності.

2.2. Суб'єктивна оцінка ризику інфікування ВІЛ

Нижче на рис. 2.2.1 представлено розподіл відповідей респондентів (за виключенням тих, хто ще до дослідження знав про свій ВІЛ-позитивний статус) на запитання про реальність ризику бути інфікованим ВІЛ.



Рис. 2.2.1. Розподіл відповідей на запитання «Як Ви вважаєте, якою мірою реальним особисто для Вас є ризик інфікування ВІЛ?» (N=540), відсотки

Найбільш численною є група респондентів, які вважають для себе мало/мовірним бути інфікованими, – 30%, ще 24% розглядають вірогідність бути інфікованими як п'ятдесят на п'ятдесят. Цілком і дуже реальним ризик для

себе вважать майже 26% опитаних. Загалом, можна сказати, що опитані респонденти (за виключенням тих, хто знав про свій позитивний ВІЛ-статус ще до дослідження) почуваються відносно безпечно.

На оцінку власного ризику інфікування значною мірою впливає факт вживання респондентом коли-небудь наркотичних речовин ін'єкційним шляхом, що видно з розподілу відповідей, поданого в табл. 2.2.1.

Таблиця 2.2.1 Суб'єктивна оцінка ризику інфікуватися ВІЛ у залежності від факту вживання наркотиків ін'єкційним шляхом

	Вживав/ла коли-не будь наркотики ін'єкційним шляхом (N=242), відсотки	Не вживав/ла коли-не будь наркотики ін'єкційним шляхом, (N=292), - відсотки
Цілком реальний	19,0	11,7
Дуже реальний	15,3	7,4
П'ятдесят на п'ятдесят	23,1	24,2
Малоймовірно	24,0	34,6
Мені це абсолютно не загрожує	5,8	13,4
Інше	0,2	0,7
Важко відповісти	12,0	8,1

Дані свідчать про те, що статеві партнери СІН, які мають досвід вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, в основному оцінюють свій ризик інфікування ВІЛ як малоймовірний (24%) (відмінність від тих, хто ніколи не вживав наркотики, – 35% – статистично значуща на рівні 1%, $p<0,01$) та п'ятдесят на п'ятдесят (23%) (відмінність від тих, хто ніколи не вживав наркотики ін'єкційним шляхом, статистично не значуща). Цілком і дуже реальним вважають ризик інфікування 19% і 15% тих, хто вживав наркотики, проти 12% та 7% тих, хто не вживав (відмінності статистично значущі, в першому випадку на рівні 5%, $p<0,05$, а в другому на рівні 1%, $p<0,01$). Абсолютно безпечно почуваються 6% тих, хто вживав коли-небудь наркотики, проти 13% тих, хто не вживав (відмінність значуща, $p<0,01$).

Дані опитування не дозволяють стверджувати, що більшість респондентів, які вживали коли-небудь наркотики ін'єкційним шляхом, оцінюють свій ризик інфікуватися ВІЛ як високий (таких є трохи більше 34%), проте можна робити висновок про те, що факт вживання наркотиків суттєво підвищує усвідомлення ризику порівняно із тими, хто ніколи не вживав наркотики. Ці дані цілком узгоджуються з розподілом відповідей на запитання показника знання, згідно з яким ті респонденти, котрі коли-небудь вживали наркотики, є значно більш обізнаними.

2.3. Знання симптомів ІПСШ

На запитання про відомі симптоми захворювань на хвороби, що передаються статевим шляхом відповіли всі 609 респондентів, 13% не відзначили жодних проявів венеричних захворювань. Нижче наведено розподіл відповідей на запитання про те, які симптоми захворювань відомі респондентам.

Таблиця 2.3.1. Розподіл відповідей стосовно симптомів хвороб, що передаються статевим шляхом, (N=609), відсотки

Симптоми:	Відсотки
...ниючий біль у низу живота	8,4
...виділення зі статевих органів	56,7
...виділення, які мають запах (неприємний запах)	35,5
...печія та свербіж при сечовипусканні	32,5
...висип, виразки на статевих органах	44,3
...збільшення пахових лімфовузлів, набряки в паховій ділянці	7,7
...свербіж у ділянці статевих органів	27,1
...підвищення температури тіла, погіршення загального стану	6,7
...біль та неприємні відчуття під час статевого акту та ерекції	15,3
...інше	1,5
... немає відповіді	13,6

Найчастіше респонденти відзначали «виділення зі статевих органів» (57%), «висипи, виразки на статевих органах» (44%), «виділення, які мають запах (неприємний запах)» (35%) «печія та свербіж при сечовипусканні» (32%) «свербіж у ділянці статевих органів» (27%). Рідше за інші відповіді респонденти вказували на «біль та неприємні відчуття під час статевого акту та ерекції» (15%), «ниючий біль у низу живота» (8%) «підвищення температури тіла, погіршення загального стану» (7%), «збільшення пахових лімфовузлів, набряки в паховій ділянці» (8%) та інші прояви (1,5%). Нижче (табл. 2.3.2, 2.3.3, 2.3.4) наводиться розподіл відповідей про симптоми в залежності від статі, віку та міста проживання респондентів.

21

Таблиця 2.3.2. Розподіл відповідей про симптоми статевих захворювань за статтю респондента, (N=609), відсотки.

Симптоми:	Чоловіки (N=144)	Жінки (N=465)
...ниючий біль у низу живота	5,6	9,2
...виділення зі статевих органів	60,4	55,5
...виділення, які мають запах (неприємний запах)	20,8	40,0
...печія та свербіж при сечовипусканні	32,6	32,5
...висип, виразки на статевих органах	34,7	47,3
...збільшення пахових лімфовузлів, набряки в паховій ділянці	11,1	6,7
...свербіж у ділянці статевих органів	22,2	28,6
...підвищення температури тіла, погіршення загального стану	8,3	6,2
...біль та неприємні відчуття під час статевого акту та ерекції	21,5	13,3
...інше	2,1	1,3
...немає відповіді	10,4	14,6

Дані свідчать, що жінки частіше за чоловіків називали такі симптоми, як «виділення, які мають запах (неприємний запах)» (40% проти 21%) та «висип, виразки на статевих органах» (47% проти 35%), відмінності значущі, $p<0,01$. Натомість чоловіки частіше згадували такі симптоми, як «біль та неприємні відчуття під час статевого акту та ерекції» (майже 22% проти 13% у жінок), відмінність статистично значуча, $p<0,05$. Щодо частоти згадування решти симптомів не було зафіковано статистично значущих відмінностей між чоловіками та жінками.

Таблиця 3.3.3 Розподіл відповідей про симптоми статевих захворювань за віковими групами, відсотки.

Симптоми:	16-24 років (N=103)	25–29 ро- ків (N=133)	30–34 роки (N=131)	35 років (N=242)
...ниючий біль у низу живота	12,6	4,5	11,5	7,0
...виділення зі статевих орга- нів	48,5	63,2	59,5	55,0
...виділення, які мають запах (неприємний запах)	24,3	30,8	36,6	42,1
...печія та свербіж при сечо- випусканні	24,3	32,3	33,6	35,5
...висип, виразки на статевих органах	31,1	49,6	46,6	45,9
...збільшення пахових лім- fovузлів, набряки в паховій ділянці	3,9	6,8	5,3	11,2
...свербіж у ділянці статевих органів	20,4	27,1	22,1	32,6
...підвищення температури тіла, погіршення загального стану	4,9	7,5	6,1	7,4
...біль та неприємні відчу- ття під час статевого акту та ерекції	9,7	7,5	20,6	19,0
...інше	1,9	3,0	0,8	0,8
...немає відповіді	31,1	12,8	12,2	7,4

Аналізуючи дані таблиці, можна виділити дві основні групи симптомів: ті, які респонденти починають частіше згадувати з віком, і ті, згадування про які не залежать від віку. Крім того, один із симптомів – («ниючий біль у низу живота») стоїть окремо, оскільки з віком його починають згадувати, навпаки, рідше. Стосовно першої групи симптомів відзначимо, що частота згадувань про них зростає в основному від першої до другої вікової групи, а між групами 25–29, 30–34 та 35 років і старше статистично значущих відмінностей не спостерігається.

До першої групи симптомів належать «виділення із статевих органів» (частота згадувань зростає від 49% у віковій групі 16–24 роки до 63% у групі 25–29 років; відмінність між цими групами статистично значуча, $p<0,01$), «виділення, які мають неприємний запах» (частота згадувань зростає від 24% у наймолодшій групі до 42% у найстаршій, відмінності між наймолодшою і старшими статистично значущі, $p<0,05$ і $p<0,01$), «висип, виразки на статевих органах» (найменше згадують наймолодші респонденти – 31%,

після 25 років частота згадувань зростає до майже 50% у групі 25–29 років, відмінність статистично значуща, $p<0,01$), «свербіж у ділянці статевих органів» (статистично значуща відмінність зафіксована тільки між наймолодшою і найстаршою віковими групами, $p<0,05$), «біль та неприємні відчуття під час статевого акту та ерекції» (від 10% у наймолодшій групі до 21% у групі 30–34 роки і дещо спадає у найстаршій віковій групі).

Варто зупинитися на симптомі «ниючий біль у низу живота»: наймолодша вікова група відносно частіше за інших називала цей симптом (13% порівняно із 4,5% для вікової групи 25–29 років, відмінність статистично значуща, $p<0,05$). Це може бути пояснене тим, що старші респонденти починають вирізняти більш конкретні симптоми, тоді як ниючий біль у низу живота є загальним проявом захворювання.

Друга група складається із симптомів, частота згадувань яких не залежить від віку: «збільшення пахових лімфовузлів, набряки в паховій ділянці» і «підвищення температури тіла та погіршення загального стану». Між різними віковими групами немає суттєвих відмінностей щодо частоти згадувань цих симптомів.

Зауважимо, що кількість респондентів, які не назвали жодного симптуму, зменшується з віком – від 31% серед наймолодшої вікової групи до 7% серед респондентів віком 35 років (відмінність між наймолодшою групою і рештою груп статистично значуща, $p<0,01$).

Обізнаність респондентів щодо симптомів ІПСШ в регіональному розрізі ми аналізували за середньою кількістю названих симптомів, оскільки невелика кількість опитаних у кожному регіоні в більшості випадків не дозволяє робити статистично значущі висновки на основі відсоткового розподілу. Класифікація регіонів була здійснена згідно з розрахунком статистично значущих відмінностей за допомогою дисперсійного аналізу, використовуючи метод множинних порівнянь за критерієм Бонфероні (ANOVA).

Таблиця 2.3.4 Середня кількість симптомів, яку називали респонденти, розподіл за регіонами.

Місто	Середня кількість симптомів
Київ	2,3
Дніпропетровська область (Дніпропетровськ та Кривий Ріг)	2,7
Запоріжжя	1,7
Сімферополь	2,1
Миколаїв	2,8
В середньому	2,3

Як можна побачити з даних табл. 2.3.4, в Миколаєві та двох містах Дніпропетровської області називають найбільше симптомів – 2,8 та 2,7 відповідно. У Запоріжжі кількість названих симптомів є найменшою – 1,7. Водночас, у цьому місті, як і в Києві, спостерігається найвищий рівень відсутності відповіді стосовно ІПСШ (21,9% в Запоріжжі і 28% в Києві, відмінність від Сімферополя (12%) та Миколаєва (9%) статистично значуща, $p<0,01$, але, в той же час, між самими цими містами різниця не є значимою). Отже в Сімферополі знають найменше симптомів, а в Києві, хоча і менша частка дає змістовні відповіді, проте ті, хто називає симптомами, називають їх більше.

У двох містах – Києві і Сімферополі – в середньому називали 2,1–2,3 симптому.

Можна припустити, що в Миколаєві статеві партнери СІН найбільш обізнані щодо симптомів ІПСШ – вони зазначили в середньому найбільшу кількість симптомів і в них порівняно найменше випадків відсутності відповідей.

2.4. Охоплення профілактичними програмами

У цьому підрозділі ми зосереджуємося на охопленні статевих партнерів СІН профілактичними програмами. Охоплення профілактичними програмами статевих партнерів СІН маємо змогу оцінити за такими показниками, як отримання презерватива та знання, про те, де можна пройти тестування на ВІЛ.

Усього 5% від усіх опитаних (33 особи) повідомили про те, що протягом останніх 12 місяців отримували безкоштовно презервативи та знають, де можна пройти тестування на ВІЛ. Це в 9 разів менше, ніж частка охоплення профілактичними програмами СІН (46,5%), незважаючи на той факт, що для розрахунку показника охоплення для СІН ставиться ще одне запитання – про безкоштовне отримання шприців, яке могло знищити показник охоплення в порівнянні із статевими партнерами СІН.

У той же час майже 78% опитаних знають, де можна пройти тестування на ВІЛ. Оскільки на запитання про місце, де можна пройти тест на ВІЛ, відповіли всі респонденти, то маємо можливість провести більш детальний аналіз відповідей на це запитання. Нижче в табл. 2.4.1 наводимо розподіл відповідей на це запитання в залежності від віку та часу знайомства з СІН.

Таблиця 2.4.1 Розподіл відповідей на запитання «Чи знаєте, куди слід звернутися, якщо хочете пройти тест на ВІЛ?» в залежності від віку та стажу знайомства з СІН, N=604, відсотки

Категорія	Так, відсотки	Ні, відсотки	Немає відповіді, відсотки
Вік			
16–24 роки (N=103)	63,1	36,9	0
25–29 років (N=133)	86,5	12,0	1,5
30–34 роки (N=131)	83,2	16,8	0
35 і більше років (N=242)	73,6	25,2	1,2
Стаж знайомства з СІН			
До 1 року	87,6	10,3	2,1
1–2 роки	73,3	26,2	0,5
3–4 роки	79,5	20,5	0
5 років і більше	68,2	31,1	0,8

Аналізуючи дані таблиці, слід зазначити, що рівень знань про те, де можна пройти тестування на ВІЛ, є найнижчим серед наймолодших респондентів (63%), статистично значуща відмінність ($p<0,01$) спостерігається за усіма іншими віковими групами, окрім найстаршої. Найбільш обізнаними виявилися респонденти у віці від 25 до 29 років: 87% цієї вікової підгрупи знають,

де можна пройти тестування на ВІЛ (статистично значуща відмінність від решти вікових груп, крім 30–34, на рівні 1%, $p<0,01$).

Дані свідчать, що серед тих респондентів, які мають стосунки із СІН менше року, суттєво більше обізнаних щодо місць, де можна пройти тест на ВІЛ, ніж серед інших груп (статистично значуща відмінність спостерігається між цією групою та тими, хто знайомий із СІН 3–4 роки і 5 років і більше, $p<0,01$). Відповідно, ті, хто має стосунки із СІН 5 років і більше, продемонстрували найнижчий рівень обізнаності щодо місць, де можна пройти тестування (значуща відмінність з іншими групами $p<0,01$).

Не було виявлено статистично значущих відмінностей між чоловіками та жінками, між респондентами з різним рівнем освіти, та між тими, хто проживає в різних регіонах, щодо обізнаності, де можна пройти тест на ВІЛ.

Розділ З. Споживання алкоголю та наркотиків серед сексуальних партнерів СІН

3.1. Практика вживання алкоголю

Досвід вживання алкоголю протягом останніх 30 днів мали 68% опитаних СПСІН. Для порівняння: споживання алкоголю серед СІН з шести міст, де проводилося опитування сексуальних партнерів, становить 81%, відмінність значуща, $p<0,01$. Причому ця відмінність не пояснюється тим, що популяція СПСІН є більш «жіночою», ніж СІН, адже споживання алкоголю серед жінок і чоловіків СПСІН є практично однаковим.



Рис. 3.1.1. Споживання алкоголю протягом останніх 30 днів серед сексуальних партнерів СІН, (N=609), відсотки

Серед усіх опитаних СПСІН 11% вживали алкоголь щодня, 27% – один-два рази на тиждень, 26% – один-два рази на місяць, 4% не змогли дати відповіді на запитання.

Вживання алкоголю є поширеним серед СПСІН незалежно від того, вживали вони наркотики чи ні.

3.2. Практика вживання наркотиків

Незважаючи на той факт, що критерієм включення в дослідження статевих партнерів СІН була відсутність досвіду вживання наркотиків ін’єкційним шляхом, до дослідження були допущені респонденти, які мали досвід вживання наркотиків в минулому, але не мали практики вживання наркотиків ін’єкційним шляхом упродовж останніх 4 місяців. Таких виявилося майже половина опитаних (288 осіб).

Загалом 47% СПСІН вживали наркотики ін’єкційним шляхом будь-коли в житті. Як видно на рис.3.2.1, 13% опитаних СПСІН останній раз вживали наркотики ін’єкційним шляхом 4–6 місяців тому, 11% – 7–12 місяців тому, а 24% – більше року тому.

Загалом 47% СПСІН вживали наркотики ін'єкційним шляхом будь-коли в житті. Як видно на рис.3.2.1. 13% опитаних СПСІН останній раз вживали наркотики ін'єкційним шляхом 4-6 місяців тому, 11% – 7-12 місяців тому, а 24% – більше року тому.

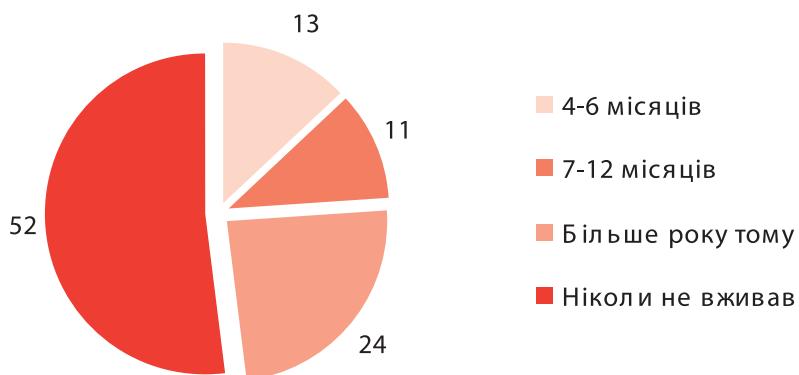


Рис. 3.2.1. Розподіл відповідей на питання «Коли Ви вживали наркотики ін'єкційним шляхом останній раз?», (N=609), відсотки

Споживання наркотиків траплялося у минулому частіше серед чоловіків (73%), ніж серед жінок-СПСІН (60%), $p<0,01$; значно рідше серед СІН у віці до 24 років (26%), ніж серед усіх старших категорій, $p<0,01$. Найчастіше споживали у минулому наркотики СПСІН у віці від 35 років – 56%, відмінність з групами 25–34 років – статистично значуча, $p<0,05$.

СПСІН із Сімферополя та Миколаєва значно частіше вживали наркотики у минулому (65% та 55%, відповідно), ніж СПСІН з Дніпропетровської області, $p<0,05$, та Запоріжжя (28%), $p<0,01$. У табл. 3.2.1. наведені відповіді респондентів щодо досвіду вживання наркотиків.

Таблиця 3.2.1. Частка СПСІН, які будь-коли вживали наркотики ін'єкційним шляхом, за статтю, віком та місцем проживання, (N=609), відсотки

Стать	
Чоловіки	72,8
Жінки	60,2
Вік	
16–24	26,2
25–29	45,1
30–34	49,6
35+	56,2
Місце проживання	
Київ	36,8
Дніпропетровська обл. (Дніпропетровськ, Кривий Ріг)	41,3
Запоріжжя	28,1
Сімферополь	64,7
Миколаїв	54,7

Практики використання стерильного інструментарію

10,7% (31 опитаних) із тих, хто мав досвід вживання наркотиків ін'єкційним шляхом впродовж останніх 12 місяців, використовували шприц, яким до цього хтось уже зробив собі ін'єкцію. Варто відмітити значну кількість респондентів, які ухилилися від відповіді, посилаючись на те, що вони не пам'ятають (2,4%) або просто не знають, що відповісти (18%). Якщо з міркувань уникнення помилки перебільшення безпечної поведінки їх відповіді віднести до ствердних, то частка ризикованої поведінки збільшиться утричі і сягне 31%.

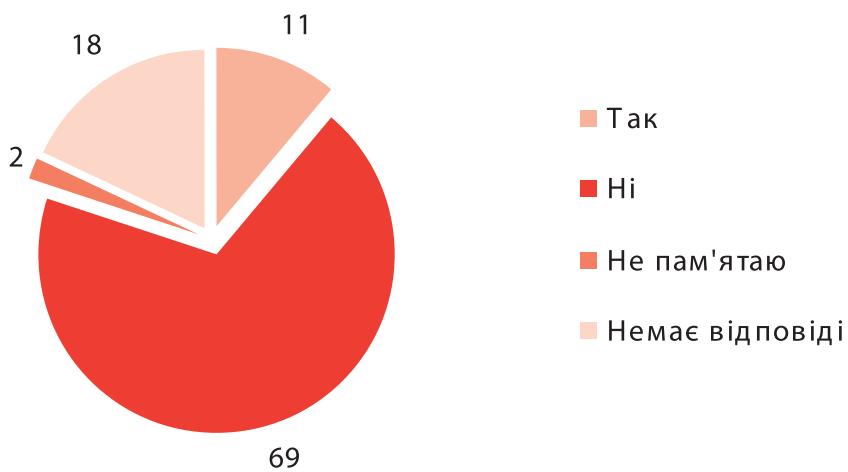


Рис. 3.2.1. Розподіл відповідей на запитання «Чи робили Ви впродовж останніх 12 місяців ін'єкцію шприцом, яким до цього зробила ін'єкцію інша людина?» (N=288), відсотки

Через незначну кількість осіб, які практикували зазначену вище небезпечну ін'єкційну поведінку (31 особа), аналіз розподілу відповідей щодо спільноговикористання інструментарію не має сенсу. Можна тільки зазначити, що 20 осіб робили це з другом або добрым знайомим, а 12 – з постійним сексуальним партнером.

Щодо досвіду вживання наркотиків неін'єкційним шляхом, то 63% опитаних зазначили, що мали такий досвід. Вживання наркотиків неін'єкційним шляхом, так само як і ін'єкційне споживання, більше поширене серед СПСІН-чоловіків.

Усупереч нашій гіпотезі про те, що на ризик інфікування впливає тривалість стосунків із СІН, група СПСІН, сексуальні зв'язки яких із СІН тривали менше року, демонструють більше факторів ризику, ніж ті, хто має зв'язок із СІН довший час.

Так, серед СПСІН, що підтримували стосунки з СІН від декількох днів до декількох місяців, більше тих, хто вживав наркотики будь-коли в житті, ніж серед тих, хто мав такі зв'язки рік та більше, хоча статистично значуща відмінність спостерігається тільки з групою СПСІН, зв'язки яких тривають 5 років і більше.

Крім того, СПСІН, які мали стосунки з СІН декілька місяців або рік, раніше розпочинали сексуальні стосунки, ніж СПСІН, що підтримували зв'язок з СІН декілька років.

Дослідження також показало, що ті респонденти, котрі мають сексуальні контакти з СІН нещодавно, трохи частіше вживають алкоголь (відмінність статистично не значуща), мали більшу кількість статевих партнерів протягом року (відмінність першої групи від інших значуща, $p<0,01$) та більше ви-

падкових і комерційних партнерів (відмінність першої групи від інших статистично значуща, $p<0,01$). Причому ці відмінності не пояснюються виключно молодшим віком тих СПСІН, котрі підтримували сексуальні контакти з СІН протягом недовгого часу. Щоправда ті, хто має такі контакти 5 років і більше, є значимо старшими від тих, хто підтримував такі зв'язки до 2 років, проте в усіх групах СПСІН є старшими за 30 років, і варіація не є великою. Отже можна припустити, що відбуваються досить швидкі поколінні зміни, суттю яких є те, що нові партнери СІН демонструють ризикованишу поведінку, що робить їх більш подібними до СІН за стилем життя.

Таблиця 3.2.2. Соціально-демографічні та поведінкові характеристики СПСІН за тривалістю їх зв'язку з СІН, відсотки та середні у кожній групі за стажем

Частки та середні в групах	До року	1–2 роки	3–4 роки	5 років та більше
Жінки	80,7	78,6	70,1	74,2
Вік СПСІН у роках	30,3	32,1	33,3	36,1
Вік початку статевого життя у роках	15,9	15,8	16,7	16,8
Відсоток тих, хто будь коли вживав наркотики	53,8	47,1	45,3	41,7
Відсоток тих, хто вживав алкоголь протягом 30-ти днів	71,7	67,1	64,1	68,2
Сімейний стан				
Неодруженні, не живуть з сексуальним партнером	41,0	26,7	18,8	9,8
Одружені або проживають у громадянському шлюбі	59,0	73,3	81,2	90,2
Кількість сексуальних партнерів протягом року				
Один партнер, відсотки	29,8	58,5	70,4	69,7
Два і більше партнерів, відсотки	70,2	41,5	29,6	30,3
Рівень близькості зв'язку з СІН, які запросили СПСІН до опитування				
Постійний партнер	74,5	87,6	94,9	95,5
Випадковий партнер	17,2	9,5	3,4	1,5
Комерційний партнер	6,9	2,4	0,9	0,8

* Жирним шрифтом позначено ті величини, які значимо відрізняються від інших у рядку на рівні 1%, а курсивом – ті, які відрізняються значимо на рівні 5%.

Треба також відмітити, що, хоча більшість СПСІН і називає своїх партнерів постійними, частка одружених СІН варіює від 59% у групі тих, що підтримували зв'язок з СІН декілька місяців, до 90% СПСІН, зв'язки яких тривають 5 років і більше; відповідно – неодружених – від 41% до 10%. Це означає, що тепер партнери СІН частіше називають постійними тих партнерів, з якими не проживають разом.

Розділ 4. Сексуальна поведінка

Структура цього розділу є дещо ускладненою, що пояснюється логікою дослідницького інструментарію. Запитання про використання презервативів під час останнього статевого контакту мали різний рівень узагальнення та стосувалися різних типів ризикованості незахищених контактів. Спочатку респондентів запитували, чи вони використовували презерватив під час останнього статевого контакту. Це запитання слугує базою для розрахунку Національного показника безпечної поведінки, воно ставиться в опитуваннях усіх груп ризику, і відповіді на нього виступають порівняльними до відповідей в інших групах ризику та групах-містках. Тому його проаналізовано у підрозділі «4.1. Загальні відомості про статеве життя». Потім респондентів запитували, чи використовували вони презерватив під час останнього статевого контакту з партнером-СІН, який запросив респондента до інтерв'ю. Сексуальний контакт із СІН є окремим випадком усіх сексуальних контактів, про які йшлося в запитанні «під час останнього контакту». Але оскільки невідомо, з яким саме партнером був останній сексуальний контакт респондента, з СІН чи не-СІН, то зіставляти відповіді на ці два запитання – останній сексуальний контакт взагалі та контакт із СІН-рекрутером – недоцільно. Як відмінність, так і подібність цих показників важко інтерпретувати. Питання про останній сексуальний контакт з СІН-рекрутером є дуже специфічним, доцільним саме для дослідження цієї групи-містка, адже показує рівень ризику для загального населення, який являє собою контакт з партнером-СІН. Тому питанню про використання презерватива під час статевих контактів із СІН приділяється особлива увага в цьому розділі.

Подальші запитання про використання презервативів стосуються різних типів партнерів, які були в респондентів протягом останніх трьох місяці, не врахуючи того сексуального партнера, який запросив респондента до інтерв'ю. Отже ці запитання стосувалися набагато меншої сукупності опитаних, тих, у кого були ще якісь партнери окрім партнера-СІН (262 особи). Їх метою був порівняльний аналіз ризику, який становить незахищений контакт з постійним, випадковим та комерційним партнером. Групою, з якою доцільно порівнювати поведінку цих підгруп респондентів, є ті респонденти, які взагалі не мали сексуальних контактів протягом трьох місяців, тобто наражаються на менший ризик зараження через статевий контакт. Але така група відсутня в цьому дослідженні. Решта опитаних мали одного партнера, але цим партнером був СІН, цей контакт також є ризикованим з точки зору зараження ВІЛ. Отже ця група не може бути порівняною з тими, хто мав інших партнерів крім СІН-рекрутера, тому що фактори інфікування через незахищений сексуальний контакт із СІН та незахищені контакти з кількома партнерами накладаються один на

одного і ускладнюють інтерпретацію. Тому випадки використання презервативів з іншими сексуальними партнерами окрім партнера-СІН, який запрошив респондента, також аналізуються окремо.

4.1. Загальні відомості про статеве життя респондентів-СІН та СПСІН

Початок сексуального життя більшості респондентів припадає на 16–17 років. Порівняльний аналіз початку статевого життя споживачами наркотиків та їхніх партнерів (рис. 4.1.1), показує, що СІН розпочали статеве життя раніше, ніж СПСІН. Якщо більшість СІН розпочали його у віці 14–16 років, то більшість СПСІН розпочали його у 16–17 років. Середній вік початку статевого життя серед СІН становить 15,4 року, тоді як серед СПСІН – 16,2, відмінність значуча, $p<0,01$. Ця відмінність тільки почасти пояснюється тим, що серед СПСІН більшість – жінки, які починають загалом статеве життя пізніше.

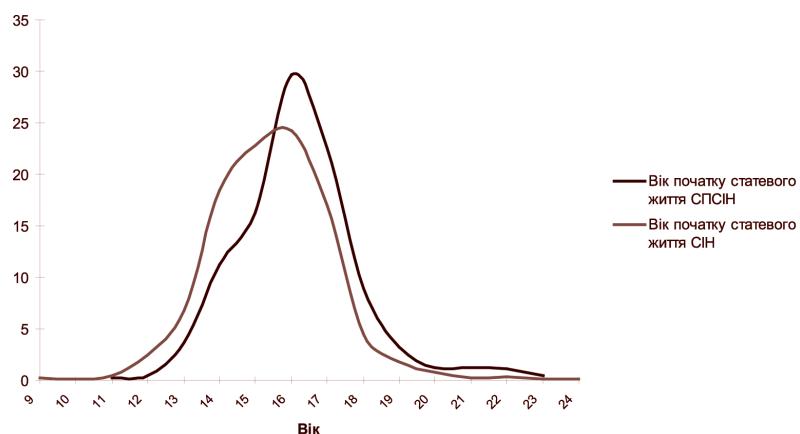


Рис. 4.1.1. Вік початку сексуального життя серед СПСІН та СІН, відсотки

З метою оцінки загального рівня небезпечності сексуальної поведінки, респондентів запитували про кількість сексуальних партнерів, яких вони мали протягом року. 56% відсотків відповіли, що мали сексуальні стосунки тільки з одним партнером, 44% – що з двома і більше партнерами. Частка тих, хто мав більше одного статевого партнера, є більшою серед чоловіків.

Таблиця 4.1.1. Використання презервативу під час останнього статевого акту, розподіл за статтю, віком, вживанням ін'єкційних наркотиків, відсотки

Кількість партнерів			
	Одного	Більше одного	Разом
Чоловіки (N=144)	46,5	53,5	100,0
Жінки (N=465)	59,3	40,7	100,0
Стаж зв'язку з СІН у роках			
До одного року (N=145)	29,8	70,2	100,0
1–2 роки (N=210)	58,5	41,5	100,0
3–4 роки (N=117)	70,4	29,6	100,0
5+ років та більше (N=132)	69,7	30,3	100,0
Разом	56,5	43,5	100,0

Як бачимо, чоловіки більше склонні до багатопартнерних зв'язків (53,5%), ніж жінки (40,7%), відмінність статистично значуща, $p<0,01$. Як це вже було зазначено у розд. 3, склонність до багатопартнерних зв'язків є прямо пропорційною тривалості знайомства із СІН, який запросив свого партнера до участі в дослідженні: чим менше термін знайомства, тим більшою є склонність. Так, серед тих, хто мав сексуальні контакти з СІН протягом року, 70% мали ще одного партнера, тоді як серед тих, хто мав контакти протягом 1–2 років, 41,5% мали сексуальні контакти з кимось крім того СІН, що запросив їх до участі в дослідженні. Серед тих, хто зустрічався із СІН 3 роки та більше, ця частка становить 30%. Треба ще раз підкреслити, що ця склонність не пояснюється віком, адже за віковими змінними статистично значущих відмінностей не спостерігається. Отже, серед тих, хто почав сексуальний зв'язок з СІН відносно нещодавно, є значно більше таких, що склонні мати багато сексуальних партнерів.

Інтенсивність сексуального життя СПСІН

Найбільша кількість опитаних (49%) протягом останніх 3 місяців мали статевий контакт кілька разів на тиждень. Водночас 30% респондентів відповіли, що мали статевий контакт раз на тиждень і рідше. 11% опитаних відповіли, що мали статевий акт не частіше ніж один раз на місяць, і майже така ж кількість респондентів (10%) мали контакт зі статевим партнером щоденно і частіше (рис. 4.1.2).

За даними опитування проведено аналіз на наявність статистично значущих відмінностей, який показав, що між віковими групами 25–29 років (62%) та 35 років (44%), які мали сексуальні контакти по кілька разів на тиждень, є статистично значуча різниця ($p<0,05$). Інших статистичних відмінностей за віком, статтю та за вживанням СПСІН наркотиків ін'єкційним шляхом виявлено не було.

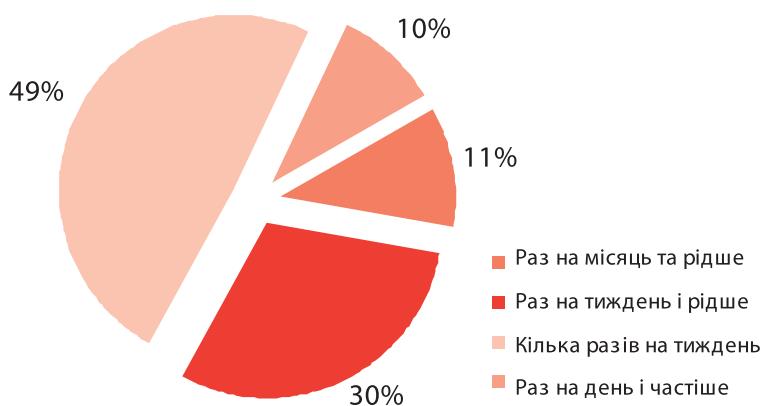


Рис. 4.1.2. Загальна частота статевих контактів (N=419), відсотки

За останні три місяці (90 днів) найбільша кількість опитаних (72%) вступали в сексуальні контакти з випадковими особами лише 1–3 рази, 17% респондентів за цей же період мали сексуальні контакти з випадковими партнерами 4–5 разів. І група найбільшого ризику – ті, що мали сексуальні контакти з випадковими особами від 6 до 30 разів, – склала 11%. Отже серед СПСІН тих, хто мали статевий акт за останні 3 місяці з випадковим партнером 1–3 рази, майже в 7 разів більше, ніж тих, хто мав сексуальний контакт 6–30 разів за цей же період.

Статистично значущих відмінностей серед опитаних СПСІН за статтю, віком та вживанням наркотиків ін'єкційним шляхом виявлено не було (рис. 4.1.3).

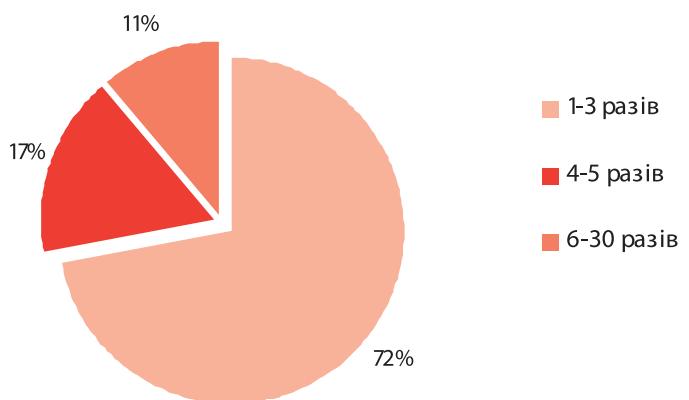


Рис. 4.1.3.Частота статевих стосунків СПСІН з випадковими, малознайомими особами, (N=118), відсотки

Через малу кількість опитаних, які вступали в комерційні сексуальні стосунки (17 осіб давали винагороду, 31 отримували її), процентний розподіл за частотою сексуальних контактів подавати недоцільно.

33

4.2. Практики використання презерватива

Стосунки із СІН, які запросили респондента до участі в дослідженні

Під час останнього статевого акту презерватив використовували 51% опитаних СПСІН, що практично збігається з показником використанням презерватива серед СІН з шести міст – 53%.

Використання презерватива під час останнього статевого акту залежить від багатьох демографічних та поведінкових чинників (табл. 4.2.1).

Так, використання презерватива зменшується з віком від 59% у групі 16–24 роки до 47% у групі 35 років і старше; значуча відмінність існує тільки між цими двома групами, $p<0,05$.

Залежність між тривалістю інтимних стосунків з СІН та використанням презерватива є набагато виразнішою, ніж кореляція цієї змінної з віком. Порівняно з групою тих, хто підтримував такі стосунки не більше року, відсоток використання презерватива в старших вікових групах зменшується удвічі (з 63 до 32%, $p<0,01$). На статистичному рівні не відрізняються між собою тільки дві групи – з тривалістю стосунків до року та 1–2 роки. Решта груп відрізняються між собою на рівні 1% і показують закономірність: чим довше СПСІН підтримують стосунки з СІН, тим рідше вони використовують презервативи.

Звичайно, це може пояснюватись тим, що серед тих, хто знайомий більше 1–2 років, є більше подружніх пар. Справді, серед тих, хто зустрічався із СІН менше року, подружніх пар – 59%, а серед тих, хто більше 5 років, – 90%. Отже, з членами подружжя презервативи використовують рідше – 46% у порівнянні з 69% серед неодружених і тих, хто не проживає разом з партнером.

Таблиця 4.2.1. Використання презерватива під час останнього статевого акту, розподіл за демографічними та поведінковими характеристиками, відсотки

Чи використовували презервативи...?	«Так»	«Ні»	Немає відповіді	
Вік				
16–24 роки (N=103)	59,2	37,9	2,9	100,0
25–29 років (N=133)	51,1	45,9	3,0	100,0
30–34 років (N=131)	54,2	40,5	5,3	100,0
35+ років (N=242)	46,7	51,2	2,1	100,0
Стаж зв'язку з СІН у роках				
До одного року (N=145)	62,8	33,1	4,1	100,0
1–2 роки (N=210)	57,1	41,0	1,9	100,0
30–34 років (N=117)	49,6	46,2	4,3	100,0
35+ років (N=132)	31,8	66,7	1,5	100,0
Сімейний стан				
Неодруженні, не живуть з сексуальним партнером	68,9	26,5	4,6	100,0
Одружені або проживають у незареєстрованому шлюбі	45,7	51,6	2,6	100,0
Рівень близькості зв'язку з СІН, які запросили СПСІН до опитування				
Постійний партнер	50,8	46,8	2,4	100,0
Випадковий партнер	52,5	44,4	3,0	100,0
Комерційний партнер	70,1	26,9	3,0	100,0
Місце проживання				
Дніпропетровська обл. (Дніпропетровськ та Кривий Ріг) (N=131)	50,8	46,8	2,4	100,0
Запоріжжя (N=128)	52,5	44,4	3,0	100,0
Сімферополь (N=153)	70,1	26,9	3,0	100,0
Миколаїв (N=159)	55,8	41,4	2,7	100,0
РАЗОМ	50,8	46,8	2,4	100,0

Отже, з постійними партнерами СПСІН почуються більш безпечно і тому не використовують презервативи. Проте дані показують, що використання презервативів при останньому контакті є практично на тому самому рівні, як з постійними партнерами (51% випадків), так і з випадковими (52,5%). І тільки з комерційними партнерами СПСІН використовували презерватив частіше – в 70% випадків, $p<0,01$. Однак ні подружній статус, ні рівень близькості партнера не має такого сильного зв'язку з використанням презервативів, як стаж знайомства з СІН.

Аналіз цього показника в залежності від міст, у яких проводилося дослідження, показав, що в Сімферополі він є найвищим – 70%, відмінність статистично значуща, $p<0,01$, порівняно з іншими містами (51–56%).

СІН, який запросив свого партнера до участі в дослідженні, для 89% респондентів є постійним сексуальним партнером, випадковим сексуальним партнером – у 8% випадків. Дуже незначною є частка (3%) відповідей про сексуальний контакт за винагороду.

Респондентам ставилося запитання: «Як часто протягом останніх трьох місяців (90 днів) Ви мали статеві контакти з особою, яка запросила Вас для участі в дослідженні?»; їх відповіді в процентному відношенні відображені на рис. 4.2.1.

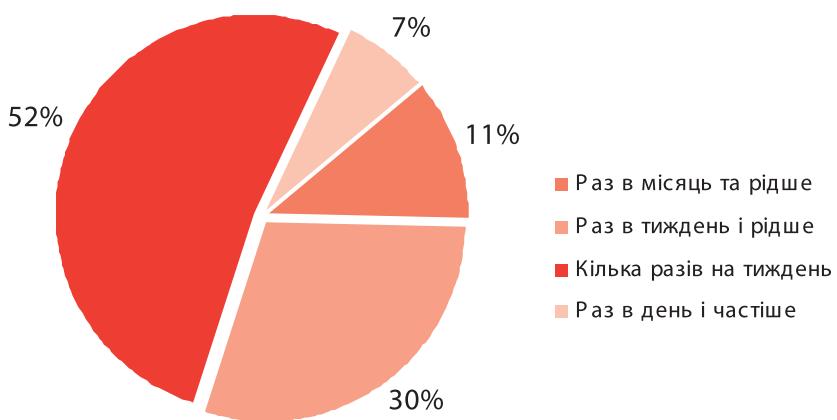


Рис. 4.2.1. Частота статевих стосунків СПСН з особою, яка запросила для участі в дослідженні, (N=591), відсотки

Найбільша частка опитаних (52%) мали статевий контакт з особою, яка їх запросила до участі в дослідженні, кілька разів на тиждень. Майже наполовину менше респондентів (30%) відповіли, що займалися сексом із СІН раз на тиждень і рідше. 11% опитаних відповіли, що мали статевий акт з особою, яка їх запросила до участі в дослідженні, не частіше ніж один раз на місяць, і лише 7% респондентів займались сексом із СІН раз на день і частіше.

Між віковими групами 25–29 років (65%) та 35 років (45%), які відповіли «кілька разів на тиждень», присутня статистично значуща різниця ($p<0,01$). Інших статистичних відмінностей за віком не виявлено. Відсоток чоловіків, які мали статевий акт по кілька разів на тиждень, на відміну від відсотка жінок за тими самими критеріями, є більшим (64% проти 48% у жінок) ($p<0,01$).

Статистично значущих відмінностей частоти статевих контактів за ознакою вживання наркотиків ін'єкційним шляхом у минулому виявлено не було.

На рис. 4.2.2 (перший стовпчик) відображені відповіді респондентів про використання презерватива під час останнього сексуального контакту з особою, яка запросила до участі в дослідженні.

Частка партнерів СІН, які використовували презерватив під час останнього сексуального контакту з особою, яка їх запросила до участі в дослідженні, майже рівна частці опитаних, яка не використовувала презерватив у цьому випадку. У процентному відношенні ці групи опитаних становлять 51% і 48%. Частка осіб, які не знають/не пам'ятають, чи вони використовували презерватив, є незначною – 1,1%. 36% респондентів зазначили, що вони «завжди» використовували презерватив протягом останніх 3 місяців під час сексуальних контактів з особою, яка запросила їх до участі в дослідженні (рис. 4.2.3).

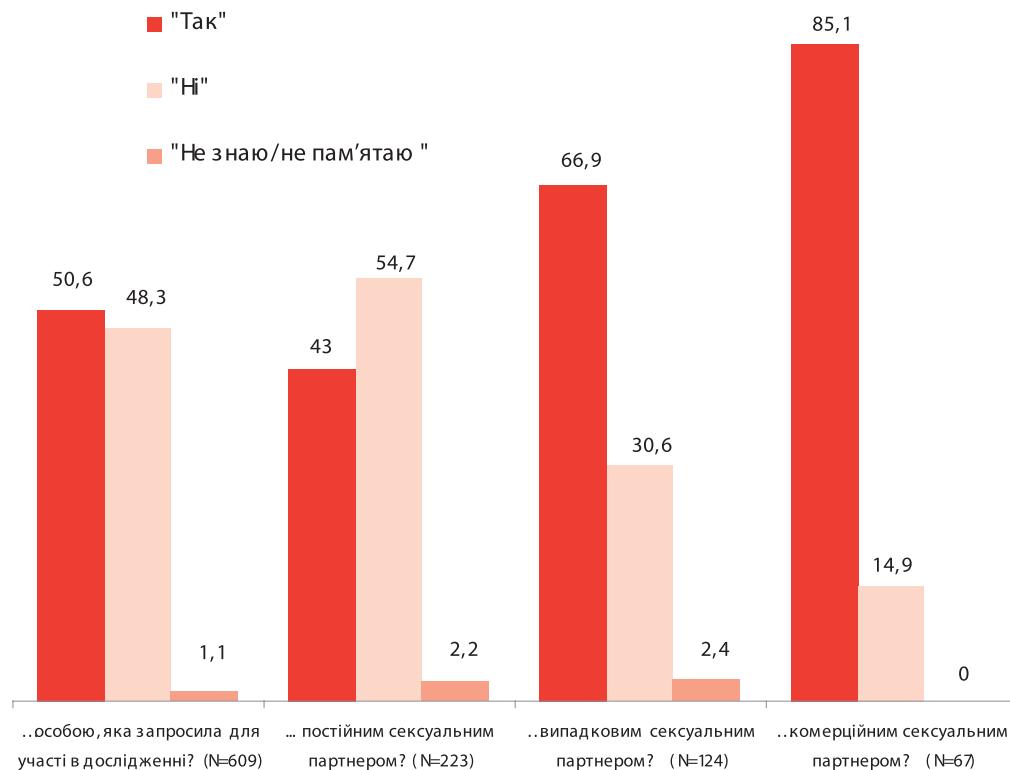


Рис. 4.2.2. Використання презерватива під час останнього статевого контакту відносно типів сексуального партнера, відсотки в кожній групі

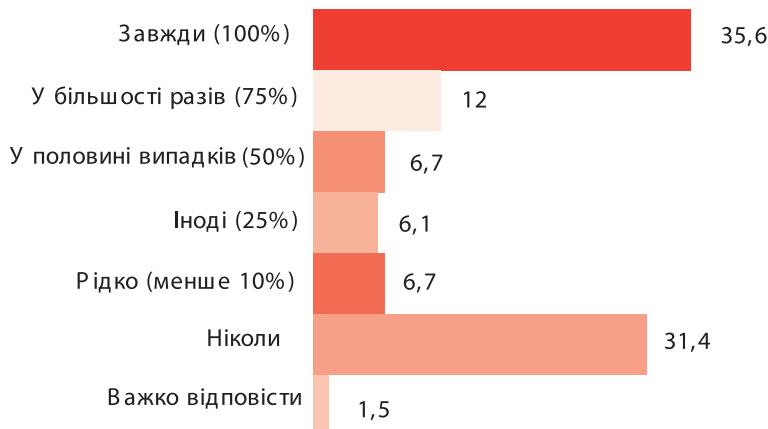


Рис. 4.2.3. Частота використання презерватива з особою, яка запросила для участі в дослідженні, протягом останніх трьох місяців, (N=609), відсотки

Близька за чисельністю група опитаних (31%), які за останні 3 місяці не використовували презервативи. Відповіді тих, хто час від часу використовував презервативи, розподілилися так: у більшості разів – 12%, у половині випадків – 7%, іноді, тобто в чверті випадків, – 6,1 %, майже ніколи (один випадок з десяти) – 6,7%. На це запитання про використання презервативів 1,5% респондентів не змогли дати відповідь.

Таблиця 4.2.2. Відсоток партнерів СПСІН, які використовували презерватив під час останнього сексуального контакту з особою, що запросила їх для участі в дослідженні, відсотки

Чи використовували презервативи...?	«Так»	«Ні»	Немає відповіді	РАЗОМ
Вік				
16–24 роки (N=103)	64,1	35,9	0,0	100,0
25–29 років (N=133)	46,6	51,1	2,3	100,0
30–34 років (N=131)	51,9	47,3	0,8	100,0
35+ років (N=242)	46,3	52,5	1,2	100,0
Стаж зв'язку з СІН у роках				
До одного року (N=145)	62,1	36,6	1,4	100,0
1–2 роки (N=210)	58,1	41,0	1,0	100,0
3–4 роки (N=117)	47,9	51,3	,9	100,0
5 та більше років (N=132)	28,0	70,5	1,5	100,0
Сімейний стан				
Неодруженні, не живуть з сексуальним партнером (N=102)	67,5	31,1	1,3	100,0
Одружені або проживають у незареєстрованому шлюбі (N=2-06)	45,1	53,8	1,1	100,0
Місце проживання				
Дніпропетровська область (Дніпропетровськ, Кривий ріг) (N=131)	34,7	64,5	0,8	100,0
Запоріжжя (N=128)	37,5	61,7	0,8	100,0
Сімферополь (N=153)	71,9	24,8	3,3	100,0
Миколаїв (N=159)	56,0	44,0	0,0	100,0

Так само, як і у випадку з використанням презервативів взагалі, з віком зменшується кількість СПСІН, які використовували презерватив під час останнього статевого акту з СІН, який запросив їх до інтерв'ю. У наймолодшій групі (16–24 роки) кількість тих, хто користується презервативом, дорівнює 64%; у групі віком від 25 до 29 років цей показник становить 47%, у групі від 30 до 34 років – 52% та в найстаршій групі, до якої належать респонденти віком понад 35 років, презервативами користуються 46%. Між першою (16–24 роки) і другою (25–29 років) та першою і четвертою (понад 35 років) групами спостерігається статистична відмінність ($p<0,05$). Відмінності між іншими групами статистично не значущі.

Найбільш виразною є залежність між тривалістю зв'язку з СІН та склонністю використовувати презервативи: чим довше знайомі СПСІН з СІН, тим рідше вони використовують презервативи. Можливо, однак, що це особливість покоління, а не вікова динаміка, і ті, хто познайомився з СІН п'ять років чи давніше тому, завжди рідко використовували презервативи. Респонденти, що неодруженні або не живуть із сексуальним партнером, частіше використовували презерватив під час останнього сексуального контакту з особою, яка запросила їх для участі в дослідженні, на відміну від тих, хто є одруженим або проживає у незареєстрованому шлюбі (68% проти 45%) ($p<0,01$).

Найменша кількість СПСІН, які користувалися презервативом під час останнього статевого контакту з особою, яка їх запросила до інтерв'ю, серед респондентів двох міст Дніпропетровської області (35%) та Запоріжжя (37,5%); для Миколаєва цей показник становить 56%. Найбільш безпечною є сексуальна активність СПСІН Сімферополя (72%). Статистична відмінність спостерігається між групами СПСІН Сімферополя і Миколаєва ($p<0,05$).

Статистично значущих відмінностей за статтю, вживанням СПСІН наркотиків ін'єкційним шляхом, за групами партнерів – постійні, випадкові, комерційні – виявлено не було.

Для вивчення ризикованих сексуальних практик респондентам також ставилося запитання щодо «неправильного» використання презерватива. На рис. 4.2.4. наведений розподіл відповідей респондентів щодо таких випадків.

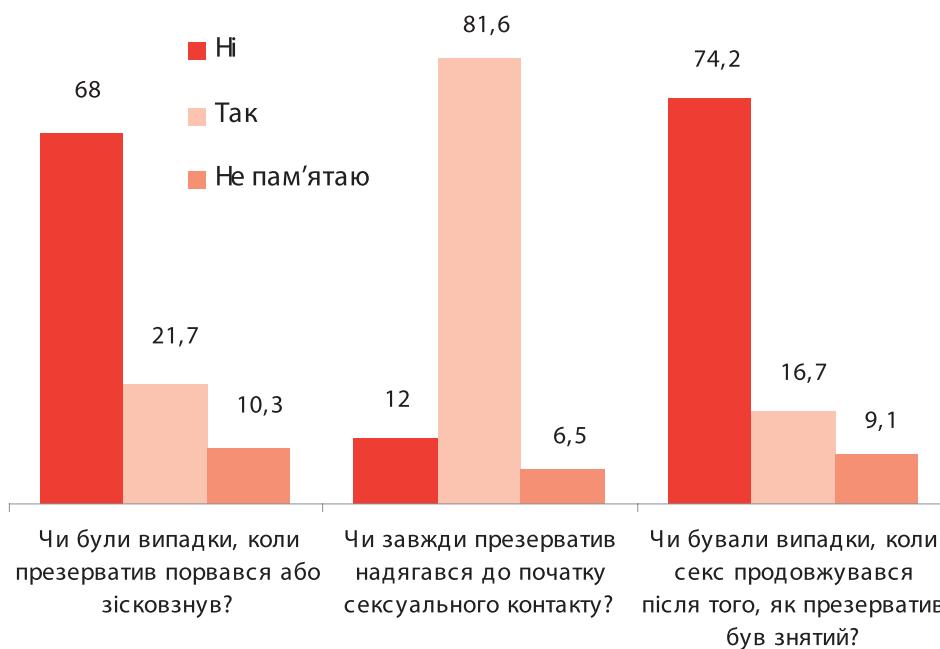


Рис. 4.2.4. Випадки, пов'язані з «неправильним використанням презерватива з особою, яка запросила до участі в дослідженні, за останні три місяці (N=418), відсотки

68% опитаних повідомили, що випадків, коли презерватив зісковзнув або порвався, не було. Водночас 22% респондентів на це запитання відповіли ствердно і 10 % не пам'ятають.

Переважна більшість – 82% респондентів – запевнили, що презерватив надягався до початку сексуального контакту, 12% опитаних респондентів заперечили використання презерватива до початку сексуального контакту, і не пам'ятають – 14%.

Після того як презерватив був знятий, сексуальний контакт припиняли 74% опитаних, продовжували займатись сексом 17% респондентів і 9% опитаних не пам'ятають, чи продовжували статевий контакт після того, як презерватив був знятий.

СПСІН, котрі не застосовували презерватив під час останнього статевого акту, було поставлено запитання про причини відмови від використання презерватива (рис. 4.2.5).

34% опитаних послалися на те, що презерватив знижує чуттєвість; 32% респондентів не вважали це необхідністю; партнер або партнерка респонден-

та під час останнього статевого акту просили опитаного не використовувати презерватив з тієї чи іншої причини, таких опитаних 23%, 12% респондентів повідомили, що презерватива не було під рукою, водночас 11% зазначили, що в той момент про це не думали. Інші категорії опитаних вважають, що використання презерватива занадто дорого коштує(2,3%), 1,7% та 1,3% респондентів перебували в стані алкогольного сп'яніння та під впливом наркотиків відповідно. 1,3% опитаних повідомили, що їм важко відповісти на це запитання, та 3,3% опитаних зазначали, що жодна з запропонованих відповідей не підійшла.

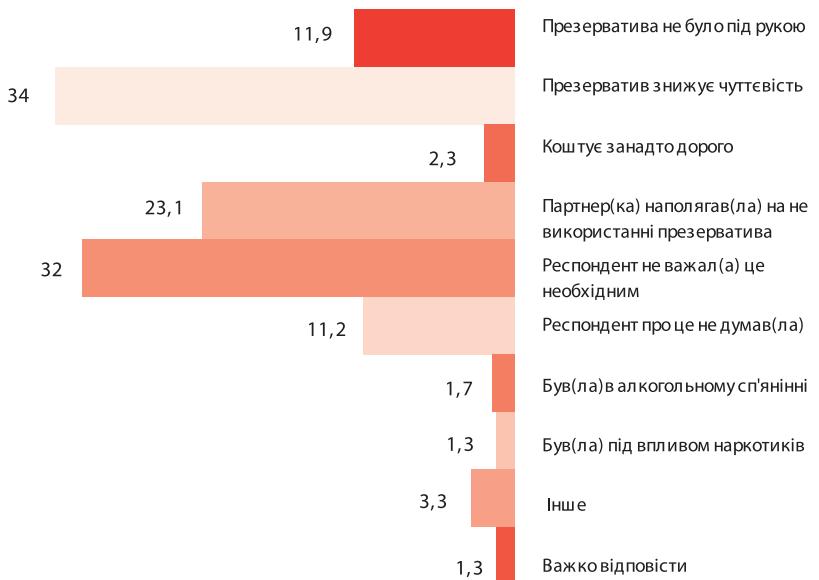


Рис. 4.2.5. Пояснення причин нерегулярного використання презервативів під час останнього сексуального контакту з особою, яка запросила їх для участі в дослідженні (N=303), відсотки

Стосунки із іншими статевими партнерами (крім СІН, який запросив респондента до участі у дослідженні)

37% опитаних СПСІН зазначили наявність впродовж останніх 3 місяців одного або кількох постійних сексуальних партнерів (крім того СІН, який запросив респондента до участі в дослідженні). 20% мали випадкових сексуальних партнерів і 11% респондентів мали сексуальні контакти за винагороду (комерційні). Виявлено статистично значущі відмінності у схильності до випадкових та комерційних зв'язків за статтю, віком та регіоном проживання. На рис. 4.2.6 і табл. 4.2.3 наведений розподіл типів сексуальних партнерів.

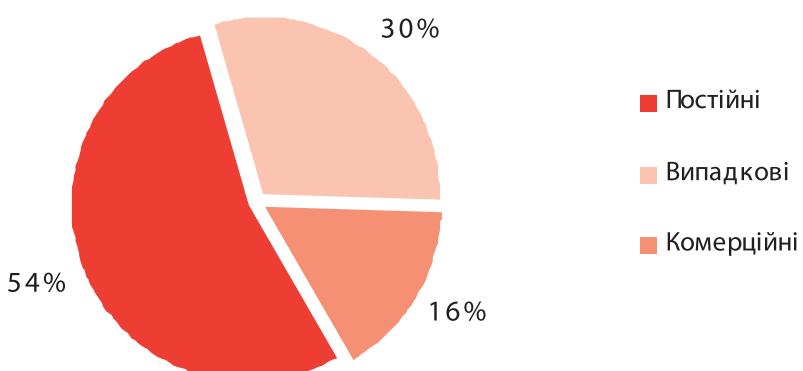


Рис. 4.2.5. Типи сексуальних партнерів СПСІН, відсотки

Таблиця 4.2.5. Частка випадкових та комерційних партнерів за місцем проживання, відсотки за кожним типом зв'язку, N=262, відсотки

	Випадкові зв'язки	Комерційні зв'язки
Стать		
Чоловіча	31,9	9,0
Жіноча	16,8	11,6
Вік		
16–24 роки	21,4	7,8
25–29 років	21,1	7,5
30–34 років	19,1	17,6
35+ років	20,2	10,7
Місце проживання		
Дніпропетровська обл. (Дніпропетровськ, Кривий Ріг) (N=131)	18,2	2,5
Запоріжжя (N=128)	26,6	19,5
Сімферополь (N=153)	30,0	22,9
Миколаїв (N=159)	9,3	2,0

40

Серед чоловіків випадкові зв'язки у два рази більше поширені (32%), ніж серед жінок (16%), ($p<0,01$). У жінок трохи більше комерційних партнерів, але відмінність статистично не значуча. У віковій групі 30–34 роки більше, ніж серед молодших груп, поширений комерційний секс (18% проти 8% серед молодших груп). Окрім того, у Запоріжжі та Сімферополі спостерігається сильніша тенденція як до випадкових, так і комерційних зв'язків. Зокрема, у двох містах Дніпропетровської області частка тих, хто мав випадкові зв'язки, становить 18%, а в Запоріжжі та Сімферополі – 27–30%, ($p<0,05$). У Миколаєві ця схильність є найменшою – 9%, відмінність від міст Дніпропетровської області – значуча ($p<0,05$), між Миколаєвом та Запоріжжям – на рівні 1%, ($p<0,01$). Якщо розглядати комерційні зв'язки, то відмінність між Запоріжжям, Сімферополем та містами Дніпропетровської області і Миколаєвом є іще більш помітною – 19,5–23% проти 2–2,5% відповідно. Можна стверджувати, що найбільша частка комерційних зв'язків припадає на Запоріжжя та Сімферополь.

При цьому варто зауважити, що 32% тих, хто мав постійного партнера, вступали ще й у випадкові зв'язки, 5,4% надавали сексуальні послуги за винагороду, а 15% – платили за секс. Це означає, що відносно безпечною можна вважати поведінку тільки кожного п'ятого опитаного (126 осіб), які мали окрім СІН, який запросив їх до інтерв'ю, іще іншого постійного партнера. Поведінка четвертої частини опитаних (166 осіб) є надзвичайно небезпечною в сексуальному плані, адже вони вступали в сексуальні зв'язки підвищеного ризику.

Аналізуючи відповіді на запитання про використання презерватива респондентами під час останнього сексуального контакту з постійними, випадковими та комерційними партнерами, ми спостерігаємо певну диференціацію частки партнерів, які використовували презерватив в залежності від типу зв'язку (рис. 4.2.7.). Так, з постійними сексуальними партнерами використовували презерватив 43% опитаних, з випадковими – 67%, з комерцій-

ними – 85%, а не використовували презерватив з постійними партнерами – 55%, з випадковими – 31%, з комерційними – 15%.

Статистично значущих відмінностей у використанні презерватива з постійним сексуальним партнером за статтю, віком та вживанням СПСІН наркотиків ін'єкційним шляхом, а також з випадковим партнером за цими ж параметрами виявлено не було.

Окрім прямого запитання про використання презервативів респондентів запитували, наскільки регулярно вони це робили. 23% респондентів з числа тих, хто мав стосунки з постійним партнером протягом 3 місяців, зазначили, що вони використовували презерватив кожного разу (рис. 4.2.7).

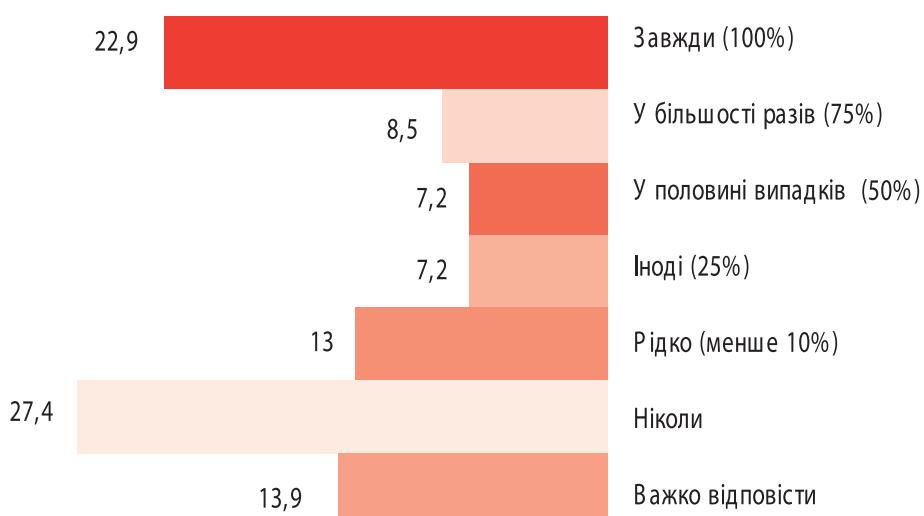


Рис. 4.2.7. Частота використання презерватива з постійним сексуальним партнером(ами), протягом останніх трьох місяців, (N=223), відсотки

Упродовж останніх трьох місяців (90 днів) під час сексуального контакту з дружиною (чоловіком) або постійним сексуальним партнером презерватив завжди використовували 23% опитаних; 8,5% респондентів у більшості випадків використовували презерватив. По 7% респондентів зазначили, що під час сексуальних контактів з дружиною (чоловіком) або постійним секс-партнером презерватив використовували в половині випадків та іноді (25%). Рідко в зазначеніх випадках використовували презерватив 13% респондентів. 27% опитаних упродовж останніх 3 місяців ніколи не використовували презерватив під час статевих актів з дружиною (чоловіком) або постійним сексуальним партнером. Важко відповісти на це запитання було 14% респондентів.

На основі отриманих даних було проведено аналіз за статтю, віком і вживанням респондентами наркотиків ін'єкційним шляхом, який не виявив статистично значущих змінних.

59% респондентів з числа тих, хто мав стосунки з постійним партнером протягом 3 місяців (124 особи), зазначили, що вони використовували презерватив під час кожного статевого акту (рис. 4.2.8).



Рис. 4.2.8. Частота використання презерватива з випадковою, малознайомою особою, протягом останніх трьох місяців, (N=124), відсотки

59% опитаних відповіли, що протягом останніх трьох місяців завжди використовували презерватив під час контакту з випадковим партнером, 18,5% респондентів презерватив взагалі не використовували, 12% респондентів презерватив використовували в більшості випадків (75%), 14% було важко відповісти на це запитання.

У результаті проведеного аналізу статистичної значимості відмінностей за статтю, віком і вживанням респондентами наркотиків ін'єкційним шляхом не виявлено статистично значущих відмінностей.

64% респондентів з числа тих, хто мав стосунки з комерційним партнером протягом останніх 3 місяців (67 осіб), стверджували, що вони використовували презерватив кожного разу (рис. 4.2.9).

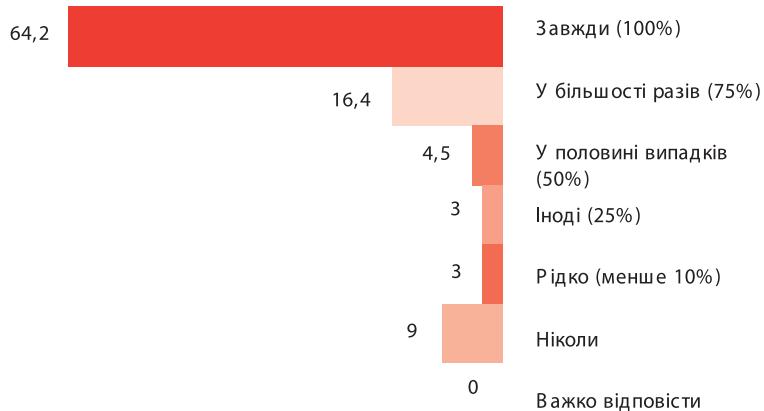


Рис. 4.2.9. Частота використання презерватива з комерційним сексуальним партнером, протягом останніх трьох місяців, (N=67), відсотки

Протягом останніх трьох місяців завжди (у 100% випадків) використовували презерватив під час сексуальних контактів з комерційним сексуальним партнером 64% респондентів. Частка осіб, які в більшості випадків (75%) використовували презерватив за даних обставин становить 16,4%. Ніколи не використовували презерватив з комерційним партнером 9% опитаних. У половині сексуальних контактів презерватив використовувало лише 4,5% опитаних. І незначна кількість опитаних – по 3% (тобто по 2 особи) повідо-

мили, що статевий акт з комерційним партнером супроводжувався використанням презерватива лише іноді (у 25% випадків) та рідко (менше 10% сексуальних контактів).

Щодо «неправильного» використання презервативів з постійним партнером протягом останніх трьох місяців 39% опитаних повідомили, що випадків, коли презерватив зісковзнув або порвався, не було. У той же час 27% відповіли ствердно, а 34% не пам'ятають (рис. 4.2.10).



Рис. 4.2.10 Випадки «неправильного» використання презерватива з постійним партнером, за останні три місяці (N=163), відсотки

58% респондентів завірили, що презерватив надягався до початку сексуального контакту, 29% опитаних не пам'ятають і лише 14% респондентів заперечили використання презерватива до початку сексуального контакту.

Після того як презерватив був знятий, сексуальний контакт припиняли 45% опитаних, продовжували займатись сексом 24,5% респондентів і 31% опитаних не пам'ятають, чи продовжували статевий акт після того, як презерватив був знятий. На рис. 4.2.11 подано відповіді респондентів, які за останні три місяці (90 днів) використовували презерватив під час сексуального контакту з випадковими особами.



Рис. 4.2.10. Випадки «неправильного» використання презерватива з випадковим партнером, за останні три місяці, (N=100), відсотки

Про випадки, коли презерватив зісковзнув або порвався, повідомили тільки 22% опитаних, 66% повідомили, що таких випадків не було. Переважна більшість респондентів (78%) завжди надягали презерватив до початку сексуального контакту, осіб, які цього не робили, в п'ять разів менше – 15%. Після того, як презерватив був знятий, статевий акт припиняли 77% опитаних, і лише 11% повідомили, що продовжували статевий акт.

На рис. 4.2.11. наведено розподіл відповідей респондентів, які за останні три місяці (90 днів) використовували презерватив під час сексуального контакту за винагороду.

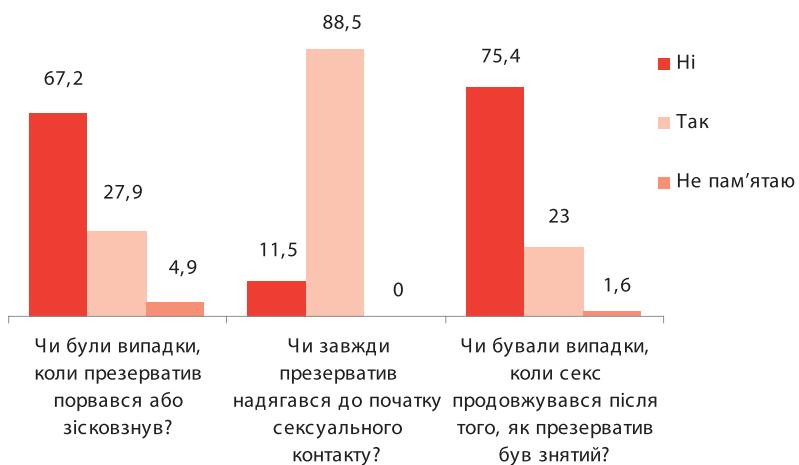


Рис. 4.2.11. Випадки «неправильного» використання презерватива з комерційним партнером, за останні три місяці, (N=61), відсотки

Стосовно комерційних сексуальних контактів 67% опитаних повідомили, що випадків, коли презерватив зісковзнув або порвався, не було. У той же час 28% на це запитання відповіли ствердно і лише 4,9% опитаних не пам'ятають.

88,5% респондентів зазначили, що презерватив надягався до початку сексуального контакту і лише 11,5% респондентів заперечили використання презерватива до початку сексуального контакту за винагороду.

Після того як презерватив був знятий, сексуальний контакт з комерційним партнером припиняли 75% опитаних, продовжували займатись сексом 23% респондентів і лише 1,6% не пам'ятають, чи продовжували статевий акт за винагороду після того, як презерватив був знятий.

4.3. Причини невикористання презервативів

Причини невикористання презерватива під час останнього контакту з постійним партнером наведені на рис. 4.2.12.

Отже найбільша частина опитаних (30%) не вважали за необхідне використовувати презерватив із постійним партнером; 28% респондентів зазнали, що презерватив знижує чуттєвість; у 20,5% випадків презерватива не було під рукою. У 19% випадках причиною невикористання було зазначено прохання партнера не використовувати презерватив з тієї чи іншої причини, 4% респондентів не замислювалися над цим і такій же кількості опитаних важко було відповісти на це запитання. 2,4% та 0,8% респондентів перебували в стані алкогольного сп'яніння та під впливом наркотиків відповідно.

Для 1,6% опитаних презерватив коштував занадто дорого, а 0,8% під час останнього статевого акту із постійним партнером були жертвами сексуального насилля.

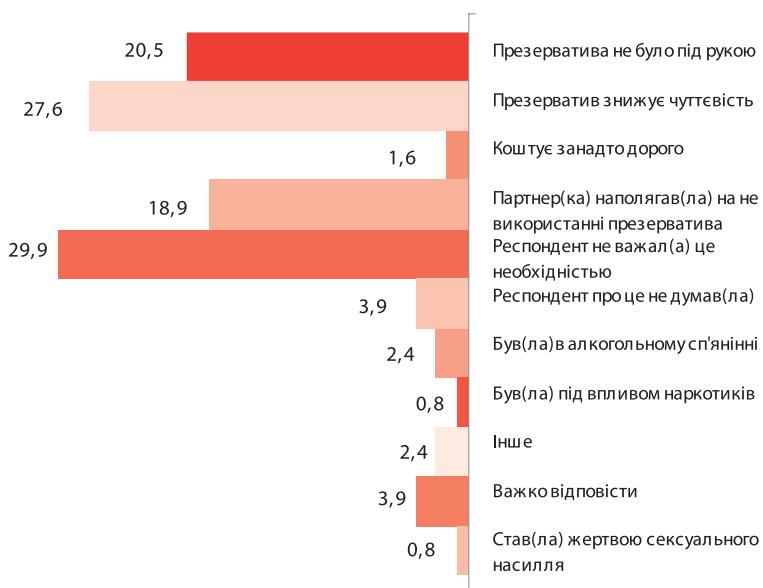


Рис. 4.2.12. Причини відмови від використання презервативів під час останнього сексуального контакту з постійним партнером, (N=127), відсотки

На рис. 4.2.13 подано розподіл відповідей респондентів, які не використовували презерватив під час останнього сексуального контакту з випадковим партнером. Серед опитаних таких виявилось 41 особа.

Як бачимо, найбільша частина опитаних (29%) використання презерватива не вважали необхідним, майже така ж кількість осіб (27%) повідомили, що презерватив знижує чуттєвість. 19,5% респондентів про це не думали, 15% перебували в алкогольному сп'янінні, 9,8% зазначили, що партнер наполягав на невикористанні презерватива. Важко було відповісти на це запитання 7% опитаних. По 5% респондентів (тобто по 2 особи) повідомили, що перебували під впливом наркотиків та про це не думали. І по 1 опитаному зазначили, що стали жертвою сексуального насилля.

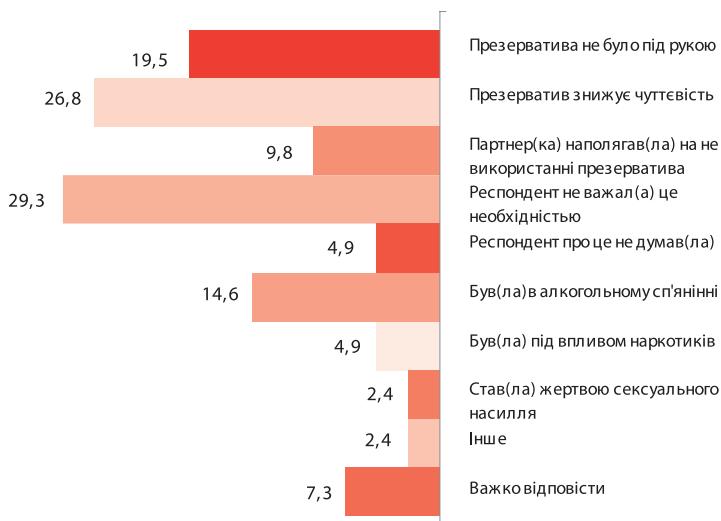


Рис. 4.2.13 Причини відмови від використання презервативів під час останнього сексуального контакту з випадковим партнером (N=41), відсотки

Розділ 5. Результати зв'язаного дослідження серед статевих партнерів СІН. Чинники інфікування ВІЛ

5.1. Діагностика та лікування ІПСШ

Серед хвороб, якими опитані СПСІН хворіли протягом останніх 12 місяців, найбільш поширеними виявилися гепатит С (5%), гонорея (5%), туберкульоз (4%); найменш поширеними – хламідіоз (2%) та гонорея (1%). Структура захворюваності серед СІН має подібний характер, за винятком захворюваності на туберкульоз, яка є більше пошиrenoю серед СІН. Більшість випадків захворювання на різні інфекції мають досить високу кореляцію між собою, що свідчить про те, що респонденти хворіли одразу на декілька хвороб протягом останніх 12 місяців: найвищу кореляцію мають гепатити В і С ($r=0,551$, $p<0,01$), хламідіоз і генітальний герпес ($r=0,351$, $p<0,01$), трихомоніаз і гонорея ($r=0,248$, $p<0,01$). Значущих відмінностей за статтю і віком не було виявлено. Також не було виявлено значущих відмінностей за місцем проживання. Проте була виявлена залежність між захворюваннями протягом останніх 12 місяців і вживанням наркотиків протягом життя. Розподіл відповідей на запитання щодо захворювань протягом останніх 12 місяців серед усіх респондентів та в залежності від досвіду вживання наркотиків, наведений у табл. 5.1.1 та 5.1.2.

Таблиця 5.1.1. Розподіл відповідей на запитання «Чи були у Вас за останні 12 місяців такі захворювання...?», (N=609), відсотки

Захворювання	СПСІН	СІН
Туберкульоз	4,4	10,0
Гонорея	4,6	4,3
Генітальний герпес	3,1	1,8
Хламідіоз	2,3	0,9
Гепатит В	3,4	5,7
Гепатит С	5,4	8,5
Сифіліс	1,0	0,6
Трихомоніаз	2,8	2,5
Інше	3,3	2,1

Таблиця 5.1.2. «Чи були у Вас за останні 12 місяців такі захворювання?», розподіл за вживанням наркотиків, (N=609), відсотки

	СПСІН, які вживали коли-небудь наркотики ін'єкційним шляхом		СІН (6 міст)
	Вживали (N=288)	Не вживали (N=321)	
Туберкульоз	6,6	2,5	10,0
Гонорея	6,9	2,5	4,3
Генітальний герпес	4,2	2,2	1,8
Хламідіоз	2,8	1,9	0,9
Гепатит В	4,5	2,5	5,7
Гепатит С	6,6	4,4	8,5
Сифіліс	1,0	0,9	0,6
Трихомоніаз	3,5	2,2	2,5
Інше	3,1	3,4	2,1

Можна помітити, що захворюваність серед тих СПСІН, котрі коли-небудь вживали наркотики, є подібною до захворюваності СІН. Зокрема, серед тих, хто вживав наркотики ін'єкційним шляхом, захворюваність туберкульозом вища приблизно у 25 разу (7% проти 2,5% серед тих, хто не вживав наркотики, відмінність значуща на рівні 5%, $p<0,05$). Так само серед тих, хто вживав наркотики, вищий рівень захворюваності на гонорею (7% проти 2,5% серед тих, хто не вживав наркотики, відмінність значуща на рівні 5%, $p<0,05$). Усі інші відмінності виявилися незначимими.

Серед тих, хто мав ті чи інші захворювання протягом останніх 12 місяців (від 14 респондентів, хворих на хламідіоз, до 33 респондентів, хворих на гепатит С), більшість проходили лікування протягом тих же 12 місяців. Найбільший відсоток тих, хто лікував своїх хвороб, є серед хворих на сифіліс (100%). У цілому всі венеричні хвороби лікувались на рівні 92–98%, тільки генітальний герпес лікували 68% респондентів (13 з 19 хворих респондентів). Разом з тим, рівень лікування гепатитів В і С перебуває на рівні 76% і 78% відповідно.

Таблиця 5.1.3. Кількість днів, що миняють, від появі первісних проявів хвороби до дня звернення по медичну допомогу, середнє значення.

	Середня кількість днів
Туберкульоз (N=17)	55
Гонорея (N=21)	8
Генітальний герпес (N=10)	11
Хламідіоз (N=7)	18
Гепатит В (N=10)	15
Гепатит С (N=13)	40
Сифіліс (N=3)	22
Трихомоніаз (N=8)	6
Інше (N=14)	27

Більшість із тих, хто лікував свої захворювання протягом останніх 12 місяців, зверталися або до дерматовенерологічного диспансеру, або до жіночих консультацій, або до інших лікувальних установ (90–99% зверталися з

метою лікування венеричних захворювань та гепатитів В і С до медичних установ), тоді як самостійно лікувалися лише одиниці. Проте у випадку з генітальним герпесом самостійно лікували хворобу близько 40% (5 респондентів з 13, які лікували свої хвороби).

Як видно з табл. 5.1.3, найбільша кількість днів, що минають від появи перших симптомів до дня звернення по медичну допомогу, спостерігається у хворих на туберкульоз (55 днів) і гепатит С (40 днів). Найшвидше респонденти звертаються по допомогу у разі захворювань на трихомоніаз (6 днів) і гонорею (8 днів).

Серед тих факторів, які найчастіше заважали респондентам пройти діагностику, перше місце посідає висока вартість обстежень (14%), висока вартість ліків (11%), необхідність додатково оплачувати «послуги лікаря» (8%), вороже або осудливе ставлення з боку медперсоналу (8%); найменше заважали незручний графік роботи медичних установ (1%) і незручне розташування медичних установ (2%). Статистично значущих відмінностей за статтю і віком не помічено. Виявилися статистично значущими відмінності лише між регіонами. При цьому більшість (51%) респондентів вказали, що їм нічого не заважало пройти медичне обстеження на ІПСШ.

Таблиця 5.1.4. Розподіл респондентів за факторами, які заважали пройти діагностику і лікування інфекцій, які передаються статевим шляхом, (N=609), відсотки СПСІН, які вживали коли-небудь наркотики ін'єкційним шляхом

	Вживали (N=288)	Не вживали (N=321)	СІН (6 міст)
Туберкульоз	6,6	2,5	10,0
Гонорея	6,9	2,5	4,3
Генітальний герпес	4,2	2,2	1,8
Хламідіоз	2,8	1,9	0,9
Гепатит В	4,5	2,5	5,7
Гепатит С	6,6	4,4	8,5
Сифіліс	1,0	0,9	0,6
Трихомоніаз	3,5	2,2	2,5
Інше	3,1	3,4	2,1

Зокрема, існує статистично значуща відмінність між Сімферополем і Миколаєвом, з одного боку, та містами Дніпропетровської області, Києвом і Запоріжжям, з іншого боку, стосовно відповіді «нічого не заважало пройти діагностування». Якщо у Сімферополі так відповіли 84%, у Миколаєві – 71%, то в інших містах знайшлося набагато менше респондентів, яким нічого не заважало пройти тестування: у Запоріжжі таких було лише 37,5%, у Дніпропетровській області не бачили перешкод для тестування 19%, у Києві – 9%. Відповідно, можна зробити висновок, що в Сімферополі і Миколаєві діагностика та лікування ІПСШ є найбільш доступними, а ставлення медперсоналу найбільш доброзичливі.

Подальший аналіз факторів, які заважали пройти тестування, можна умовно розбити на дві категорії: 1) фінансові питання; 2) питання, пов'язані зі сприйняттям респондентами самої процедури діагностики та лікування.

Фінансові перешкоди є характерними для міст Дніпропетровської області, Миколаєва і Сімферополя. Зокрема, на високу вартість обстежень вказали 24% мешканців з Дніпропетровської області, 10,5% з Сімферополя, 23%

з Миколаєва. На високу вартість ліків указали 21% мешканців з Дніпропетровської області, 11% із Сімферополя, 16% з Миколаєва. На необхідність додатково оплачувати «послуги лікаря» поскаржились 20% з Дніпропетровської області, 15% з Миколаєва. Відмінності між Києвом та Запоріжжям є статистично значимими на рівні 5%, $p<0,05$.

Таблиця 5.1.5. Розподіл респондентів за факторами, які заважали пройти діагностику і лікування інфекцій, які передаються статевим шляхом, в залежності від місця проживання, (N=609), відсотки

	Київ	Дніпропетровська область	Запоріжжя	Сімферополь	Миколаїв	Разом
Висока вартість обстежень	3,5	24,0	0,8	10,5	23,3	13,6
Висока вартість ліків	1,8	20,7	0,8	11,1	16,0	11,2
Необхідність додатково оплачувати «послуги лікаря»	0,0	19,8	0,0	1,3	14,7	7,9
Тривалість виконання обстежень	0,0	28,1	0,0	0,7	4,7	6,9
Тривалість курсу лікування	1,8	18,2	0,0	2,0	2,0	4,8
Неможливість отримати послуги анонімно	1,8	33,1	0,0	0,0	2,0	7,2
Необхідність повторних візитів до мед. установ	0,0	14,9	0,0	2,6	1,3	3,9
Вороже або осудливе ставлення з боку мед. персоналу	0,0	30,6	0,0	2,6	4,7	7,9
Незручне розташування медичних установ	0,0	5,8	0,0	0,7	2,0	1,8
Незручний графік роботи медичних установ	0,0	2,5	0,0	1,3	0,0	0,8
Інше	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Нічого не заважало	8,8	19,0	37,5	83,7	70,7	50,9

Друга група факторів пов'язана з індивідуальним сприйняттям діагностування або ж негативним попереднім досвідом діагностування. Зокрема, в містах Дніпропетровської області найбільше скаржилися на неможливість пройти діагностування анонімно (33%), вороже або осудливе ставлення медперсоналу (30%), на тривалість виконання обстежень (28%), на тривалість курсу лікування (18%). Порівнюючи ці показники з іншими містами, можна сказати, що на ці фактори респонденти звертали дуже мало уваги – тільки в Миколаєві на вороже або осудливе ставлення звернули увагу 5% респондентів, тоді як в інших містах відповідні фактори називали від 0% до щонайбільш 3% респондентів. Відмінності між групами міст є статистично значимими на рівні 5%, $p<0,05$.

Так само для небагатьох респондентів з міст Дніпропетровської області виявилися незручними розташування медичних установ (6%) та графік роботи медичних установ (2,5%), тоді як в інших містах ці фактори взагалі не називали, або, як у Миколаєві, відмітили лише незручність розташування медичних установ (2%). Останні порівняння досить важко оцінити з точки зору відмінності результатів, оскільки вибірки в містах є досить малими, щоб зробити статистично коректні узагальнення.

Варто також звернути увагу на ситуацію в місті Києві, в якому виявився найменший відсоток тих, кому взагалі нічого не заважало пройти обстеження (9%), і водночас один з найменших відсотків щодо факторів, які заважали пройти тестування (від 0% до 3,5% в залежності від запитання). Це говорить про те, що кияни або взагалі не думали про проходження тестування на ІПСШ, або ж просто проігнорували суть запитання.

5.2. Тестування на ВІЛ

Серед опитаних 77% знають, де пройти тестування на ВІЛ у разі потреби. 81% повідомили, що в них є можливість пройти тест анонімно. 85% опитаних вважають, що тестування є для них доступним. У цілому ці дані не відрізняються від результатів опитування СІН: 79% серед СІН знають, де пройти тестування на ВІЛ, 80% повідомили, що в них є можливість пройти тест анонімно, 81,5% СІН вважають, що тестування є для них доступним. Значущих відмінностей за статтю і віком не було виявлено. Найнижчий рівень доступності тестувань було виявлено в Кривому Розі (55%) і Дніпропетровську (69%), найвищий – у Сімферополі (97%) і Запоріжжі (97%), хоча статистично значущих відмінностей між містами не було виявлено через малу наповнюваність груп.

Таблиця 5.2.1. Тестування на ВІЛ, розподіл за статтю, віком, вживанням ін'єкційних наркотиків, відсотки

Чи робили Ви тест на ВІЛ			
	Так	Ні	Разом
Чоловіки (N=144)	51,4	48,6	100
Жінки (N=465)	42,8	57,2	100
Вік			
16–24 роки (N=103)	23,3	76,7	100
25–29 років (N=133)	45,9	54,1	100
30–34 років (N=131)	56,5	43,5	100
35+ років (N=242)	47,1	52,9	100
Чи вживали наркотики ін'єкційним шляхом			
Так (N=288)	51,0	49,0	100
Ні (N=321)	39,3	60,7	100
Місто			
Київ (N=57)	43,9	56,1	100
Дніпропетровськ (N=29)	34,5	65,6	100
Кривий Ріг (N=92)	19,6	80,4	100
Запоріжжя (N=128)	46,9	53,1	100
Сімферополь (N=153)	50,3	49,7	100
Миколаїв (N=159)	55,3	44,7	100
Разом	44,8	55,2	100

Серед партнерів СІН 89 респондентів (15% від загальної кількості) вважали, що тестування є для них недоступним, або мали труднощі з відповід-

дю на це запитання. Причиною недоступності тестування на ВІЛ серед цієї категорії називалася: відсутність знання про те, до кого можна звернутися (58%), відсутність знання про те, де знаходиться пункт або центр, де можна пройти тестування (18%), відсутність коштів на тестування (16%) та побоювання розголошення свого статусу (11%).

46% опитаних звертались до спеціалізованих установ з метою проходження тестування на ВІЛ. 45% з усіх опитаних СПСІН проходили тестування на ВІЛ, що цілком відповідає рівню тестування серед СІН – 46%.

Серед чоловіків рівень тестування дещо вищий, ніж серед жінок, проте дане узагальнення є статистично значимим лише на рівні 10%. Серед вікових груп виділяється група 16–24 років, яка має удвічі нижчий рівень тестувань, ніж старші групи (23% проти 46–56,5% у групах від 25 років і старше, відмінність значуща лише між наймолодшою групою і старшими групами, $p<0,05$).

Серед тих респондентів, які вживали наркотики ін'єкційним шляхом, рівень тестування сягає 51% проти 39% у тих, хто не вживав ін'єкційні наркотики, відмінність є статистично значимою на рівні 1%, $p<0,01$.

Серед міст найнижчий рівень тестування у Кривому Розі (20%) і Дніпропетровську (34,5%), найвищий – у Миколаєві (55%) і Сімферополі (50%). Відмінності є статистично значимими між Кривим Рогом, з одного боку, та Миколаєвом, Сімферополем, Запоріжжям, з іншого боку.

З 273 респондентів, які проходили тестування, 42,5% проходили його протягом останніх 12 місяців. 97% усіх, хто проходив тестування будь-коли, отримали свої результати. Із 273 респондентів тільки 241 (88%) погодилися повідомити свій статус. Із 241 респондента, які погодилися повідомити про свій статус, 29% заявили про свій ВІЛ-позитивний статус (69 респондентів), 71% (172 респонденти) – про свій ВІЛ-негативний статус. Оскільки кількість тих, хто повідомив про свій статус, є досить малою, не вдалося знайти статистично значущих відмінностей за статтю, віком та місцем проживання. 67 респондентів із 69 з ВІЛ-позитивним статусом повідомили, що вони стоять на обліку в центрі СНІДу.

76% з протестованих отримали дотестову консультацію, а 72% отримали післятестову консультацію.

Щодо знання серологічного статусу свого партнера-СІН, то 52% (319 респондентів) повідомили, що знають, 44% – не знають, ще 4% вагалися з відповіддю. Із 319 респондентів, які знають ВІЛ-статус своїх партнерів, 270 погодилися повідомити про це: із цих 270 опитаних 28,5% (76 осіб) мають ВІЛ-позитивних партнерів, 71,5 % – ВІЛ-негативних партнерів. Як бачимо, відсоток тих, чий ВІЛ-позитивний статус був відомий респондентам перед проведеним дослідженням, серед самих опитаних і їхніх партнерів-СІН є фактично однаковим – 29% і 28,5%, відповідно.

Переходячи до результатів зв'язаного дослідження, зазначимо, що 25% опитаних виявилися ВІЛ-інфікованими (152 респонденти з 609 опитаних). Для порівняння: у шести містах серед СІН, котрі могли запросити своїх партнерів до дослідження, показник становив 29%, що не набагато більше, ніж серед СПСІН, відмінність є статистично не значимою. Нижче в табл. 5.2.2 представлено дані про те, яким чином співвідносяться самодекларований статус респондентів і статус за результатами зв'язаного дослідження.

Таблиця 5.2.2. Самодекларований ВІЛ-статус та ВІЛ-статус підтверджений результатами зв'язаного дослідження, (N=241), відсотки

Результати зв'язаного дослідження			Разом
	Позитивний	Негативний	
Самодекларація ВІЛ-статусу з попередніх тестувань	Позитивний (N=69)	94,2	5,8
	Негативний (N=172)	5,8	94,2
			100
			100

Виявилося, що 6% (4 випадки) самозадекларованих ВІЛ-статусів не були підтвержені результатами зв'язаного дослідження. Разом з тим, було виявлено 10 нових випадків зараження (6% від загальної кількості самодекларованих негативних ВІЛ-статусів). По 3 нових випадки зараження було виявлено в Києві і Миколаєві, 2 – у Запоріжжі, по 1 випадку – у Кривому Розі і Дніпропетровську. Серед них 5 чоловіків і 5 жінок; 1 випадок інфікування у віці 20–24 років, 9 випадків – у віці старше 25 років.

Для того щоб дізнатися, як багато СПСІН не знали про свій позитивний ВІЛ-статус, ми простежили також частку тих, хто знав про свій ВІЛ-статус, серед усіх опитаних.

52

Таблиця 5.2.3. ВІЛ-статус за результатами зв'язаного дослідження та ситуація перед дослідженням, (N=609), відсотки

Ситуація перед проведенням дослідження				Разом
	Знали про свій позитивний статус	Знали про свій негативний статус	Ніколи не проходили тестування, або не повідомили результатів	
Результати зв'язаного дослідження	Позитивний (N=152)	42,8	6,6	50,7
	Негативний (N=447)	0,9	35,4	63,7
				100,0
				100,0

Ці дані (табл. 5.2.3) показують, що серед 152 осіб, які є ВІЛ-інфікованими, 43% знали про свій ВІЛ-статус. 57% не знали, що вони є ВІЛ-позитивними через те, що попередній тест дав негативний результат (6,6%), через те, що вони не отримали його результатів (5,7%), а найчастіше – через те, що ніколи не проходили тестування (45%). Отже поведінка тих 78 осіб, котрі не знали про те, що є зараженими, є найбільш ризикованою. Серед СІН суттєво більше не знали про свій позитивний статус перед дослідженням – 68%.

У табл. 5.2.4. наведено розподіл ВІЛ-інфікованих за даними зв'язаного дослідження у різних групах.

Серед жінок відсоток інфікованих вище, ніж серед чоловіків (26% і 21%, відповідно), проте ці відмінності не є статистично значимими, $p>0,05$. У наймолодшій віковій групі (16–24 років) рівень інфікованості становить 15%, у групі 25–29 років – 21% (відмінність від попередньої групи є незначимою, $p>0,05$), у віковій групі 30–34 роки – 31% (відмінність від групи 16–24 років значуча на рівні 1%, $p<0,01$), у групі 35 і більше років – 28% (відмінність від групи 16–24 років значуча на рівні 1%, $p<0,01$).

Таблиця 5.2.4. ВІЛ-статус за результатами зв'язаного дослідження, розподіл за статтю, віком, стажем споживання наркотиків, типом споживання наркотиків, відсотки

		Позитивний	Негативний	Разом
Стать	Чоловіки (N=144)	20,8	79,2	100
	Жінки (N=465)	26,2	73,8	100
Вік	16–24 роки (N=103)	14,6	85,4	100
	25–29 років (N=133)	21,1	78,9	100
	30–34 років (N=131)	31,3	68,7	100
	35+ років (N=242)	28,1	71,9	100
Чи вживали наркотики ін'єкційним шляхом	Так (N=288)	35,9	64,1	100
	Ні (N=321)	15,1	84,9	100
Результат тестування партнера-СІН	Позитивний (N=198)	45,5	54,5	100
	Негативний (N=401)	14,7	85,3	100
Місто	Київ (N=57)	19,3	80,7	100
	Дніпропетровськ (N=29)	17,2	82,8	100
	Кривий Ріг (N=92)	40,2	59,8	100
	Запоріжжя (N=128)	3,9	96,1	100
	Сімферополь (N=153)	17,6	82,4	100
	Миколаїв (N=159)	44,7	55,3	100
Разом		25,0	75,0	100

Серед тих партнерів, котрі вживали коли-небудь наркотики ін'єкційним шляхом у два рази більше інфікованих, ніж серед тих, котрі не вживали наркотиків ін'єкційним шляхом (36% проти 15%, відмінність значуща на рівні 1%, $p<0,01$).

Серед респондентів, які мають інфікованого (за результатами зв'язаного дослідження) партнера-СІН, утричівищій рівень зараження, ніж серед тих, котрі мають ВІЛ-негативних партнерів-СІН (45,5% і 15%, відповідно, відмінність значуща на рівні 1%, $p<0,01$).

Найменший рівень зараження партнерів спостерігається у Запоріжжі (4%), найвищий – у Кривому Розі (44%) і Миколаєві (45%). Розрахувати значущість відмінностей між містами не вдалося через низьку кількість опитаних у кожному з міст.

5.3. Чинники інфікування ВІЛ: результати логістичної регресії

Для того, щоб перевірити сукупний вплив ризикових факторів, була застосована логістична регресія. У логістичних регресії перевірялися такі гіпотези:

- Частка ВІЛ-позитивних є більшою серед жінок через певні фізіологічні та соціальні фактори.
- Ймовірність заразитися ВІЛ зростає з віком респондентів.

- Ймовірність заразитися ВІЛ більша у тих партнерів СІН, які вживали ін'єкційні наркотики будь-коли у житті.
- Більшу ймовірність заразитися ВІЛ мають ті респонденти, які мають ВІЛ-позитивних СІН-партнерів.
- Ймовірність заразитися є тим більшою, чим довше СПСІН мав сексуальні контакти з СІН.
- Використання презервативу зменшує вірогідність зараження ВІЛ.
- У різних містах шанси зараження різні.

В аналізі застосовано три різних фінальніх моделі, які відрізняються за кількістю змінних, що були введені до кожної з них. Вибір трьох моделей був зумовлений тим, що наявність ВІЛ-інфікованого партнера-СІН є дуже сильним предиктором, який нівелює вплив таких предикторів, як вік і стать респондента. Разом з тим, ми змушені показати вплив віку на ймовірність зараження, оскільки цей чинник акумулює в собі різні ризики (ін'єкційні практики, незахищений секс), як і наявність ВІЛ-інфікованого СІН-партнера.

Кількість респондентів, охоплюваних моделями, є практично однаковою (від 599 до 609). При цьому кількість ВІЛ-позитивних в усіх трьох моделях фактично одна (149–152 респонденти), тобто, моделі різняться тільки змінними, а внутрішня структура вибірки (з огляду на характеристики ВІЛ-інфікованих) лишилася фактично ідентичною.

У фінальних моделях були залишені тільки ті змінні, які є статистично значимими, всі інші були усунуті (крім тривалості сексуального співжиття із СІН). У фінальних моделях залишилися такі змінні: стать, вік, вживання ін'єкційних наркотиків у минулому, ВІЛ-статус партнера-СІН, тривалість сумісного життя із СІН, місто. Такі змінні, як використання презерватива під час останнього статевого акту, частота використання презерватива протягом останніх 90 днів, наявність випадкових партнерів та вживання алкоголю, виявилися не пов'язаними з ризиком зараження ВІЛ.

Шанси заразитися порівнювалися таким чином:

- 1) шанси жінок заразитися ВІЛ по відношенню до шансів заразитися для чоловіків;
- 2) усі вікові групи порівнювалися з віковою групою 16–24 роки;
- 4) ті, хто вживав наркотики ін'єкційним шляхом, порівнювалися з тими, хто не вживав наркотики ін'єкційним шляхом;
- 5) ті респонденти, які мали ВІЛ-позитивного СІН-партнера, порівнювалися з тими, хто мав ВІЛ-негативного СІН-партнера;.
- 6) тривалість сексуального співжиття СПСІН з СІН: групи «1–2 роки», «2–5 років», «більше 5 років» порівнювалися з групою «до 1 року»;
- 7) мешканці міст Києва, Запоріжжя, Сімферополя, Кривого Рогу і Дніпропетровська (останні дві міста об'єднані в одну змінну – Дніпропетровська область) порівнювалися з мешканцями Миколаєва.

У першій моделі жінки мають майже удвічі вищу вірогідність бути зараженими ВІЛ, ніж чоловіки. З віком вірогідність зараження зростає, тільки ця тенденція не є прямолінійною. Найвищу вірогідність зараження має вікова група 25–34 років – вона у 2,2 разу частіше інфікується, ніж група 16–24 років. Група 35 і більше років має в 1,9 разу вищу вірогідність заразитися ВІЛ, проте це узагальнення статистично значиме на рівні 10%.

Майже втрічі підвищує вірогідність бути зараженим ВІЛ вживання наркотиків ін'єкційним шляхом.

У цілому ця модель показує таку схему зараження: жінки, старші респонденти і загалом споживачі ін'єкційних наркотиків (навіть якщо це було в минулому) мають вищу вірогідність бути інфікованим, ніж усі інші.

Таблиця 5.3.1. Результати логістичної регресії статі, віку та ВІЛ-статусу партнера на ймовірність зараження ВІЛ, коефіцієнти ($\exp(B)$)

	Модель 1 (N=609)	Модель 2 (N=599)	Модель 3 (N=599)
Жінки (у порівнянні з чоловіками)	1,79**	1,62*	1,08
Вікова група 25–29 років (у пор. з групою 16–24 роки)	1,28	1,21	1,33
Вікова група 30–34 роки (у пор. до групи 16–24 роки)	2,20**	1,86	2,26**
Вікова група 35 і більше років (у пор. з групою 16–24 роки)	1,88*	1,81	1,90
Вживали коли-небудь наркотики ін'єкційним шляхом (у порівнянні з тими, хто не вживав)	2,86***	2,91***	2,99***
Позитивний ВІЛ-статус партнера СІН	–	4,60***	3,36***
Стаж сексуального співжиття 1–2 роки (у пор. з групою до 1 року)	–	1,13	0,94
Стаж сексуального співжиття 2–5 років (у пор. з групою до 1 року)	–	1,12	0,80
Стаж сексуального співжиття більше 5 років (у пор. з групою до 1 року)	–	0,79	0,67
Київ (у порівнянні з Миколаєвом)	–	–	0,53
Сімферополь (у порівнянні з Миколаєвом)	–	–	0,27***
Запоріжжя (у порівнянні з Миколаєвом)	–	–	0,10***
Дніпропетровська область (у порівнянні з Миколаєвом)	–	–	0,92
Intercept (B)	-3,20***	-3,61***	-2,06***
Pseudo R-sq: Cox & Snell	0,068	0,155	0,214
Pseudo R-sq: Nagelkerke	0,101	0,230	0,318

Рівень значимості: *: <0,1, **:< 0,05, ***:< 0,01.

Друга модель подає дещо іншу картину зараження. Жінки так само мають майже у два рази вищу вірогідність зараження, проте це узагальнення є статистично значимим на рівні 10%. Вік уже не відіграє статистично значимої ролі, але вживання наркотиків все так само майже втричі підвищує вірогідність бути інфікованим ВІЛ.

Разом з тим, у другій моделі ми можемо побачити вплив такого фактора, як наявність ВІЛ у близької людини (сексуального партнера-СІН). Наявність ВІЛ-інфекції у партнера-СІН підвищує вірогідність зараження майже в 5 разів. Той факт, що коефіцієнти для вікових груп стали незначимими після включення до рівняння змінної «наявність ВІЛ-інфікованого партнера», говорить про те, що СПСІН переважно були заражені статевим шляхом. Проте в цьому не можна бути абсолютно впевненим, адже половина опитаних (288 респондентів) вживали наркотики ін'єкційним шляхом раніше і могли заразитися від того самого партнера-СІН тільки через голку. Відсутність інформації про момент зараження також не дає можливості дізнатися, хто заразив кого, СІН – СПСІН чи навпаки. Деякі поведінкові змінні, проаналізовані в розділах 2 та 3, дають підставу припустити, що СПСІН, знайомі з СІН віднедавна, самі могли бути джерелом зараження СІН.

Тривалість сумісного життя з СІН є не значимим фактором (так само не-значимими є використання презервативів під час останнього контакту, частота вживання презервативів протягом останніх 90 днів – в моделі ці змінні не показані).

У третій моделі вплив міста проживання СПСІН змінює значущість фактора статі: жіноча стать є абсолютно не значущим фактором ($p=0,749$), натомість факт проживання в певних містах є дуже сильним предиктором зараження ВІЛ, який «перетягує» на себе значну частину поясненою варіації. Факт проживання у Миколаєві та Кривому Розі збільшує ймовірність бути зараженим приблизно в 10 разів у порівнянні з Запоріжжям та у 3,5 разу в порівнянні із Сімферополем. Запоріжжя має на 90% меншу вірогідність інфікування, Сімферополь – на 73% меншу вірогідність, ніж Миколаїв. Кривий Ріг і Дніпропетровськ (об'єднані в Дніпропетровську область) показують подібні шанси до зараження, що і в Миколаєві. Відмінності з Києвом не є значимими через малу наповнюваність груп.

У третій моделі, знову посилився фактор віку: зокрема, представники вікової групи 30–34 років мають удвічі більші шанси бути інфікованими, ніж групи 16–24 років. Вживання наркотиків ін'єкційним шляхом стабільно залишається значимим фактором, підвищуючи шанси бути інфікованим у три рази.

Позитивний ВІЛ-статус СІН сексуального партнера СПСІН так само залишається сильним фактором, підвищуючи шанси на зараження в 3,4 разу.

Тривалість сумісного життя, як і в другій моделі, не є значимим фактором (так само не значимими є вживання презервативів під час останнього контакту, частота застосування презервативів протягом останніх 90 днів – в моделі ці змінні не показані).

«Сексуальний шлях зараження» було ідентифіковано за допомогою аналізу респондентів по категоріях «вживали/не вживали наркотики ін'єкційним шляхом». Зокрема, вдалося з'ясувати, що в категорії тих, що не вживали наркотики ін'єкційним шляхом, але при цьому мали ВІЛ-позитивних партнерів-СІН, рівень зараження становив 34% (33 респонденти). У категорії тих, що вживали наркотики ін'єкційним шляхом і при цьому мали ВІЛ-позитивних партнерів-СІН, рівень зараження становив 56% (відмінність є значимою на рівні 1%, $p<0,01$). Поки що це свідчить тільки про те, що ін'єкційні зараження є вагомим фактором передачі ВІЛ між партнерами. Разом з тим, ми не маємо достатніх підтверджень, що 34% заражень в категорії «не вживали наркотики ін'єкційним шляхом» є результатом тільки незахищених сексуальних стосунків.

ВИСНОВКИ

- 75% СПСІН – це жінки, що цілком відповідає частці чоловіків, які мали сексуальних партнерів, у популяції СІН шести міст- (75%), і показує те, що СІН запросили до опитування сексуальних партнерів протилежної статі.
- За віком, цивільним станом, освітою, родом зайнятості, місцем народження сексуальні партнери СІН практично не відрізняються від СІН.
- Майже половина СПСІН вживали наркотики ін'єкційним шляхом будь-коли в житті, найпізніше – 4 місяці тому. 63% також вживали наркотики неін'єкційним шляхом.
- Оцінка частки тих, хто використовував нестерильний шприц під час останньої ін'єкції, серед сексуальних партнерів СІН, які у минулому вживали наркотики, є проблематичною, оскільки щоп'ятиріз з них не пам'ятає обставин останньої ін'єкції. Однак можна стверджувати, що цей показник напевно не є меншим, ніж серед СІН.
- 78% опитаних мали сексуальні контакти з СІН менше п'яти років.
- Переважна більшість опитаних (89%) відзначили, що їхні сексуальні партнери-СІН постійні.
- Група СПСІН, сексуальні зв'язки яких із СІН тривали менше року, практикує більш ризиковну поведінку, ніж пов'язані із СІН протягом довшого часу. Серед них більше тих, хто вживав наркотики будь-коли в житті, вони раніше розпочали сексуальне життя, частіше вживають алкоголь, мають більшу кількість сексуальних партнерів та більше випадкових і комерційних сексуальних зв'язків.
- Сексуальна поведінка СПСІН є також дуже подібною до поведінки СІН. Приблизно половина тих та інших використовували презерватив під час останнього статевого акту, трохи більше 10% мали комерційних партнерів. Єдина відмінність полягає в тому, що СПСІН трохи частіше надавали платні послуги, а СІН – платили за сексуальні послуги.
- Серед хвороб, якими опитані СПСІН хворіли протягом останніх 12 місяців, найбільш поширеними виявилися гепатит С (5%), гонорея (5%), туберкульоз (4%); найменш поширеними – хламідіоз (2%) та гонорея (1%).
- Протягом останніх 12 місяців СПСІН хворіли одразу на декілька хвороб: на гепатити В і С, хламідіоз і геніталійний герпес.

- Захворюваність на ІПСШ серед тих СПСІН, котрі коли-небудь вживали наркотики, є подібною до СІН; решта СПСІН хворіють менше.
- Серед опитаних 77% знають, де пройти тестування на ВІЛ у разі потреби. 81% повідомили, що в них є можливість пройти тест анонімно. 85% опитаних вважають, що тестування є для них доступним. У цілому ці дані не відрізняються від результатів опитування СІН.
- 45% з усіх опитаних СПСІН проходили тестування на ВІЛ, що цілком відповідає рівню тестування серед СІН – 46%.
- 11% заявили про свій ВІЛ-позитивний статус. У результаті зв'язаного дослідження виявлено 25% позитивних тестів серед усіх опитаних сексуальних партнерів СІН.
- 33% сексуальних партнерів СІН були зараженими ВІЛ, згідно з даними зв'язаного дослідження СІН у шести містах, де опитували їхніх сексуальних партнерів.
- Жінки мають майже удвічі вищу вірогідність заразитися ВІЛ, ніж чоловіки.
- З віком вірогідність зараження зростає, тільки ця тенденція не є прямолінійною. Найвищу вірогідність зараження має вікова група 25–34 років – її представники інфікуються у 2,2 разу частіше, ніж групи 16–24 років.
- Майже в три рази підвищує вірогідність бути зараженим ВІЛ вживання наркотиків ін'єкційним шляхом.
- Наявність ВІЛ-інфекції у партнера-СІН майже в 5 разів підвищує вірогідність бути зараженим.
- Факт проживання в Миколаєві та в Кривому Розі збільшує ймовірність бути зараженим у 10 разів у порівнянні із Запоріжжям та у 3,5 разу в порівнянні із Сімферополем.
- Рівень обізнаності про шляхи передачі ВІЛ є вищим серед СПСІН, ніж серед СІН.
- Охоплення профілактичними програмами є набагато вищим серед СІН (46,5%), ніж серед СПСІН (5%), оскільки мало хто із СПСІН отримував безкоштовні презервативи.

ДИСКУСІЯ

Основна проблема полягає в тому, наскільки отримані результати окреслюють популяцію «сексуальних партнерів СІН». Половина СПСІН вживала наркотики ін'єкційним шляхом у минулому, а отже належить, скоріше, до популяції СІН. Фактори ризику серед таких партнерів мають бути подібними до таких серед СІН, а отже сумнівним є їх об'єднання в одну популяцію з не-СІН. З іншого боку, видалення таких партнерів СІН з вибірки не дало б узагалі адекватної представленості тих, хто був близьким із СІН.

Наявність ВІЛ-інфікованого сексуального партнера-СІН виявилася значимим предиктором зараження СПСІН. Проте відсутність інформації про те, коли саме відбулось зараження обох партнерів, не дає можливості зробити висновок про те, хто став джерелом зараження – СІН чи СПСІН. Деякі поведінкові характеристики СПСІН – вживання наркотиків ін'єкційним шляхом у минулому, схильність до небезпечних сексуальних практик – свідчать на користь припущення про те, що СПСІН могли бути джерелом зараження однаковою мірою із СІН.

Описані труднощі з визначенням популяції СІН привели також до неможливості встановити, яким шляхом відбулося зараження – через нестерильний шприц тоді, коли СПСІН вживали наркотики, чи через статевий контакт з СІН.

У ході дослідження було виявлено значну відмінність поведінкових характеристик за ознакою тривалості контактів із СІН. Так, ті, хто знайомий з СІН віднедавна, частіше вживали наркотики в минулому, більше схильні до небезпечних сексуальних зв'язків, хоч і частіше використовують презервативи, ніж ті, хто знайомий із СІН давно. Причому, ці відмінності не пояснюються виключно молодшим віком тих СПСІН, котрі підтримують сексуальні контакти із СІН протягом недовгого часу. Отже можна припустити, що відбуваються досить швидкі поколінні зміни, суттю яких є те, що нові сексуальні партнери СІН показують щораз більш ризикований поведінку, що робить їх більш подібними до СІН за стилем життя. Проте через невизначеність популяції СІН можна також припустити, що СПСІН, які мали сексуальні стосунки з СІН віднедавна, були запрошенні за іншою схемою, ніж ті, з ким СІН знайомі давно. Це могли бути випадкові знайомі, частину з яких СІН називають постійними, проте їх не пов'язує міцний зв'язок. Відтак неможливо підтвердити гіпотезу про поколінні зміни у поведінці тих, хто підтримує тісні стосунки з СІН.



60