

АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ЗВ'ЯЗАНОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

«Моніторинг поведінки та
поширеність ВІЛ-інфекції
серед споживачів
ін'єкційних наркотиків»

Київ 2010

Авторський колектив:

**Наталія Погоріла; Юрій Таран;
Іван Колодій; Тетяна Дієва**



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

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

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

© 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@aid alliance.org.ua
<http://www.aidsalliance.org.ua>

ЗМІСТ

ВСТУП	5
ГЛОСАРІЙ	7
МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	9
ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ	15
Розділ 1. ДЕМОГРАФІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ СІН	20
1.1. Аналіз соціодемографічних параметрів за агрегованою вибіркою	20
1.2. Аналіз розподілу жінок та чоловіків та вікових груп у 17 містах	23
1.3. Структурні зміни в популяції СІН шести міст у 2007–2009 рр.	27
Розділ 2. РІВЕНЬ ЗНАНЬ ПРО ВІЛ/СНІД	31
2.1. Знання щодо передачі ВІЛ-інфекції	31
2.2. Суб'єктивна оцінка ризику інфікування ВІЛ	36
Розділ 3. ПРАКТИКА ВЖИВАННЯ НАРКОТИКІВ ІН'ЄКЦІЙНИМ ШЛЯХОМ	40
3.1. Тривалість вживання наркотиків	40
3.2. Поширеність вживання різних видів наркотиків	42
3.3. Частота ін'єкцій	48
3.4. Практики використання ін'єкційного інструментарію	50
3.5. Використання стерильного інструментарію: за результатами досліджень 2007–2009 рр.	56
Розділ 4. ДОТРИМАННЯ ЗАХОДІВ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПЕРЕДАЧІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ПІД ЧАС СЕКСУАЛЬНИХ КОНТАКТІВ	58
4.1. Рівень сексуальної активності СІН	58
4.2. Практика використання презервативів під час гетеросексуальних контактів	67
4.3. Причини нерегулярного використання презервативів	72
4.4. Використання презервативів під час останнього статевого акту: за результатами досліджень 2007–2009 рр.	73

Розділ 5. КОРИСТУВАННЯ ПОСЛУГАМИ З ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ	76
5.1. Діагностика та лікування хвороб, що передаються статевим шляхом.....	76
5.2. Доступність дотестового консультування для СІН та звернення за тестуванням	86
5.3. Звернення за тестуванням на ВІЛ: за результатами досліджень 2007–2009 рр.	89
5.4. Охоплення СІН профілактичними програмами.....	92
Розділ 6. РЕЗУЛЬТАТИ ЗВ'ЯЗАНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СЕРЕД СІН	96
6.1. Поширеність ВІЛ та сифілісу	96
6.2. Чинники зараження ВІЛ: результати логістичної регресії	99
6.3. Чинники інфікування ВІЛ: результати логістичної регресії в межах міст, де проводилось дослідження	101
4 ВИСНОВКИ	111
ДИСКУСІЯ ТА ОБМЕЖЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	114
ДОДАТОК 1	117
ДОДАТОК 2	119

За даними офіційної статистики, поширеність ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків протягом останніх 3-х років 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 осіб, 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, підтверджену як даними офіційної статистики, так і результатами дозорних епідеміологічних досліджень в окремих містах (м. Харків, Херсон, Черкаси).

Моніторингові дослідження серед споживачів ін'єкційних наркотиків проводяться в Україні з 2001 року. З 2007 року моніторинг поведінки СІН поєднується із тестуванням крові респондентів на ВІЛ. Особливістю дослідження 2009 року є включення до його географії областей, які традиційно відносять до регіонів «другої хвилі», тобто областей, де згідно з офіційними даними поширеність ВІЛ є нижчою у порівнянні з іншими регіонами. В 2009 році із 14 регіонів, де проводилося дослідження серед СІН, вперше були включені такі області: Вінницька, Житомирська, Закарпатська, Запорізька, Івано-Франківська, Чернівецька, Чернігівська. Крім того, в 2009 році респондентам було запропоновано тестування крові не лише на ВІЛ, але і сифіліс, що також є новітньою практикою. Результати дослідження вказали на необхідність постійного моніторингу ситуації в зазначених областях та проведення профілактичної роботи.

В 2009 році дослідження проводилось Українським інститутом соціальних досліджень ім. О. Яременко у співпраці з Українським центром профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України на замовлення МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».

Даний звіт містить інформацію про ризиковані поведінкові практики СІН, як ін'єкційні так і сексуальні, а також рівень знань про шляхи передачі ВІЛ, охоплення СІН профілактичними програмами. Окрему увагу приділено результатам зв'язаного дослідження – тестування крові респондентів на ВІЛ та сифіліс та чинникам інфікування ВІЛ.

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

Глосарій

Генеральна сукупність – спільнота, на яку поширюються висновки, що їх було зроблено на підставі аналізу вибіркової сукупності.

RDS (Respondent-driven sampling) – вибірка, що спрямовується і реалізується респондентами) методика пошуку та відбору респондентів з важкодосяжних популяцій. Є вдосконаленим варіантом методу «снігової кулі»: респонденти-рекрутери, які відібрані не випадковим чином, здійснюють відбір інших респондентів. У разі належного дотримання вимог методика дає можливість кращої представленості популяції у вибірці, ніж інші методи не випадкового відбору.

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

Рекрутер – людина, яка, пройшовши інтерв'ю, отримала купони, за допомогою яких можна рекрутувати інших респондентів.

Вторинні респонденти – респонденти, яких запросили до участі в дослідженні первинні респонденти або рекрутери.

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

«Ланцюжок» – усі респонденти, які потрапили в дослідження внаслідок рекрутування певним первинним респондентом; довгий ланцюжок забезпечує кращу реалізацію методики.

RDSAT – програмне забезпечення, яке дозволяє аналізувати дані, зібрані за методикою RDS. Використання аналітичного пакета методики RDSAT дає можливість визначити структурні характеристики цільової групи дослідження та поширити отримані результати на всю когорту СІН.

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

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

Момент стабілізації вибірки (еквілібріум, або рівновага) – точка, в якій характеристики вибірки вже не змінюються, незважаючи на те, скільки ще людей буде до неї включено.

Визначення хвили, після якої певний статистичний показник вже більше не змінюється.

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

Методологія дослідження

Завдання та гіпотези дослідження

Серед основних завдань дослідження було:

1. Провести поведінкове дослідження серед 3950 СІН у 16 регіонах України: Рівненській, Житомирській, Івано-Франківській, Вінницькій, Чернігівській, Запорізькій, Тернопільській, Чернівецькій, Закарпатській, Черкаській, Дніпропетровській (міста Дніпропетровськ та Кривий Ріг), Миколаївській, Луганській (м. Сєверодонецьк), Львівській (м. Червоноград) областях та м. Києві. Для формування вибірки застосовувати метод рекрутингу респондентів RDS – вибірка, що спрямовується і реалізується самими респондентами.

2. Забезпечити тестування крові респондентів із застосуванням експрес-тестів на ВІЛ (3950 осіб з числа СІН) та сифілісу (3950 осіб з числа СІН), тобто провести зв'язане дослідження.

3. Визначити рівень поінформованості та характеристики поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків.

4. Вивчити фактори, які призвели до інфікування ВІЛ споживачів ін'єкційних наркотиків на рівні регіонів.

5. Провести порівняння ключових індикаторів, внесених до Національних показників моніторингу та оцінки ефективності заходів, які забезпечують контроль за епідемією ВІЛ/СНІД, у 2007 та 2009 рр. на рівні 6 міст, де дослідження проводилося як у 2007-му, так і в 2009 р.: Сімферополя, Дніпропетровська, Кривого Рогу, Києва, Миколаєва та Черкас.

Робочі гіпотези проекту:

1. Поведінка чоловіків, молодих СІН та споживачів опіатів є більш ризикованою у практиці ін'єкцій та статевому житті, ніж поведінка жінок, старших СІН та споживачів стимуляторів.

2. Знання СІН щодо шляхів інфікування ВІЛ покращуються з часом, а кількість СІН, які звертаються за тестуванням на ВІЛ, отримують результат тесту та почали дотримуватися поведінки, що знижує ризик передачі ВІЛ, зростає з року в рік.

3. Головним чинником інфікування ВІЛ є небезпечні практики вживання ін'єкційних наркотиків, користування нестерильним інструментарієм, незахищений секс.

4. Ймовірність інфікування ВІЛ залежить від тривалості та частоти небезпечних практик: стажу вживання ін'єкційних наркотиків, регулярності користування нестерильним інструментарієм, кількості партнерів для незахищеного сексу та ін'єкцій, регулярності небезпечних сексуальних стосунків.

5. Рівень поширення ВІЛ, а також фактори інфікування є різними в залежності від області, регіону.

Дизайн дослідження та відбір респондентів

Для збору даних в рамках інтегрованого біоповедінкового дослідження була застосована методологія RDS (Respondent Driven Sampling – вибірка, яка спрямовується та реалізується самим респондентом) Накопичений досвід проведених досліджень засвідчує ефективність використання методики RDS для моніторингу поведінки представників важкодоступних груп. Перевагою методики RDS, з-поміж інших методик, є те, що вона допомагає вийти на представників латентних груп, таких як молоді СІН, жінки-СІН та забезпечити статистичну репрезентативність отриманих даних. Дослідження, проведені у 2007-2009 рр., дозволяють проводити порівняння деяких показників на рівні регіонів та робити попередні висновки про новітні тенденції у поширенні ВІЛ та змінах у поведінці.

Таблиця 1.1. Завдання щодо вибіркової сукупності

	Місто	У тому числі, первинних респондентів...		
		Основних	Первинні респонденти	
		Фактична кількість опитаних СІН	основні	додаткові
1.	Сімферополь	252	4	2
2.	Вінниця	250	4	2
3.	Дніпропетровськ	249	4	2
4.	Кривий Ріг	249	4	2
5.	Житомир	250	4	2
6.	Ужгород	100	2	–
7.	Запоріжжя	249	4	2
8.	Івано-Франківськ	250	4	2
9.	Київ	407	4	6
10.	Сєверодонецьк (Луганська обл.)	253	4	2
11.	Червоноград (Львівська обл.)	249	4	2
12.	Миколаїв	250	4	2
13.	Рівне	254	4	2
14.	Тернопіль	101	2	–
15.	Черкаси	249	4	2
16.	Чернівці	101	2	–
17.	Чернігів	250	4	2
	Разом	3962	64	30

Поведінкове дослідження передбачало проведення особистого інтерв'ю зі споживачами ін'єкційних наркотиків, а також тестування крові на ВІЛ та сифіліс. Дослідження було проведено у 17 містах України. Польовий етап тривав з 23 червня по 30 вересня 2009 р. Вибірка дослідження складала 3962 СН у віці від 14 років. Для кожного міста передбачалося від 2 до 4 первинних респонденти. У тих містах, де рекрутинг відбувався повільно, вводились додаткові первинні респонденти. Структуру вибірки та кількість первинних респондентів для кожного міста подано в табл. 1.1.

Відбір первинних респондентів у кожному місті відбувався у відповідності до таких критеріїв¹:

- один респондент жіночої статі;
- один респондент віком 14–18 років;
- один респондент зі стажем вживання наркотиків менш ніж два роки;
- один респондент, який вживає „наркотики-стимулятори (кокаїн, амфетаміни, метамфетаміни у вигляді порошку, метамфетаміни у вигляді розчину, меткатинон, катинон, метиледіоксиметамфетамін тощо);
- респонденти з негативним ВІЛ-статусом становлять 50%;
- у респондента було достатньо близьких друзів та знайомих, тобто тих, з ким він/вона проводить більшу частину свого вільного часу;
- респонденти повинні мешкати в різних районах міста;
- респондент не брав участі в опитуваннях протягом останніх 6 місяців.

Проведення зв'язаного дослідження

Опитування респондентів пов'язувалося із проведенням тестування крові на ВІЛ та сифіліс. Тестування відбувалось із застосуванням швидких тестів (Cito test HIV, cito test Syphylis).

Етичні засади дослідження

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

Основні підходи до аналізу даних

Здебільшого для аналізу даних використовувалися описові статистики – одномірні та двомірні розподіли. Для визначення чинників інфікування ВІЛ, описаних в розд. 6, застосовано регресійні моделі. Головною залежною

¹ Первинний респондент може відповідати декільком з наведених параметрів, наприклад, це може бути жінка віком від 14 до 18 років, яка вживає наркотики-стимулятори.

змінною аналізу є ВІЛ-статус респондента, який було встановлено в результаті тестування в ході дослідження.

Головними змінними, за допомогою яких пояснюється варіація залежної змінної, є: стать, вік та регіон проживання респондента, стаж вживання стимуляторів, тип наркотику – опіат чи стимулятор. За допомогою цих змінних пояснюється не тільки варіація ВІЛ-статусу, але й схильність до ризикованої поведінки. Неосновними пояснювальними змінними є освіта та подружній статус. Ці змінні застосовуватимуться як пояснювальні тільки до варіації ВІЛ-статусу, обізнаності у сфері передачі ВІЛ та сексуальної поведінки.

Змінні, які стосуються схильності до незахищеної практики проведення ін'єкцій та сексуального життя, виступають одночасно як залежні, так і пояснювальні змінні. Спочатку вони пояснюються з допомогою головних незалежних змінних, а потім – з їх допомогою пояснюється головна залежна змінна – ВІЛ-статус. До цих змінних належать: частота вживання наркотичної речовини, вживання стерильного інструментарію, кількість партнерів, з якими спільно використовують шприц, типи та кількість сексуальних партнерів, використання презервативів з різними типами партнерів.

Крім того, аналізується ще кілька змінних, які не стосуються цієї пояснювальної схеми, але мають самодостатню вартість як важлива інформація про структуру популяції СІН та їх поведінку. Це запитання про досвід початку вживання наркотиків, про досвід тестування на ВІЛ та лікування ІПСШ, звертання до профілактичних програм, а також суб'єктивна оцінка ризику зараження ВІЛ для себе.

Обробка за допомогою RDSAT

Обробка даних за допомогою пакета обробки RDSAT передбачає роботу з локальними мережами, внутрішньо пов'язаними відносинами знайомства, для яких тільки і розраховуються довірчі інтервали за методом BOOT STRAP. Тобто аналіз за допомогою програмного пакета RDSAT передбачав би статистичні висновки окремо для 17 сайтів, де проводилося дослідження. Але з огляду на той факт, що предметом аналізу є ситуація для країни в цілому, та неможливість провести аналіз для ряду сайтів через невеликі вибірки підгруп СІН вирішено імпортувати ваги, розраховані в RDSAT, у статистичний пакет SPSS, де і здійснювалась оцінка довірчих інтервалів, значимості відмінностей тощо.

Результати такої оцінки є набагато точнішими, ніж звичайні вибіркові середні, оскільки програма RDSAT при розрахунку оцінки враховує розмір мережі та різні способи рекрутування респондентів. «Вага» враховує розміри мережі знайомих СІН кожного респондента і є вищою для тих СІН, які мають малу мережу знайомих, та нижчими для тих, хто має велику. Таке зважування допомагає зменшити похибку вибірки, притаманну методіві «снігової кулі», яка полягає у над- або недопрезентації певних груп через причину саморекрутування активної частини популяції.

Абсолютні числа подані за незваженим масивом. Тому підрахунок відсотків за абсолютними числами може не збігатися з поданими в тексті відсотками, адже останні розраховані за зваженим масивом.

Отже, переважно аналіз здійснювався за допомогою пакета SPSS на зваженому за віком масиві. За допомогою пакета RDSAT розраховувалися:

- дані у підрозд. 3.2, які стосуються розподілу респондентів у досліджених містах за статтю та віком;

- регресійні моделі у 17 містах щодо інфікування ВІЛ;
- порівняльні дані для 6 міст для 2007–2009 рр.

Довірчі інтервали та значущість відмінностей

Довірчі інтервали для даних, розрахованих на національному рівні, обчислено за допомогою статистичного пакета SPSS методом відкладення двох стандартних похибок від значення середнього.

Значущість усіх відмінностей у відсотках між різними групами перевірялася за статистичними критеріями значимості Пірсона за допомогою статистичного пакета OCA.

Значущість відмінностей у середніх підраховувалася за критерієм Шеффе, пакет SPSS, за методом дисперсійного аналізу ANOVA.

Як критерій значимості використовувався p-value – ймовірність того, що знайдена відмінність є незначущою. Вислів «різниця значуща, $p < 0,01$ » означає, що відмінність є статистично значущою на рівні 1%, тобто ймовірність хибного визначення відмінності як незначимої становить менше 1%. Вислів «різниця значуща, $p < 0,05$ » означає, що відмінність є статистично значущою на рівні 5%, а ймовірність хибного визначення відмінності як незначимої становить менше 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 як незначимої є, з точки зору статистичної конвенції, великою.

Багатовимірне моделювання факторів зараження ВІЛ

Задля перевірки гіпотез щодо чинників зараження ВІЛ у розд. 6 було побудовано статистичні багатовимірні моделі (логістичні регресії) відносного впливу різноманітних факторів на інфікування ВІЛ.

Метод логістичної регресії оснований на визначенні 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. Для змінних, де є тільки одна категорія змістовної відповіді (наприклад, стать або наявність статевих контактів протягом року), такою референтною групою виступає та частина популяції, яка не є носієм певного змісту і має значення «0». Наприклад, жінки є референтною групою для чоловіків; ті, хто не мав сексу протягом року, для тих, хто мав, і т.п. Коефіцієнти логістичної регресії в нашій моделі являють собою оцінку шансу того, що ми знайдемо представників певної групи серед тих, хто є ВІЛ-інфікованим, згідно з даними нашого зв'язаного дослідження.

Якщо метою аналізу є отримання зрозумілої інтерпретації, то бажано перекодувати усі змінні, включаючи метричні, як біномінальні (ті, що мають два значення, наприклад «1» та «0»). Залежною змінною в 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.

Обробка пропущених даних

У звіті подано відсотки до числа респондентів, які дали змістовні відповіді на запитання анкети. На початку кожного розділу наведено дані про те, якої категорії опитаних стосувалися запитання, і скільки їх відповіло на ці запитання. У заголовку кожної таблиці подано кількість респондентів, яких стосується конкретне запитання анкети, за винятком тих, хто не дав відповіді на запитання. Якщо відсотки розраховувалися у групах (так звані двомірні таблиці), то в дужках подавався розмір групи, який служив за 100%.

Аналіз динаміки змін у порівнянні з даними дослідження серед СІН 2007 р.

З метою аналізу динаміки змін поведінки, знань, рівня поширеності ВІЛ тощо серед СІН результати досліджень 2009 р. порівнюються із результатами моніторингу 2007 р. Порівняння доступне лише для 6 міст, в яких проводилися опитування як у 2007-му, так і в 2009 рр: Сімферополя, Миколаєва, Дніпропетровська, Кривого Рогу, Києва та Черкас.

Основні результати дослідження

Аналіз соціально-демографічного складу СІН показав, що, як і раніше, споживання ін'єкційних наркотиків притаманне переважно чоловікам – їх частка серед СІН становить 75%.

Середній вік опитаних СІН становить 30 років; середній вік у різних містах коливається від 22 у Червонограді до 37 у Кривому Розі. Можна стверджувати, що наймолодші СІН проживають у Західному та Центральному регіонах України, а найстаріші – у Східному та Південному.

Зміни, зафіксовані у шести обласних центрах України у 2007–2009 рр., головним чином сигналізують про постаріння популяції СІН. Можна констатувати значне постаріння популяції СІН у великих містах Східної та Південної України майже до повного зникнення групи молодших 25 років.

У Миколаєві відбулося скорочення наполовину частки жінок у складі СІН.

Серед досліджуваної сукупності надзвичайно великою є частка СІН з великим стажем споживання наркотиків. Переважно популярністю користується екстракт опію (74%), на другому місці з великим відривом – метамфетамін у вигляді розчину (16%).

Ті СІН, що вважають своїм основним наркотиком стимулятори, становлять приблизно четверту частину. Решта таким наркотиком вважають опіати. 22% споживачів протягом минулого місяця вживали як опіати, так і стимулятори. Споживачів стимуляторів від споживачів опіатів відрізняє більша частка жінок, молодих споживачів та менша частота ін'єкцій.

Показник обізнаності з питань ВІЛ/СНІД серед СІН становить 58%². Рівень обізнаності є вищим серед СІН із більшим стажем вживання (загальна тенденція – чим більший стаж, тим вищий рівень знань), з вищою або середньою освітою, а також серед тих, хто зазначив опіати як основний вид наркотику для себе.

Відносно високим вважають ризик бути інфікованими споживачі опіатів. Своєрідним переломом можна вважати вік 25 років: починаючи з цього віку СІН оцінюють ризик інфікуватися як відносно високий. Молодші СІН надають цьому значно менше ваги. Респонденти, які мали сексуальні контакти із комерційними партнерами, оцінюють ризик бути інфікованими вище, ніж ті, що мали контакти з постійними або випадковими партнерами, або ті, хто не мав статевих контактів. Респонденти, які в ході дослідження вперше тестувалися на ВІЛ і виявилися позитивними, загалом оцінювали свій ризик бути інфікованими як цілком вірогідний і п'ятдесят на п'ятдесят (відсотки розподілилися майже однаково).

² Відсоток СІН, які дали правильну відповідь на 5 запитань щодо шляхів передачі ВІЛ.

Рівень охоплення СНІ профілактичними програмами становить 40%³. Споживачі опіатів охоплені профілактичними програмами краще, ніж споживачі стимуляторів. СНІ із великим стажем (починаючи від шести років і далі) також краще охоплені програмами, ніж ті, хто розпочав вживання наркотиків відносно недавно. Дуже нерівномірним є охоплення програмами в розрізі міста проживання.

Показник використання стерильного ін'єкційного інструментарію під час останньої ін'єкції становить 90%⁴. Великих відмінностей між чоловіками і жінками, віковими групами та групами за стажем, які б вказували на тенденції у використанні стерильних шприців, виявлено не було. З-посеред 17 міст України можна виокремити два, в яких показники використання стерильного інструментарію є найнижчими, – передусім Житомир (60%) та Черкаси (83%). У решті міст цей показник становить 85–95%. Споживачі стимуляторів практикують більш безпечні ін'єкційні практики.

Що ж стосується ін'єкційних практик протягом останніх 30 днів, то переважна більшість СНІ (85%) повідомляє, що не використовувала нестерильних шприців протягом цього періоду. Проте досить значна їх частка (57%) визнає, що отримували наркотик з наповненого шприца, а 69% визнають використання спільного посуду для приготування розчину для ін'єкцій.

Гіпотеза про те, що жінки, як особи пасивні у справі пошуків наркотиків, а відтак залежні від чоловіків, частіше, ніж чоловіки визнають, що використовували шприц після того, як хтось уже зробив ним собі ін'єкцію, підтверджується. Але жінки також дещо частіше схильні передавати свої шприци іншим СНІ, ніж чоловіки.

З віком СНІ переходять на більш інтенсивний режим ін'єкцій. Ті, хто використовує нестерильний інструментарій, з віком частіше його дезінфікують. Тенденції щодо вживання нестерильних шприців та спільного посуду для приготування наркотиків різноспрямовані, якщо брати до уваги вік: з віком СНІ використовують щораз більше стерильних шприців, але в той же час вдаються до приготування наркотуку в спільному посуді.

Поведінка споживачів опіатів є набагато ризикованішою у практиці ін'єкцій, ніж у споживачів стимуляторів, – вони частіше роблять ін'єкції, передають один одному шприци та використовують спільний посуд для приготування наркотуку. З іншого боку, споживачі стимуляторів починають ін'єкційні практики раніше, ніж споживачі опіатів, та частіше вживають алкоголь.

Порівняння шести міст показали, що у 2009 р. значно збільшилась група СНІ зі стажем понад 10 років. Ця зміна є цілком відповідною постарінню популяції СНІ, про яку йшлося вище. Зміни в структурі споживання говорять про збільшення групи СНІ, які практикують змішане споживання наркотиків: вживають як опіати, так і стимулятори. Тобто постаріння популяції СНІ супроводжується майже повним переходом на опіати в одних містах та збільшення споживання стимуляторів – в інших, а отже зростанням змішаного споживання опіатів та стимуляторів.

У Кривому Розі, Сімферополі, Миколаєві та Черкасах відбувся перехід на практично 100%-не вживання опіатів. Водночас у Кривому Розі та Миколаєві частка тих, хто вживає стимулятори, значно знизилась. У Києві спостерігалось зниження споживання опіатів на 22% та збільшення споживання стимуляторів на 26%. У Черкасах спостерігалось підвищення споживання

³ Відсоток респондентів, які відповіли, що протягом останніх 12 місяців отримували безкоштовно презерватив та шприц і знають, де пройти тестування на ВІЛ.

⁴ Відсоток СНІ, які повідомили, що під час останньої ін'єкції скористалися стерильним шприцом та голкою.

опіатів разом зі збільшенням споживання стимуляторів учетверо. Таким чином, у 2009 р. Черкаси та Київ вирізняються найбільшою кількістю випадків «змішаного» споживання наркотиків: протягом 30 днів у цих двох містах майже 100% СІН вживали опіати і водночас 63% у Черкасах та 45% у Києві вживали стимулятори.

Дані показують значну схильність СІН до випадкових, багатопартнерних та комерційних сексуальних зв'язків. Середня кількість сексуальних партнерів протягом трьох місяців перед опитуванням становить 2,5. У більшій мірі ця схильність проявляється серед чоловіків, молодих СІН, неодружених СІН та мешканців окремих міст. Трохи менше третини СІН, опитаних у Сімферополі, Запоріжжі та Черкасах, декларували випадки комерційного сексу протягом останніх 3 місяців перед опитуванням.

Споживачі стимуляторів, СІН у віці 25–34 роки та СІН, схильні до ризикованих контактів, вирізняються більшою частотою сексуальних контактів, ніж споживачі опіатів, молодші та старші СІН. Проте за кількістю сексуальних партнерів ці категорії не відрізняються одна від одної.

Серед опитаних 44% повідомили про те, що їх постійний статевий партнер є СІН. Найчастіше постійні партнери-СІН трапляються у чоловіків, СІН 25–34 років та СІН зі стажем 6 років і більше. Складається враження, що чоловіки надають перевагу жінкам-не-СІН, а жінки-СІН рідше стоять перед вибором чоловіка в залежності від його статусу.

Показник використання презерватива під час останнього статевого акту становить 58%. Найрідше презерватив використовують СІН зі стажем 3–10 років та мешканці Северодонецька, Дніпропетровська та Тернополя. З віком та стажем регулярність використання презервативів зменшується. Використання презерватива під час останнього статевого акту зменшилося протягом 2 років, зокрема серед порівнюваних 6 міст – у Дніпропетровську та Києві.

Найбільш часто згадуваною причиною невикористання презерватива є відсутність презерватива «під рукою» у потрібну хвилину, зниження чутливості, при комерційному сексі та перебування респондента у стані наркотичного або алкогольного сп'яніння.

Респонденти досить добре знають симптоматику ІПСШ (найбільш поширені симптоми знали від однієї третини до двох третин респондентів). Серед жінок, серед старших респондентів і респондентів з більшим досвідом споживання наркотиків знання про симптоматику вище, ніж серед інших груп. Найбільшу кількість симптомів ІПСШ називали у Черкасах, Рівному, Івано-Франківську та Чернівцях (у середньому 3,5–5 симптомів), що істотно вище, ніж в інших містах, де називали в середньому 2–3 симптоми. Щодо наявних захворювань, найчастіше респонденти повідомляли про наявність протягом останніх 12 місяців гепатиту В (5,5%) та гепатиту С (8,1%). Найрідше згадувався сифіліс (1,5%). Досить часто одні й ті ж самі респонденти хворіли протягом року одразу на кілька ІПСШ.

Чоловіки частіше повідомляли про захворювання на туберкульоз, тоді як жінки – частіше на ІПСШ. З віком кількість хворих на туберкульоз зростає, досягаючи максимуму в групі 35 і більше років. Пік ІПСШ та гепатитів припадає на вікову групу 20–24 років. Споживачі опіатів частіше хворіють на туберкульоз, гепатити В і С, венеричні захворювання. У цілому, більше 90% респондентів лікували свої захворювання (найвищий рівень лікування гонореї – 95%), проте гепатит С лікували тільки три чверті хворих.

Більшість респондентів не бачили перешкод для проходження тестування на ІПСШ (59%). Якщо ж говорити про перешкоди, які все-таки заважали

пройти тестування, то найчастіше респонденти називали високу вартість обстежень, високу вартість ліків, вороже або осудливе ставлення медперсоналу, неможливість пройти обстеження анонімно.

87% респондентів повідомили, що тестування на ВІЛ є для них доступним. Найдоступнішим тестування є в Чернівцях, Івано-Франківську, Тернополі, Рівному, Запоріжжі, Ужгороді, Сімферополі. Найменш доступним – в Житомирі, Кривому Розі, Дніпропетровську, Вінниці.

Найбільш поширеною причиною недоступності тестування є відсутність знання про те, «до кого можна звернутися» з цим питанням, і страх за розголошення ВІЛ-статусу респондента.

43% опитаних повідомили, що вже проходили тестування на ВІЛ, половина з яких зробила це протягом 2009 р. Показник тестування становить 26%; варіативність між містами – надзвичайно висока. Серед тих, хто погодився повідомити свій ВІЛ-статус за результатами попереднього тестування, 20,5% виявилися ВІЛ-позитивними, що фактично збігається з результатом тестування на ВІЛ у рамках дослідження.

Результати зв'язаного дослідження показують, що 22% опитаних мають ВІЛ-позитивний статус. Жінки, старші респонденти, респонденти з більшим досвідом вживання наркотиків, а також споживачі опіатів частіше мають ВІЛ-позитивний статус, ніж решта.

Поширеність сифілісу серед СІН становить 2%. Наявність сифілісу підвищує ймовірність того, що СІН є інфікованим ВІЛ.

Результати логістичної регресії щодо чинників інфікування ВІЛ показали, що жінки мають вищу вірогідність зараження ВІЛ, ніж чоловіки. Старші вікові групи мають вищу вірогідність бути зараженими, ніж молодші. Респонденти з більшим стажем вживання наркотиків мають більшу вірогідність бути зараженим, ніж ті, хто має менший стаж вживання наркотиків.

Використання вже наповненого шприца, використання спільного посуду, з якого набирали наркотик, а також використання чужого, вже використаного шприца є статистично значимим фактором зараження. У логістичних моделях не вдалося знайти підтвердження значимості сексуального шляху передачі ВІЛ (через змінні, які прямо вказують саме на сексуальні контакти), вживання опіатів або інших соціально-демографічних показників, крім віку.

Разом з тим, можна припустити, що в тих локальних групах, в яких жінки є частіше інфікованими, переважає статевий спосіб передачі ВІЛ. Значущі коефіцієнти для змінної «протягом останніх 30 днів користувався(лася) шприцом, яким вже робила ін'єкцію інша людина» можуть говорити про домінування «ін'єкційного» шляху інфікування.

Можна припустити, що колективне вживання наркотиків є домінуючим фактором інфікування у Дніпропетровську, Житомирі, Рівному і Чернівцях. Водночас, у Києві, Кривому Розі та Сєверодонецьку стать є значимим предиктором, а використання шприца – ні.

В Івано-Франківську і Сімферополі змінна «користування чужим шприцом» мала значущі коефіцієнти нарівні зі статтю. Можна припустити, що в цих містах статевий шлях зараження значимий як шлях передачі ВІЛ на рівні з колективними практиками вживання наркотиків.

У 10 містах із 17 вік виявився значимим предиктором зараження ВІЛ, причому у чотирьох містах – Вінниці, Дніпропетровську, Черкасах та Чернігові – значимим фактором є належність до вікової групи 35 та більше років. У Києві, Кривому Розі, Івано-Франківську, Сімферополі, Сєверодонецьку та Миколаєві ризик підвищує також і належність до вікової групи 25–34 роки, а

в Житомирі значимим фактором ризику є тільки належність до цієї, а не до найстаршої групи.

Отже, окрім Івано-Франківська, де всі предиктори виявилися значимими, у решті моделей переважають ті або інші фактори зараження. Щодо статевого шляху передачі ВІЛ, то цей висновок належить робити обережно, адже жінки мають більший шанс зараження попри факт наявності незахищених статевих контактів: фактором їх зараження може бути не обов'язково незахищений секс, а позиція залежності у сфері вживання наркотиків. Йдеться про вимушене вживання з уже наповненого або використаного шприца, оскільки жінки займають пасивну позицію при пошуках сировини. Сумнівність висновку про статевий шлях передачі підтримується також з огляду на те, що в Києві та Кривому Розі – містах, де стаття отримала значимий коефіцієнт, належність до вікової групи старших 25 років також є значимим предиктором. Це означає, що СІН з більшим стажем мають більшу ймовірність бути інфікованими незалежно від статі. Хоча коефіцієнт для змінної «використання нестерильного шприца протягом 30 днів» і виявився незначимим, СІН старшого віку могли заразитися раніше через шприц, наприклад за рік до дослідження, а пізніше вже почати дотримуватися безпечної поведінки. Отже в тих містах, де вплив цієї змінної був значимим – у Дніпропетровську, Житомирі, Рівному і Чернівцях – можливо, зараження ВІЛ відбулося нещодавно.

В Ужгороді, Запоріжжі, Червонограді, Тернополі не вдалося ідентифікувати фактори зараження: модель або не мала значущих коефіцієнтів, або коефіцієнти мали 10%-й рівень значимості, що не відповідає в даному випадку критеріям надійності.

Розділ I. Демографічні характеристики СІН

У цьому розділі представлені соціально-демографічні характеристики СІН в агрегованому масиві для 17 міст разом та для кожного із 17 міст окремо.

На запитання про соціально-демографічний стан відповідали всі учасники дослідження – 3962 осіб. На запитання про сімейний стан не дали відповіді 2 опитаних, про освіту – 12 опитаних. На запитання про місце проживання 13 осіб зазначили «Важко відповісти», що в даному разі прирівнюється до втрати інформації.

1.1. Аналіз соціодемографічних параметрів за агрегованою вибіркою

Нижче наведено розподіл опитаних за національною вибіркою, реалізованою у 17 населених пунктах України за незваженим масивом та зваженим за віком масивом. Довірчий інтервал обраховано методом відкладання двох стандартних похибок від значення параметра.

Як видно з табл. 1.1.1, чоловіки становлять 75% популяції СІН за зваженим масивом (стовпчик 3), довірчий інтервал становить 73,9–76,7%. У вибірці ця частка становить 77% (стовпчик 2). Це свідчить про те, що згідно з оцінкою RDS, частка чоловіків є трохи меншою, ніж у вибірковій. Відповідно, частка жінок є трохи заниженою у вибірці – 23% у порівнянні з оцінкою RDS – 25%.

За зваженим масивом частка респондентів у віці до 19 років становить 12% з довірчим інтервалом 8,614,6%. У незваженому масиві частка таких респондентів становить тільки 9%, тобто згідно оцінки RDS розмір цієї групи був трохи недооцінений. Частка респондентів у віці 20–24 роки у вибірці – 17,5% – є трохи заниженою по відношенню до 19% за оцінкою RDS. Відповідно, частка респондентів у віці 25–34 роки є трохи завищеною – 44% проти 41% за оцінкою RDS. Те саме можна стверджувати про групу СІН у віці від 35 років: 30% проти 28% за оцінкою RDS. Саме через те, що розміри груп у вибірці найбільшою мірою відхилялися від оціночної частки вікових груп, було прийняте рішення зважувати масив даних за віком.

Розподіл за віком показує, що було опитано 345 осіб у віці 19 років та молодше; серед них 115 осіб (тобто 33%) неповнолітніх, що становить 3% усієї вибірки.

У групу респондентів з початковою освітою входить за зваженим масивом 18% опитаних (довірчий інтервал 16,0–20,0%), із середньою освітою – 64% (довірчий інтервал 62,4–66,4%) та з вищою – 18% (довірчий інтервал 15,6 – 19,6%).

За зваженим масивом 51,5% вибірки становлять респонденти, котрі ніколи не були одруженими і не проживають разом із сексуальним партнером (довірчий інтервал становить 49,5–53,5%), 6% повідомили, що були одруженими, але не проживають зі своїм чоловіком/дружиною, у тому числі, через його/її смерть або розлучення (довірчий інтервал становить 4,0–8,0%), а 42,5% проживають з постійним партнером, тобто є одруженими або перебувають у незареєстрованому шлюбі (довірчий інтервал становить 34,1–43,3%). Вибіркові середні за цією ознакою не відрізняються від оціночних часток.

Більшість опитаних народилися в місті опитування (85% респондентів, довірчий інтервал 81,7–88,1%), 0,5% проживає в місті опитування менше року (довірчий інтервал становить 0,0–3,7%), а ще 12% – більше року (довірчий інтервал 8,8–15,3%). 3% опитаних знаходились у місті тимчасово (довірчий інтервал становить 0,0–5,8%). Вибіркові середні за цією ознакою не відрізняються від оціночних часток.

Учні та студенти становлять разом 7,1% за зваженим масивом та 5,3% – за незваженим. Це означає, що оцінка за розміром мереж у вікових групах оцінює цю групу як трохи більшу, ніж за даними дослідження. Серед СІН утричі менше тих, хто має постійну роботу – 16% (довірчий інтервал 11,5–20,7%), ніж у середньому в Україні (близько 62% дорослих у віці до 70 років)⁵. Ще 29% повідомляють про нерегулярні заробітки, довірчий інтервал становить 23,2–32,4%, тобто 44% так чи інакше з'являються на ринку праці. Безробітні, домогосподарки, непрацевдатні та інші категорії становлять разом майже половину сукупності – 49%, причому переважну частку її становлять безробітні – 40% (довірчий інтервал 35,6–44,8%). Вибіркові середні за цією ознакою не відрізняються від оціночних часток.

Таблиця 1.1.1. Розподіл СІН за статтю, віком, освітою, сімейним станом, місцем проживання та родом діяльності, абсолютні числа та відсотки

Стать	Кількість у вибірці	Частка у вибірці	Частка за зваженим масивом	95% довірчий інтервал
Чоловіча	3036	76,6	75,3	73,9–76,7
Жіноча	926	23,4	24,7	23,3–26,1
Вік				
14–19	345	8,7	11,6	8,6–14,6
20–24	695	17,5	18,7	15,7–21,7
25–34	1726	43,6	41,4	38,4–44,4
35+	1196	30,2	28,3	25,3–31,3
Освіта				
Початкова	728	18,4	18,0	16,0–20,0
Середня	2571	65,1	64,4	62,4–66,4
Вища	651	16,5	17,6	15,6–19,6

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

Стать	Кількість у вибірці	Частка у вибірці	Частка за зваженим масивом	95% довірчій інтервал
Сімейний стан				
Неодружені, не живуть з сексуальним партнером	2003	50,6	51,5	49,5–53,5
Одружені або проживають у незареєстрованому шлюбі	1709	43,2	42,5	40,5–44,5
В сепарації, розлучені	248	6,3	6,0	4,0–8,0
Місце народження та проживання				
Народився в місті проживання	3390	85,7	84,9	81,7–88,1
Перебуває тимчасово	89	2,3	2,9	0,0–,8
Проживає менше року	22	0,6	0,5	0,0–3,7
Проживає більше року	453	11,5	12,1	8,8–15,3
Рід діяльності				
Учень шкіл	39	1,0	1,2	0,0 – 5,8
Учень ПТУ	51	1,3	2,0	0,0 – 8,6
Студент технікуму	51	1,3	1,5	0,0 – 6,1
Студент академії, університету	67	1,7	2,4	0,0–7,0
Постійна робота	595	15,0	16,1	11,5–20,7
Тимчасові заробітки	1148	29,0	27,8	23,2–32,4
Безробітний (-а)	1625	41,0	40,2	35,6–44,8
Займається домашнім господарством	177	4,5	3,9	0,0–8,5
На пенсії за інвалідністю	167	4,2	3,7	0,0–8,3
Інше	42	1,1	1,0	0,0 –5,6
РАЗОМ	3962	100,0	100,0	--

Незначний розрив між вибірковими та оціночними середніми свідчить про те, що зважування за розміром мереж у вікових групах змінило тільки розміри груп жінок та чоловіків, а також вікових груп. Тому аналізу статі та віку приділено окрему увагу в наступному підрозділі, в якому аналізується розбіжність між вибірковими даними та оцінкою RDS у 17 містах.

1.2. Аналіз розподілу жінок та чоловіків та вікових груп у 17 містах

У цьому підрозділі міститься аналіз розподілу жінок та чоловіків, а також 4 вікових груп у 17 містах. Тут подано дані, розраховані у RDSAT, а довірчі інтервали розраховано за методом BOOT STRAP.

Згідно з оцінкою RDS в опитаній популяції СІН жінки становлять від 12% (Сєверодонецьк) до 37% (Черкаси). За оцінкою RDS частка жінок у реальній сукупності (стовпчик 3 у табл. 1.2.1) є вищою за вибірку (стовпчик 2) у Червонограді, Сєверодонецьку, Черкасах, Житомирі та Тернополі. Відмінність становить не більше 2%, і вибірка частка не виходить за межі довірчого інтервалу (стовпчик 4), окрім Червонограда Львівської області.

Таблиця 1.2.1. Розподіл СІН за статтю у 17 містах опитування, абсолютні числа, відсотки, довірчі інтервали та показники гомофілії

Стать	Кількість у вибірці	Частка у вибірці	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	Гомофілія
Сімферополь					
Чоловіча	183	73,8	78,4	72,0–84,3	-0,003
Жіноча	65	26,2	21,6	15,7–28,0	0,189
Миколаїв					
Чоловіча	213	87,6	87,5	82,0–92,6	0,146
Жіноча	28	12,4	12,5	7,4–18,0	0,143
Дніпропетровськ					
Чоловіча	160	65,5	69,3	61,2–77,5	-0,102
Жіноча	84	34,5	30,7	22,5–38,8	-0,051
Сєверодонецьк					
Чоловіча	224	90,5	88,0	79,5–94,4	0,335
Жіноча	23	9,5	12,0	5,6–20,5	0,158
Кривий Ріг					
Чоловіча	192	79,1	80,0	69,2–88,3	0,089
Жіноча	51	20,9	20,0	11,7–30,8	0,167
Запоріжжя					
Чоловіча	168	68,3	68,9	59,0–78,1	0,250
Жіноча	78	31,7	31,1	21,9–41,0	0,265
Київ					
Чоловіча	291	75,7	75,9	68,5–81,1	0,174
Жіноча	88	24,3	24,1	18,9–31,5	0,112
Вінниця					
Чоловіча	190	74,7	74,7	67,8–82,2	0,169
Жіноча	53	25,3	25,3	17,8–32,2	0,004
Черкаси					
Чоловіча	159	65,1	63,4	55,1–71,7	0,044
Жіноча	86	34,9	36,6	28,3–44,9	-0,037
Чернігів					
Чоловіча	198	80,8	82,5	75,7–88,6	-0,021

Стать	Кількість у вибірці	Частка у вибірці	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	Гомофілія
Жіноча	47	19,2	17,5	11,4–24,3	0,020
Житомир					
Чоловіча	183	75,1	70,1	63,3–77,8	0,215
Жіноча	59	24,9	29,9	22,2–36,7	-0,100
Червоноград					
Чоловіча	198	83,1	74,5	64,6–82,9	0,328
Жіноча	40	16,9	25,5	17,1–35,4	-0,440
Рівне					
Чоловіча	193	78,3	77,7	71,4–83,4	0,220
Жіноча	50	21,7	22,3	16,6–28,6	-0,229
Івано-Франківськ					
Чоловіча	188	77,2	75,7	68,3–82,9	0,129
Жіноча	56	22,8	24,3	17,1–31,7	0,043
Тернопіль					
Чоловіча	72	72,3	70,3	54,1–84,2	0,114
Жіноча	27	27,7	29,7	15,8–45,9	0,011
Ужгород					
Чоловіча	75	76,0	76,4	61,2–88,4	0,229
Жіноча	23	24,0	23,6	11,6–38,8	0,252
Чернівці					
Чоловіча	68	69,3	72,6	62,3–82,0	-0,062
Жіноча	30	30,7	27,4	18,0–37,8	0,003

У Червонограді за вибіркою жінок було 17% серед опитаних СІН, але RDS-оцінка показує 25,5%. Нижня межа довірчого інтервалу на 0,2% вища від вибіркової середньої, а верхня межа довірчого інтервалу сягає 35%. Це місто також показує найвищий рівень гомофілії (стовпчик 5): 0,328 для чоловіків та -0,440 для жінок. Це означає, що чоловіки частіше рекрутували інших чоловіків, і жінки також рекрутували частіше з числа чоловіків, ніж жінок. Це може свідчити про деяку замкненість групи жінок у цьому місті через стигматизацію.

За оцінкою RDS частка жінок у реальній сукупності (стовпчик 3 табл. 1.22) є нижчою за вибіркову (стовпчик 2) у Сімферополі, Дніпропетровську, Чернігові та Чернівцях. Відмінність становить 2–5%, проте вибіркова частка в жодному місті не виходила за межі довірчого інтервалу, отже ці відмінності не свідчать про значне викривлення репрезентації жінок у вибірці через спосіб рекрутингу. Не спостерігається відмінностей за статтю між регіонами – у кожному регіоні варіація, тобто різниця між містом з найменшою та містом з найвищою часткою жінок, становить 8–18%.

При аналізі розподілу СІН за регіонами звертає на себе увагу різка варіація у частці наймолодших (до 19 років) СІН у вибірці: від однієї особи в Кривому Розі до 52% у Червонограді. Проте в більшості міст опитані у віці до 19 років складають все-таки меншість. Отже можна виокремити три міста з відносно великою часткою наймолодших СІН: окрім Червонограда, Ужгорода (оціночна частка 39%) та Вінниці (36%). Черкаси, Житомир та Тернопіль

показують частку наймолодших 11%, тобто близьку до середньої в опитаній сукупності (12%). У решті міст ця частка коливається від 0,2 до 7%.

Таблиця 1.2.2. Розподіл СІН за віком, абсолютні числа, відсотки, довірчі інтервали та показники гомофільії⁶

Вік	Кількість у вибірці	Частка у вибірці	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	Гомофільія
Сімферополь					
До 19 років	1	0,8	0,2	0–0,7	–
20–25 років	13	5,6	4,5	2–7,7	0,052
25 і старше	234	93,7	95,2	92,1–97,8	-0,006
Миколаїв					
До 19 років	3	1,6	2,6	0–5,6	-1,0
25–34 років	26	10,8	9,8	5,8–4,4	0,008
35 і старше	212	87,6	87,6	82,3–92,4	0,044
Дніпропетровськ					
До 19 років	12	5,3	3,8	0,4–8,7	0,415
20–24 років	19	8,1	7,8	3,6–12,3	0,043
25 і старше	208	86,6	88,4	81,2–95,0	0,333
Севєродонецьк					
До 19 років	15	6,3	13,5	6,3–22,2	0,100
20–24 років	61	24,9	21,9	13,7–30,3	0,203
25 і старше	171	68,8	64,6	51,5–76,9	0,438
Кривий Ріг					
До 19 років	0	0,0	–	–	–
20–24 роки	18	7,4	7,7	3,3–13,5	0,037
25 і старше	225	92,6	92,3	86,5–96,7	0,048
Запоріжжя					
До 19 років	7	3,2	3,6	1,3–,0	-1,000
20–24 роки	23	9,2	8,2	4, –11,9	0,001
25 і старше	216	87,6	88,2	83,1–92,7	0,026
Київ					
До 19 років	23	6,1	5,4	2,8–8,1	0,080
20–24 роки	68	17,7	19,7	14,0–26,3	0,110
25 і старше	288	76,2	74,9	68,2–81,0	0,158
Вінниця					
До 19 роки	38	16,0	35,6	21,2–48,6	0,449
20–24 роки	50	22,0	25,7	19,2–33,7	0,057
25 і старше	150	62,0	38,6	27,1–52,1	0,593
Черкаси					
До 19 років	23	9,7	11,1	6,5–16,6	-0,653

⁶ Чисельність опитаних показано без первинних респондентів, оскільки RDS робить оцінку частки різних груп без урахування цих респондентів. Наведення у першому стовпчику фактичної кількості опитаних давало б неадекватну картину по відношенню до розподілу відсотків.

Вік	Кількість у вибірці	Частка у вибірці	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	Гомофілія
20–24 років	51	20,6	27,8	17,6–37	0,208
25 і старше	169	69,8	61,1	51,5–71,8	0,369
Чернігів					
До 19 років	19	8,0	7,1	2,5–13,2	0,433
20–24 роки	37	14,8	13,1	6,8–21,7	0,222
25 і старше	189	77,2	79,8	70,1–87,5	0,176
Житомир					
До 19 років	26	10,8	10,9	5,4–16,6	0,220
20–24 роки	43	17,3	23,1	15,8–30,7	0,133
25 і старше	173	71,9	65,9	57,8–74,8	0,355
Червоноград					
До 19 років	98	41,0	52,7	43,9–61,1	-0,016
20–24 роки	50	20,9	16,8	11,6–22,5	0,110
25 і старше	90	38,2	30,5	23,3–38,3	0,273
Рівне					
До 19 років	9	4,3	3,3	1,4–5,7	-1,00
20–24 роки	93	36,6	41,6	33,3–50,4	0,119
25 і старше	141	59,1	55,1	46,2–63,7	0,193
Івано-Франківськ					
До 19 років	2	2,0	1,9	0–4,8	-1,00
20–24 роки	52	20,8	26,0	19,5–34,8	-0,188
25 і старше	190	77,2	72,1	63,2–79,0	0,295
Тернопіль					
До 19 років	14	14,9	10,5	4,6–20,6	0,031
20–24 роки	30	29,7	19,6	10,2–32,7	0,185
25 і старше	55	55,4	69,8	50,8–83	0,036
Ужгород					
До 19 років	26	26,3	38,9	21,9–51,1	0,065
20–24 роки	28	28,3	26,7	16–40,5	0,215
25 і старше	43	45,5	34,4	21,9–52,1	0,390
Чернівці					
До 19 років	1	0,2	0,9	0–2,8	---
20–24 роки	17	16,8	18,5	9,4–30,4	0,114
25 і старше	80	81,2	80,7	68,6–89,9	0,261

Оцінка частки респондентів у віці від 20 до 24 років також коливається досить помітно – від 4,5% у Сімферополі до 41% у Рівному. Проте у більшості міст ця частка коливається від 7 до 27% і є більшою за частку наймолодших респондентів та меншою від частки респондентів старших 25 років. Тільки в Ужгороді, Червонограді та Вінниці вікова група 20–24 роки є меншою від обох – старшої та молодшої групи. Це може означати як зміни у віковій динаміці, так і тимчасову відсутність представників групи віком 20–24 роки через те, що вони перебувають у місцях виконання покарань або на лікуванні.

Середній вік опитуваних становить 30. У 14 із 17 міст, охоплених дослідженням, респонденти у віці 25 років та старше становлять найбільшу частку: від 55% у Рівному до 95% у Сімферополі. Виняток становлять Ужгород, Червоноград та Вінниця, де респонденти, відповідно, є молодшими – середній вік становить 22–24 роки.

Таблиця 1.2.3. Середні значення віку за групами, виділеними на підставі дисперсійного аналізу, за post-hoc аналізом значимості відмінностей за методом Шеффе

		1	2	3	4	5	6	7
Західні області	Червоноград	22,0						
	Ужгород	24,1						
	Рівне		26,8					
	Тернопіль		28,0					
	Івано-Франківськ			29,2				
	Чернівці			29,7				
Центральні області	Вінниця	24,3						
	Київ			28,4				
	Житомир			28,5				
	Чернігів				31,0			
	Черкаси		28,0					
Східні області	Северодонецьк			30,2				
	Запоріжжя				33,6			
	Дніпропетровськ					34,3		
	Кривий Ріг							36,9
Південні області	Миколаїв				33,2			
	Сімферополь						34,7	
	p-value	0,946	0,088	0,298	0,544	0,076	0,142	0,153

Так, можна з впевненістю сказати, що західні та центральні області значимо відрізняються молодшим віком СІН (середній вік від 22 до 29 років, окрім Чернігова) від більшості східних міст (окрім Северодонецька) та обох південних – 33–37 років. Наймолодшим віком вирізняються СІН Червонограда, Вінниці та Ужгорода (22–24 роки, відмінність з наступною старшою групою значуща на рівні 10%). Найстаршою є група СІН з Дніпропетровська, Сімферополя та Кривого Рогу (34–37 років, відмінність з наступною молодшою групою значуща на рівні 10%).

1.3. Структурні зміни в популяції СІН шести міст за результатами порівнянь досліджень 2007–2009 рр.

Протягом двох років у популяціях шести міст – Сімферополя, Миколаєва, Дніпропетровська, Кривого Рогу, Києва та Черкас – сталися певні структурні зміни, які стосуються передусім вікових зсувів та зміни у структурі споживання наркотиків.

Нижче наведено таблицю, з якої випливає, що статева структура популяції СІН лишилася практично незмінною протягом двох років, за винятком Миколаєва.

Таблиця 1.3.1. Зміни у частках жінок серед СІН шести міст, відсотки та довірчі інтервали

	2007	Довірчі інтервали*	2009	Довірчі інтервали
Сімферополь	30,0	23,0–38,7	21,6	15,7–28,0
Миколаїв	27,9	19,4–37,6	12,5	7,4–18,0
Дніпропетровськ	20,9	13,9–29,1	30,7	22,5–38,8
Кривий Ріг	23,0	13,9–33,7	20,0	11,7–30,8
Київ	18,0	12,2–24,3	24,1	18,9–31,5
Черкаси	45,7	37,1–54,2	36,6	28,3–44,9
6 міст разом	26,6		24,9	

* У цій таблиці та далі довірчі інтервали для кожного з шести міст розраховано за методом RDS, а довірчі інтервали для популяції з шести міст разом – в програмі SPSS шляхом відкладення двох стандартних похибок від значення відсотку.

Аналіз довірчих інтервалів показує, що, попри видиму динаміку, тільки в Миколаєві відбулася статистично значуща зміна – частка жінок у складі СІН скоротилася більш ніж наполовину і стала найменшою за оцінкою RDS з усіх 17 досліджуваних міст.

Аналіз динаміки за віком показує значно вагоміші зміни, які головним чином сигналізують про постаріння популяції СІН.

Аналіз таблиць показав, що в чотирьох з шести доступних для порівняння міст спостерігалася статистично вагома динаміка, причому у трьох із них – у бік збільшення групи СІН віком 25 років та старше. Найбільш помітне постаріння популяції СІН спостерігалася у м. Києві: група віком старше 25 років зросла на 30 процентних пунктів, а група 20–24 роки зменшилася на половину. Внаслідок цих змін популяція СІН Сімферополя стала найстаршою в Україні. У Дніпропетровську частка групи віком 25 років і старше дещо зменшилась, проте все одно лишилася високою. Загалом можна констатувати значне постаріння популяцій СІН у великих містах Східної та Південної України.

Найбільш очевидною інтерпретацією цих змін є призупинення появи нових СІН у популяції. Проте загальні зміни в шести містах (три останніх рядки) показують, що зміни в групі віком до 19 років є статистично не значущими. Натомість зменшення в групі віком 20–24 роки є статистично значущим. Можна припустити, що причини цих змін можуть бути такі: представники цієї групи у 2007 р. були менше представлені через те, що відбували покарання в місцях позбавлення волі. Ще одне припущення: нових СІН не стало з'являтися менше, а став старшим вік першої ін'єкції. Перевірка показала, що середній вік початку ін'єкцій зріс від 18,9 року у 2007 р. до 19,3 у 2009 р., $p < 0,01$. На графіку нижче можна побачити, що якщо модальним віком ініціації у 2007 р. був вік 16–17 років, то у 2009-му розподіл показує дві моди – 17 років та 21 рік.

Таблиця 1.3.2. Вікова структура у шести містах у 2007–2009 рр.,
відсотки та довірчі інтервали

	2007	Довірчі інтервали	2009	Довірчі інтервали
Сімферополь				
До 19 років	6,8	3,5–10,5	0,2	0–0,7
20–25 років	16,2	10,1–21,6	4,5	2,0–7,7
25 і старше	77,0	70,9–84,0	95,2	92,1–97,8
Миколаїв				
До 19 років	10,8	1,9–15,7	2,6	0–5,6
25–34 років	22,6	13,0–30,6	9,8	5,8–14,4
35 і старше	66,7	61,3–80,7	87,6	82,3–92,4
Дніпропетровськ				
До 19 років	1,0	0–2,9	3,8	0,4–8,7
20–24 років	1,2	0,2–2,7	7,8	3,6–12,3
25 і старше	97,8	95,0–99,5	88,4	81,2–95,0
Кривий Ріг				
До 19 років	3,7	0–11,7	–	–
20–24 років	10,4	4,5–19,6	7,7	3,3–13,5
25 і старше	85,9	73,3–94,2	92,3	86,5–96,7
Київ				
До 19 років	12,1	7,7–18,2	5,4	2,8–8,1
20–24 років	41,7	35,0–48,3	19,7	14,0–26,3
25 і старше	46,2	38,2–53,7	74,9	68,2–81,0
Черкаси				
До 19 років	9,5	3,0–16,9	11,1	6,5–16,6
20–24 років	35,0	26,6–45,0	27,8	17,6–37,0
25 і старше	55,5	45,5–64,9	61,1	51,5–71,8
6 міст разом				
До 19 років	6,2	2,2–10,2	4,3	0–8,0
20–24 років	21,1	17,1–25,1	12,2	8,2–16,2
25 і старше	72,7	68,7–76,7	83,5	79,5–87,5

*Жирним шрифтом зазначено статистично значиме зростання відсотка між роками, курсивом – значиме зниження.

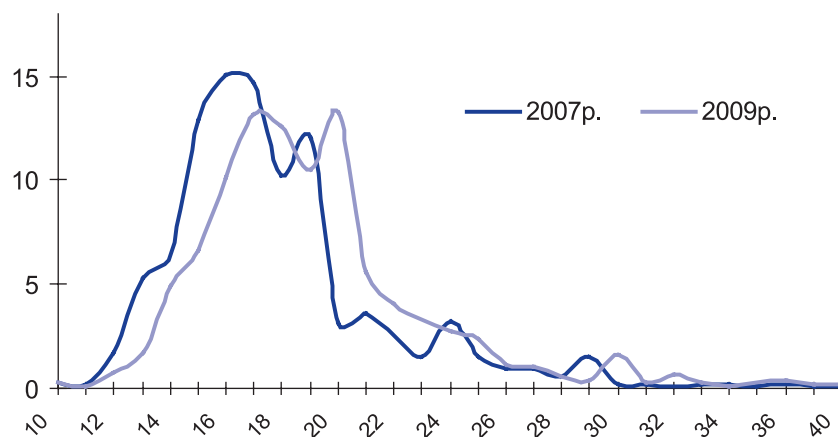


Рис. 1.3.1. Вік початку ін'єкцій серед респондентів моніторингових 2007-го та 2009 рр., відсотки

Аналіз змін інших соціально-демографічних змінних показує невелику динаміку, яка переважно полягає в збільшенні кількості непрацюючих СІН з 58 до 61,5% (дод. 1). Аналіз освітньої структури показує збільшення питомої ваги осіб із закінченою середньою освітою за рахунок зменшення групи з незакінченою середньою освітою, $p < 0,05$. Динаміка цивільного стану показує збільшення тих, хто проживає з партнером у незареєстрованому шлюбі, з 41 до 45%, $p < 0,05$. Найбільш помітною зміною є збільшення безробітних СІН з 30 до 35%, $p < 0,01$. Беручи до уваги вікову динаміку, можна припустити, що ці СІН колись мали роботу, але втратили її через вживання наркотиків.

Частка респондентів з вищою освітою серед СІН у цілому відповідає загальному рівню в Україні і становить 18%.

Стан зайнятості найбільше відрізняє популяцію СІН від загального населення: тільки 16% зайнятих у порівнянні з 62% серед загалу населення працездатного віку. При цьому ще 28% опитаних повідомляють про випадкові заробітки. Аналіз динаміки у шести великих містах України у 2007–2009 рр. засвідчує дальше зростання частки безробітних у групі СІН.

Близько 85% СІН є корінними мешканцями своїх міст, що цілком відповідає соціальній структурі населення України⁷.

⁷ Паніна Н.В. – Там само.

Розділ 2.

Рівень знань про ВІЛ/СНІД

У цьому розділі висвітлюється питання охоплення профілактичними програмами та рівень знань споживачів ін'єкційних наркотиків. Зокрема увага приділяється таким аспектам, як рівень обізнаності про шляхи передачі ВІЛ/СНІД та симптоми захворювань, що передаються статевим шляхом, отримання шприців та презервативів від інформаційно-просвітницьких програм, а також зв'язок між рівнем обізнаності з питань ВІЛ і сексуальною поведінкою та практикою вживання наркотиків.

2.1. Знання щодо передачі ВІЛ-інфекції

Ризик передачі ВІЛ у середовищі СНІ зумовлений небезпечними моделями поведінки (вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом та небезпечні сексуальні практики), а отже поінформованість СНІ про шляхи передачі ВІЛ має сприяти зниженню ризикованості їх поведінки. Національний показник «Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які правильно визначають шляхи передачі ВІЛ та знають, як ВІЛ не передається» дозволяє скласти певне уявлення про рівень інформованості СНІ. Він розраховується на основі відповідей респондентів на 6 запитань⁸, розподіл відповідей на які наведений у табл. 2.1.1.

Аналіз даних показав, що 58% опитаних споживачів ін'єкційних наркотиків дали правильні відповіді на всі п'ять основних запитань, що й визначило величину ключового показника. Нижче наведено детальний розподіл відповідей по кожному із цих питань.

Національний показник обізнаності з питань ВІЛ/СНІД становить 58%. Запитання виявилися дещо неоднаковими за складністю: останнє запитання про можливість інфікування через користування спільним з ВІЛ-інфікованою людиною туалетом або басейном викликало більше вагань (більша кількість відповідей «Не знаю» та «Важко відповісти» порівняно із іншими запитаннями).

Жінки демонструють нижчу обізнаність, ніж чоловіки, щодо можливості знизити ризик інфікування, маючи стосунки лише з одним вірним неінфікованим партнером: 83% жінок проти 87% чоловіків дали правильну відповідь ($p < 0,01$). Щодо решти запитань не було виявлено статистично значимої різниці між чоловіками та жінками.

Розподіл даних щодо обізнаності про шляхи передачі ВІЛ серед чоловіків та жінок, різних вікових груп, а також у розрізі місця проживання можна побачити нижче у табл. 2.1.2.

⁸ Методичні рекомендації з проведення досліджень для моніторингу відповіді країни на епідемію ВІЛ-інфекції / О. Балакірева, Л. Бочкова, М. Варбан та ін. – К., 2008. – С. 56.

Таблиця 2.1.1. Обізнаність споживачів ін'єкційних наркотиків щодо шляхів передачі ВІЛ/СНІД, (N=3962), відсотки

Зміст запитань	Зміст відповідей	Разом	Чоловіки	Жінки
Можна знизити ризик передачі ВІЛ, якщо мати статеві контакти лише з одним вірним, неінфікованим партнером	Так	85,7	86,6	83,0
	Ні	10,6	9,9	12,4
	Не знаю/Важко відповісти	3,1	3,4	4,6
		100,0	100,0	100,0
Можна знизити ризик передачі ВІЛ, якщо правильно використовувати презерватив під час кожного сексуального контакту	Так	87,0	87,3	86,3
	Ні	8,8	8,6	9,3
	Не знаю/Важко відповісти	4,2	4,1	4,4
		100,0	100,0	100,0
Здорова на вигляд людина може бути ВІЛ-інфікованою	Так	85,3	84,9	86,7
	Ні	8,2	8,5	7,1
	Не знаю/Важко відповісти	6,4	8,6	6,1
		100,0	100,0	100,0
Можна інфікуватися ВІЛ, якщо пити по черзі з одної склянки з ВІЛ-інфікованою людиною	Так	8,3	8,4	8,1
	Ні	85,7	85,1	87,2
	Не знаю/Важко відповісти	6,1	6,5	4,7
		100,0	100,0	100,0
Можна інфікуватися ВІЛ через спільне з ВІЛ-інфікованою людиною користування туалетом, душем, сауною	Так	8,9	9,0	8,8
	Ні	83,0	82,7	83,7
	Не знаю/Важко відповісти	8,1	8,4	7,6
		100,0	100,0	100,0

Таблиця 2.1.2. Ключовий показник обізнаності про шляхи передачі ВІЛ/СНІДу, в залежності від статі, віку, типу сексуальної поведінки та в розрізі міст, відсотки

Категорія	%
Вік	
14–19 (N=345)	48,5
20–24 (N= 695)	57,7
25–34 (N= 1726)	61,3
35 і старше (N=1196)	57,5
Тип сексуальної поведінки	
Не було сексу (N=329)	56,6
Випадкові партнери (N=740)	54,9
Постійний партнер (N=2519)	58,7
Комерційні партнери (N=374)	61,6
Освіта	
Початкова (N=728)	51,3
Середня (N=2571)	59,3
Вища (N=651)	60,2
Стаж вживання	
До 2 років (N= 345)	56,6
3–5 років (N=695)	54,9
6–10 років (N=1726)	58,7
11+ років (N=1196)	61,1
Тип наркотику	
Опіати (N=3175)	59,2
Стимулятори (N=787)	54,3
Членство у ВІЛ-сервісних організаціях	
Клієнти НУО (N=1446)	63,6
Не-клієнти НУО (N=2667)	55,3
РАЗОМ	58,1

Не було зафіксовано відмінностей між чоловіками та жінками щодо рівня обізнаності про шляхи передачі ВІЛ.

Респонденти у віці від 14 до 19 років менш обізнаними з проблематики ВІЛ (48,5%), ніж старші, – 57%–61% слухних відповідей. Аналіз виявив також наявність залежності рівня обізнаності з питань ВІЛ/СНІД від освіченості респондентів. Так, показник обізнаності серед СІН з початковою освітою становить 51%, для тих, хто має середню освіту, – 59%, а для тих, хто має вищу (технікум та/або інститут) – 60%. Рівень обізнаності найменш освіченої категорії респондентів суттєво відрізняється від обізнаності інших двох груп ($p < 0,01$).

Тип сексуальної поведінки лише деякою мірою пов'язаний із рівнем обізнаності щодо шляхів передачі ВІЛ. Порівняно вище значення демонструють ті СІН, які повідомили, що протягом останніх трьох місяців мали випадкових чи комерційних статевих партнерів (59% та 62% вірних відповідей відповідно).

Стаж вживання наркотиків деякою мірою пов'язаний з рівнем обізнаності про шляхи передачі ВІЛ. Найбільшим є значення показника обізнаності

для групи СН, які мають стаж вживання від 11 років і більше; відмінність від інших груп статистично значуща ($p < 0,05$). Для рівня обізнаності з питань ВІЛ має значення також і тип вживаного наркотику – споживачі опіатів показують вищий рівень знань (59%), ніж ті, хто вживає стимулятори (54%) ($p < 0,01$).

Клієнти ВІЛ-сервісних організацій продемонстрували суттєво більшу обізнаність у проблематиці ВІЛ-СНІДу, ніж ті, хто не є їх клієнтами (відмінність статистично значуща, $p < 0,01$).

Аналіз у регіональному розрізі (табл. 6 у дод. 2) виявив значну варіативність рівня обізнаності: найвищим показник обізнаності є в Рівному та Чернівцях – 85% та 83% відповідно, а показник у Кривому Розі більш як утричі менший – 26,5%. Відносно високими є показники Сімферополя (64%), Миколаєва (63%), Києва (61%), Червонограда (71%), Івано-Франківська (80%) та Тернополя (64%). Показники Запоріжжя та Житомира наближаються до середнього, а показники решти міст можна назвати відносно низькими. Треба зауважити, що вибіркова середня для Миколаєва (73%) вийшла за межі довірчого інтервалу, як його оцінили за методом RDS. Оцінка показала значення цієї змінної на рівні 63%.

Протягом 2 років у порівнюваних шести містах показник знання зріс на 5%. Серед відмінностей було визначено як статистично значущі зростання обізнаності в Києві на 16 процентних пунктів а також падіння в Дніпропетровську на 16 та в Кривому Розі на 34 пункти.

Таблиця 2.1.3. Відсоток СН, які правильно визначають шляхи передачі ВІЛ та знають, як ВІЛ не передається, в шести містах, 2007–2009 рр., відсотки та довірчі інтервали

Місто	2007	Довірчий інтервал	2009	Довірчий інтервал
Сімферополь	57,7	48,7–67,1	63,6	56,7–70,1
Дніпропетровськ	75,1	65,8–83,0	54,5	45,7–63,3
Кривий Ріг	59,4	44,9–71,9	25,3	17,1–34,1
Київ	44,8	36,0–53,8	61,1	54,6–67,7
Миколаїв	45,7	34,8–57,1	63,4	55,5–71,2
Черкаси	54,6	44,9–63,3	54,5	46,1–63,1
6 міст разом	52,2	49,6–54,8	57,4	55,0–59,8

Детальний аналіз питань-індикаторів показника в Кривому Розі – місті, де падіння було найбільшим, виявив, що обізнаність не з усіх питань знизилась однаково. Так, частка правильних відповідей на запитання про вірного партнера, про зараження через склянку або побутово-гігієнічні приміщення знизилась на 18–19%, а частка правильних відповідей про зовнішній вигляд ВІЛ-інфікованого – на 41% – з 90% до 49%. Варто зауважити, що запитання про безпечність сексу з одним вірним партнером традиційно вважалось легшим за запитання про зовнішній вигляд ВІЛ-інфікованого, проте і там відбулося зниження правильних відповідей з 85% до 58%.

Таке різке зниження могло бути викликане або появою значної частки малоосвічених респондентів, або підвищенням рівня страху перед зараженням. Перевірка освітнього рівня респондентів з Кривого Рогу не показала зниження освітнього рівня, навпаки частка тих, хто отримав повну середню освіту, зросла до 67,5% у 2009 р., у порівнянні з 45% у 2007 р., передусім за рахунок тих, хто раніше здобував тільки неповну освіту, закінчивши 9 кла-

сів. Оцінка ризику зараження для себе також знаходиться у Кривому Розі на середньому рівні. Можливо, в цьому місті послабилася профілактична робота, про що непрямо свідчить різке падіння рівня тестувань на ВІЛ та частки осіб, які вважають тестування доступним для себе.

Крім основних запитань, на основі яких розраховується національний показник знання, респондентам ставилися додаткові запитання, які допомагають краще оцінити ситуацію щодо поінформаності. Нижче наведений розподіл відповідей на ці запитання.

Таблиця 2.1.4. Обізнаність споживачів ін'єкційних наркотиків про інші шляхи передачі ВІЛ, відсотки

Зміст запитань	Зміст відповідей	Усі СІН	Чоловіки	Жінки	14–19	20–24	25–34	35 і старше
Можна заразитися ВІЛ-інфекцією через укуси комара	Так	10,6	11,6	7,7	22,4	11,3	8,5	8,6
	Ні	77,2	75,8	81,7	65,1	78,3	79,6	77,9
	Не знаю/Важко відповісти	12,2	10,7	10,6	12,4	10,4	11,9	13,5
	Загалом	100	100	100	100	100	100	100
ВІЛ-інфекція може передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини під час вагітності	Так	80,5	80,0	81,9	79,1	82,8	81,1	78,8
	Ні	7,8	7,0	10,4	8,3	7,3	8	7,7
	Не знаю/Важко відповісти	11,7	13,1	7,6	12,6	10	10,9	13,6
	Загалом	100	100	100	100	100	100	100
ВІЛ-інфекція може передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини при пологах	Так	77,8	76,3	82,3	75,8	81,2	77,2	77,2
	Ні	6,8	6,4	7,9	7,4	5,4	7,7	6,2
	Не знаю/Важко відповісти	15,4	17,3	10	16,8	13,5	15,1	16,6
	Загалом	100	100	100	100	100	100	100
ВІЛ-інфекція може передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини при годуванні дитини груддю	Так	64,5	61,3	74,3	68,1	65,1	65,7	60,9
	Ні	11,8	12,4	10,1	12	10,5	11,4	13,1
	Не знаю/Важко відповісти	23,6	26,3	15,6	19,9	24,4	22,8	26
	Загалом	100	100	100	100	100	100	100

Розподіл відповідей на запитання «Чи можна заразитися ВІЛ-інфекцією через укуси комара?» показав, що жінки (82% слушних відповідей) є суттєво більш обізнаними порівняно із чоловіками (65%) ($p < 0,01$). Звернемо також увагу на те, що найменш обізнаними щодо цього запитання виявилися наймолодші респонденти віком до 19 років (65% слушних відповідей у порівнянні з 78–79% серед старших) (відмінність із рештою вікових груп статистично значуща; $p < 0,01$).

Не було виявлено суттєвих відмінностей щодо запитання про передачу ВІЛ від матері до дитини під час вагітності за винятком того, що чоловіки частіше мали проблеми з відповіддю на це запитання (13% ухилилися від відповіді у порівнянні з 8% серед жінок, $p < 0,01$). Натомість такі відмінності були зафіксовані відносно запитання про передачу ВІЛ під час пологів: жінки помітно частіше чоловіків давали правильну відповідь (82% та 76% відповідно; $p < 0,01$). Відмітимо також суттєвішу обізнаність у цьому питанні СНІД від 20 до 24 років порівняно із молодшими та старшими ($p < 0,05$).

Стосовно запитання про передачу ВІЛ від матері до дитини під час годування груддю була зафіксована суттєва відмінність між чоловіками та жінками: останні значно частіше давали правильні відповіді ($p < 0,01$). Крім того, звернімо також увагу на помітну частку непевних відповідей («не знаю», «важко відповісти») чоловіків на це запитання. Відзначимо також статистично значиму відмінність ($p < 0,01$) між наймолодшими та найстаршими респондентами (вікові групи 14–19 та 35 і старше).

Вартим уваги видається значний відсоток непевних відповідей на останні два запитання стосовно передачі ВІЛ від матері до дитини під час пологів та годування груддю – помітно зріс відсоток відповідей «не знаю» та «важко сказати» – 15 та 24% відповідно⁹.

2.2. Суб'єктивна оцінка ризику інфікування ВІЛ

У цьому підрозділі ми звернемо увагу на суб'єктивну оцінку респондентами ризику інфікуватися ВІЛ. Нижче (рис. 2.2.1) представлено розподіл відповідей респондентів на запитання про реальність ризику інфікування ВІЛ, який показує, що 38% оцінили ризик інфікування ВІЛ для себе як цілком реальний. Найбільшою за чисельністю є група, яка оцінює вірогідність власного інфікування п'ятдесят на п'ятдесят. Абсолютно безпечно почуваються 6% опитаних.

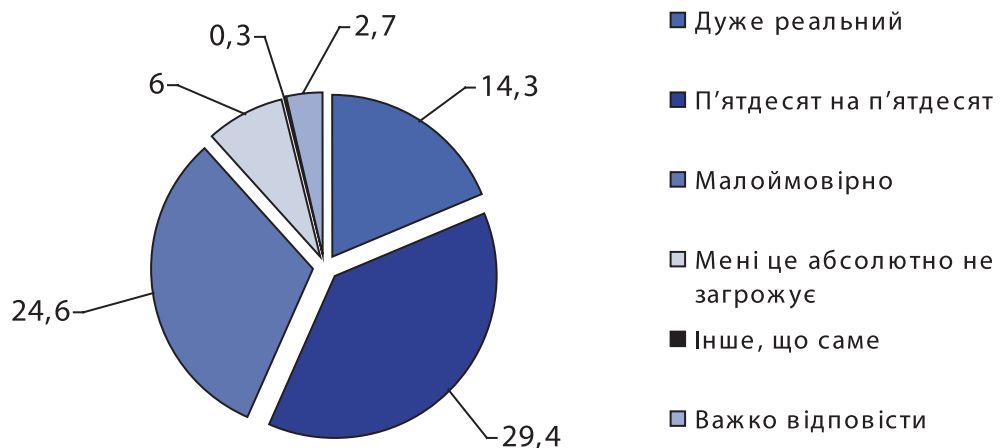


Рис. 2.2.1. Розподіл відповідей на запитання «Як Ви вважаєте, якою мірою реальним для вас особисто є ризик інфікування ВІЛ?», відсотки

⁹ Зауважимо, що в попередні роки (2006) до ключового показника обізнаності щодо питань ВІЛ/СНІД включалося запитання про можливість інфікуватися ВІЛ через укуси комара. Хоча наразі це запитання вже виключено із Національного показника, для отримання ширшої картини ми наводимо тут також значення показника із включенням цього запитання. В такому випадку значення Національного показника обізнаності становить 54%. Нагадаємо, що значення показника без запитання про інфікування через укуси комара становить 58%. Таким чином, різниця складає 4%.

Не було виявлено зв'язку між суб'єктивною оцінкою ризику інфікування ВІЛ та показником знання.

Таблиця 2.2.1. Суб'єктивна оцінка власного ризику інфікування ВІЛ в залежності від віку, стажу вживання наркотиків та в розрізі місця проживання, відсотки

	Цілком реальний	Дуже реальний	50х50	Мало ймовірно	Абсолютно не загрожує	Інше	Важко сказати
Вік							
14–19 (N=330)	18,2	8,6	30,8	35,4	5,3	0	1,8
20–24 (N=616)	16,1	12,6	36,1	26,2	7,1	0,1	1,8
25–34 (N=1235)	21,8	18,1	28,9	22,7	5,9	0,3	2,3
35 і старше (N=838)	30,8	12,4	24,6	21,6	5,8	0,4	4,4
Стаж							
0–2 роки (N=507)	15,3	8,7	34,1	33,4	6,7	0,3	1,4
3-5 років (N=517)	16,5	13,5	33,5	28,2	6,8	0	1,5
6–10 років (N=724)	22,1	16,0	31,0	21,1	6,6	0,2	2,9
11+ років (N=1267)	29,2	16,3	24,3	20,9	5,1	0,3	3,9
Освіта							
Початкова (N=728)	30,0	15,0	24,7	22,7	3,7	0	4,0
Середня (N=2571)	22,3	14,4	31,6	22,8	6,0	0,3	2,6
Вища (N=651)	16,7	13,1	26,1	33,5	8,0	0,5	2,0
Тип наркотику							
Опіати	26,7	15,6	28,1	18,9	4,7	2,9	3,1
Стимулятори	14,5	10,1	27,5	35,8	8,6	1,5	1,9
Тип сексуальної поведінки							
Не було сексу (N=292)	25,9	20,5	21,1	24,7	6,3	0	1,5
Випадкові партнери (N=697)	17,8	15,7	40,2	21,8	3,1	0,3	1,2
Постійний партнер (N=2246)	22,7	12,5	28,0	26,2	7,4	0,3	2,9
Комерційні партнери (N=345)	28,6	17,5	25,6	19,6	2,4	0,3	2,8

Чим старшими є респонденти, тим більш реальним оцінюють для себе ризик інфікуватися ВІЛ. Найбільш ризиковано почуваються СН віком 35 років і старше (30,8% проти 22% у віковій групі 25–34 роки, 16% у віці 20–24 роки та 18% у наймолодшій групі), відмінність з іншими віковими групами статистично значуща ($p < 0,05$). Деяко більш безпечно почуваються СН віком від 25 до 34 років (відмінність від інших вікових груп також статистично значуща, $p < 0,05$). Наймолодші респонденти оцінюють свій ризик майже так само, як і віком СН 20–24 роки, між цими групами не було виявлено статистично значимої відмінності.

Стаж вживання наркотиків також впливає на оцінку ризику інфікування. СН, які вживають наркотики від 6 до 10 років та 11 і більше, почуваються

значно менш безпечно (22% та 29% відповідно), ніж ті, чий стаж менше (15% та 16,5%). Найбільш високим вважають ризик респонденти з найбільшим стажем вживання наркотиків ($p < 0,01$).

Був зафіксований невеликий, але статистично значимий ($p < 0,05$) зв'язок із рівнем освіти: респонденти-СІН з початковою освітою частіше, ніж ті, хто має середню та вищу освіту, оцінюють свій ризик інфікуватися ВІЛ як цілком реальний (30% СІН з початковою освітою проти 22% із середньою і 16,7% із вищою).

Ті, хто вважає для себе основними наркотиками опіати, загалом почувальються більшою мірою в небезпеці, ніж ті, що вважають для себе основними наркотичними речовинами стимулятори. Як цілком реальний оцінюють для себе ризик інфікуватися 27% споживачів опіатів і 14,5% споживачів стимуляторів ($p < 0,01$). малоюмовірним вважають для себе ризик інфікування 35% споживачів стимуляторів, натомість ті, для кого основною наркотичною речовиною є опіати, значно менше переконані у своїй безпеці (19%). Відмінність між цими двома групами статистично значуща ($p < 0,01$).

Дані свідчать про те, що СІН, які протягом останніх трьох місяців мали комерційних партнерів, оцінюють свій ризик інфікування значно вище (майже 29%), ніж ті, хто мав контакти з випадковими (18%) або постійними партнерами (23%); відмінність статистично значуща ($p < 0,05$). Так само небезпечно почувальються і ті, у кого не було сексу протягом останніх трьох місяців (25%).

Аналіз у регіональному розподілі виявив, що найбільш безпечно почувальються СІН в Чернівцях (7,5% вважають цілком реальним ризик інфікування і 58% вважають це малоюмовірним), а найменш – у Черкасах.

У ході зв'язаного дослідження проводилося тестування респондентів на ВІЛ, а отже маємо змогу перевірити, як оцінювали свій ризик інфікуватися ті СІН, які у ході дослідження виявилися ВІЛ-позитивними. Нижче в табл. 2.2.2 представлено розподіл суб'єктивної оцінки ризику бути інфікованими ВІЛ серед таких респондентів. Для порівняння представлено також розподіл відповідей усіх СІН, крім тих, хто вже знав свій ВІЛ-статус перед початком дослідження.

Таблиця 2.2.2. Розподіл відповідей на запитання «Якою мірою реальним для Вас особисто є ризик інфікуватися ВІЛ?», відсотки

Категорія	СІН, які дізналися про позитивний статус у ході зв'язаного дослідження (N=573)	Усі СІН, крім тих, хто знав свій позитивний статус до дослідження (N=3-580)
Цілком реальний	33,5	22,6
Дуже реальний	17,1	14,3
П'ятдесят на п'ятдесят	30,3	29,4
Малоюмовірно	13,0	24,6
Мені це абсолютно не загрожує	4,6	6,0
Інше	0,3	0,3
Важко відповісти	1,2	2,7

Трохи більше за третину ризик бути інфікованими оцінили як цілком реальний; ще третина оцінила як п'ятдесят на п'ятдесят.

Загалом, можемо сказати, що респонденти, які в ході дослідження вперше дізналися про свій ВІЛ-статус і виявилися ВІЛ-позитивними, були свідомі щодо ризику інфікування ВІЛ – 33,5% оцінили його як високий, а 17% як досить високий. Для порівняння, серед тих, хто на момент відповіді на запитання анкети не знав про свій ВІЛ статус, 23% оцінили ризик як високий, а 14% – як досить високий, $p < 0,01$. Тих, хто почувався цілком у безпеці, є трохи менше 5% серед тих, хто виявився заражений ВІЛ.

Розділ 3. Практики вживання наркотиків ін'єкційним шляхом

Запитання цього розділу стосувалися усіх опитаних і мали на меті з'ясування тенденцій наркоспоживання – віку початку ін'єкційних практик, наркотиків, яким віддають перевагу, регулярності ін'єкцій та дотримання безпечних ін'єкційних практик. Запитання стосовно партнерів для ін'єкцій та дезінфекції шприців стосувалися тільки тієї частини опитаних, які визнали, що використовували шприц, яким уже робила ін'єкцію інша людина – 613 осіб. У відповідному блоці анкети уперше було застосовано запитання-верифікатори, які мали на меті заохотити респондента пригадати події останніх 30 днів, аби отримати більш точну інформацію про використання ним нестерильних шприців, регулярність дезінфекції шприців, про випадки передачі своїх шприців іншим СІН та використання спільного посуду для приготування та набирання наркотику.

3.1. Тривалість вживання наркотиків

З числа 3962 опитаних 3550, тобто 90% опитаних, відповіли на запитання про вік, у якому вони почали вживати наркотики неін'єкційним шляхом. Це може означати, що 10% опитаних ніколи не вживали наркотики неін'єкційним шляхом або не пам'ятають, коли вони почали це робити. На запитання про вік, у якому СІН почали вживати наркотики ін'єкційним шляхом, відповіли усі опитані окрім одного.

Середній вік початку неін'єкційного вживання наркотиків становить 17 років, а ін'єкційного – 19,6 років; відмінність значуща, $p < 0,01$. Як видно з рис. 3.1.1, у більшості випадків ініціація наркоспоживання неін'єкційним шляхом відбувається у віці 15–18 років, а ін'єкційним шляхом – у віці 16–22 роки. Зокрема дані показують, що 70% опитаних почали вживати наркотики неін'єкційним шляхом до досягнення ними віку 18 років, а 24% – до 15 років. Вживання наркотиків ін'єкційним шляхом у 36% випадках респонденти почали у віці до 18 років, а у 7% – до досягнення 15 років.

Чоловіки починають споживати наркотики неін'єкційним шляхом у середньому на рік раніше (16–7 років), ніж жінки (17–9 років). Проте вік початку ін'єкційних практик за статтю не відрізняється, що означає, що середній вік мав би бути однаковим у чоловіків та жінок. Проте чоловіки-СІН у середньому є старшими від жінок-СІН на 1,4 року – 30,3 проти 28,9 (відмінність статистично значуща на рівні 1%). Можливо, це пояснюється більшою смертністю жінок-СІН або тим, що у вибірку потрапило більше молодих жінок, ніж молодих чоловіків. Останнє може бути зумовлено тим, що більше чоловіків у молодому віці, ніж жінок, є недосяжними для дослідження через те, що вони, наприклад, відбувають покарання у містах позбавлення волі або перебувають на лікуванні. На користь останнього припущення свідчать дані з рис. 3.1.2 – у вибірці є більше жінок у віці 22–24 роки, ніж чоловіків. Жінок також більше у ві-

ковій групі 31–32 роки, проте менше, ніж чоловіків у віці 33 роки та старше. Це може пояснюватись тим, що в Україні жінки почали практикувати вживання наркотиків пізніше, ніж чоловіки.

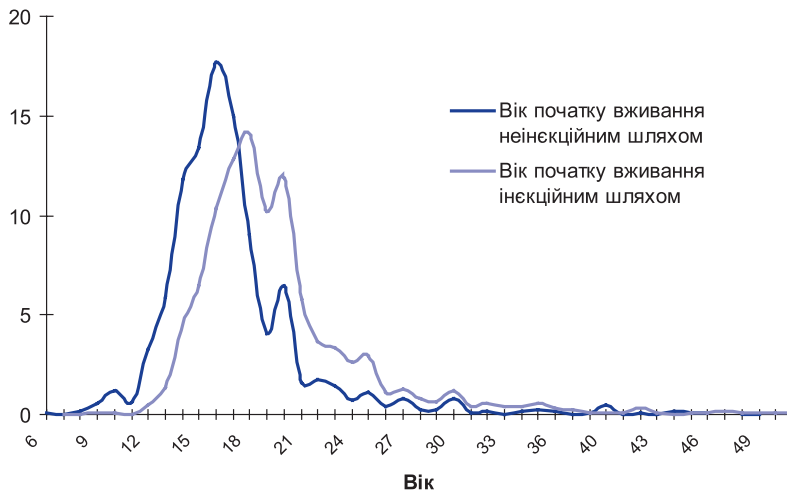


Рис. 3.1.1. Розподіл відповідей на запитання «В якому віці Ви вперше спробували вживати наркотики неін'єкційним шляхом?» та запитання «В якому віці Ви вперше спробували вживати наркотики ін'єкційним шляхом?», відсотки

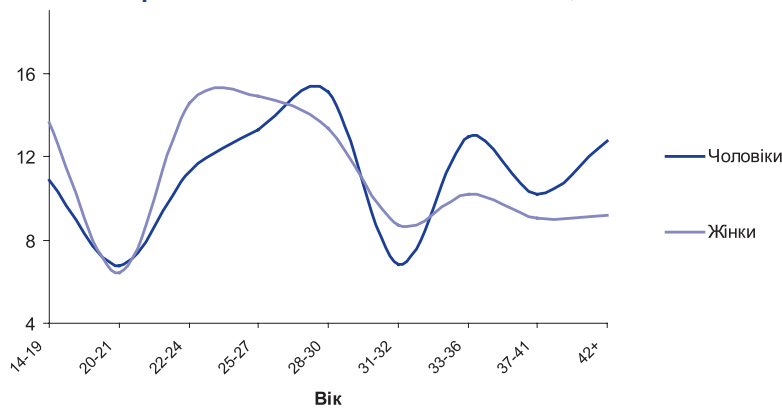


Рис. 3.1.2. Розподіл чоловіків та жінок СІН за віком, відсотки

Нижче (рис. 3.1.3) представлено розподіл респондентів за стажом вживання ін'єкцій, який показує, що найбільш численною є група СІН зі стажом вживання понад 10 років.

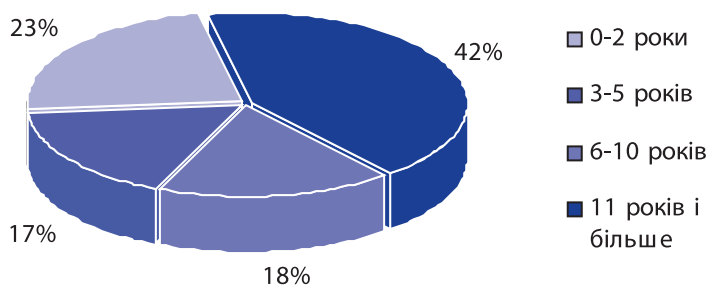


Рис. 3.1.3. Розподіл респондентів за стажом ін'єкцій, відсотки

На рис. 3.1.4 видно, що ця група за стажом переважає як серед чоловіків, так і жінок, але серед жінок все-таки є відносно меншою. Відповідно у чоловіків-СІН більший стаж ін'єкцій: у середньому 10,7 року проти 9,1 року в жінок. Згідно з графіком ця відмінність існує завдяки саме в найстаршій групі СІН, яка є виразно більшою серед чоловіків.

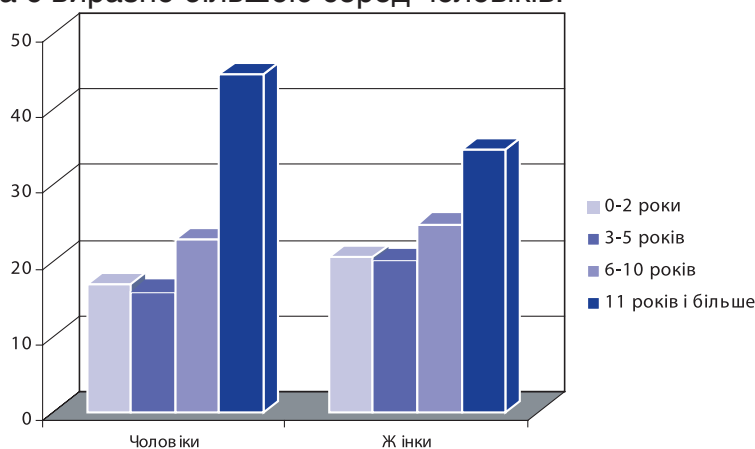


Рис. 3.1.4. Розподіл чоловіків та жінок-СІН за стажом ін'єкцій, відсотки

Вік та стаж опитаних досить сильно корелюють – коефіцієнт кореляції Пірсона становить 0,7.

Порівняння шести міст показали, що у 2009 р. значно збільшилася група СІН зі стажом понад 10 років: якщо у 2007 р. вона становила 47%, у 2009-му вона досягла вже 59%.

3.2. Поширеність вживання різних видів наркотиків

Нижче (табл. 3.2.1) представлено дані про поширення видів наркотиків, які вживали опитані СІН, у тому числі ін'єкційним шляхом, протягом останніх 30 днів.

Найпоширенішим наркотиком в Україні є екстракт опію – його уживали майже 80% опитаних. Друге місце за популярністю посідає метамфетамін у вигляді розчину – 28% вживали ін'єкційним шляхом. На третьому місці – амфетамін у вигляді порошку, який загалом вживали 16% опитаних, а ін'єкції робили 10%.

Серед наркотиків, які вживали будь-яким шляхом, 11% згадують також трамадол та інші наркотики, яких опитувані не знайшли в запропонованому списку – 13%.

Слід звернути увагу на те, що деякі наркотики вживають частіше неін'єкційним шляхом, ніж ін'єкційним. До них належать: амфетамін (16% проти 10%), трамадол (11% проти 4%), метилендіоксиметамфетамін (6% проти 2%).

Екстракт опію у вигляді розчину переважає серед ін'єкційних наркотиків, як серед чоловіків, так і жінок-СІН. Структура споживання наркотиків серед жінок та чоловіків досить схожа. Виняток становить тільки афметамін у вигляді порошку – його споживають ін'єкційним шляхом 1% чоловіків та 11% жінок-СІН. Якщо узагальнити інформацію за типами наркотичних речовин, то 81,5% споживали протягом місяця опіати, а 40% – стимулятори. Отже, 22% опитаних СІН споживали і опіати, і стимулятори.

Таблиця 3.2.1. Види наркотиків, які СІН вживали взагалі та ін'єкційним шляхом протягом останніх 30 днів, відсотки

	Вживали протягом 30 днів	Вживали протягом 30 днів ін'єкційним шляхом
Опіати		
Трамадол/трамал	11,0	4,1
Героїн	5,8	4,7
Екстракт опію в рідкому стані	80,1	79,4
Інше	2,0	1,6
Стимулятори		
Кокаїн	2,8	0,6
Амфетамін у вигляді порошку	16,4	9,8
Метамфетамін у вигляді порошку	2,8	1,1
Метамфетамін у вигляді розчину	29,3	28,0
Меткатинон	4,9	3,8
Катинон	3,5	2,6
Метилендіоксиметамфетамін («екстазі», MDMA)	5,7	1,7
Інше	1,6	1,0
Інші види наркотиків		
LSD, гриби	3,4	1,0
Інше	13,4	0,8

Зміни в споживанні головних двох груп наркотиків – опіатів та стимуляторів – є важливою характеристикою змін у популяції СІН, яка пояснює багато інших поведінкових зсувів, тому їх наведено тут у порівнянні з 2007 р.

Аналіз змін показує деяке збільшення споживання опіатів у 6 містах, доступних для порівняння з 2007 р. (табл. 3.2.2 та 3.2.3).

Таблиця 3.2.2. Споживання опіатів протягом 30 днів у 6 містах, 2007–2009 рр., відсотки та довірчі інтервали

Місто	2007	Довірчий інтервал	2009	Довірчий інтервал
Сімферополь	86,3	81,5–91,1	95,2	92,0–98,5
Дніпропетровськ	91,0	87,0–95,0	88,0	83,6–92,4
Кривий Ріг	87,3	81,9–92,7	98,8	97,0–99,8
Київ	71,6	66,8–76,4	66,8	64,8–68,8
Миколаїв	79,5	73,7–,3	96,4	94,2–98,6
Черкаси	88,6	84,2–93,0	98,0	97,4–100,0
6 міст разом	82,5	81,0–84,0	88,3	86,7–89,9

Таблиця 3.2.3. Споживання стимуляторів протягом 30 днів у 6 містах у 2007–2009 рр., відсотки та довірчі інтервали

Місто	2007	Довірчий інтервал	2009	Довірчий інтервал
Сімферополь	36,1	29,3–42,9	48,8	44,0–53,6
Дніпропетровськ	35,2	28,4–2,0	47,8	41,8–3,8
Кривий Ріг	20,7	13,9–27,5	6,0	3,4–9,8
Київ	56,2	51,0–61,4	60,9	56,7–65,1
Миколаїв	26,5	20,3–32,7	11,2	7,2–15,2
Черкаси	14,2	9,4–19,0	54,2	51,1–57,3
6 міст разом	34,5	31,9–37,1	40,3	37,9–42,7

У Кривому Розі, Сімферополі, Миколаєві та Черкасах відбувся перехід на практично 100% вживання опіатів. У той же час у Кривому Розі та Миколаєві частка споживання стимуляторів значно знизилась, а в Сімферополі та Черкасах спостерігалось підвищення споживання опіатів разом зі збільшенням споживання стимуляторів. У Києві та Дніпропетровську структура лишилась без значних змін. Таким чином, у 2009 р. найбільш інтенсивне «змішане споживання» спостерігалось в Черкасах та Сімферополі: протягом 30 днів у цих двох містах майже 100% СІН вживали опіати, а стимулятори вживали 54% респондентів у Черкасах, та 49% – у Сімферополі. Прикладом найбільш «чистого» споживання опіатів в 2009 р. є Кривий Ріг.

Таблиця 3.2.4. Види наркотиків, які СІН вживали ін'єкційним шляхом протягом останніх 30 днів, за віковими групами, відсотки

	До 20 років	20 років і старше
Опіати		
Трамадол/трамал	8,2	3,6
Героїн	4,4	4,7
Екстракт опію в рідкому стані	46,3	83,7
Інше	0,6	1,7
Стимулятори		
Кокаїн	0,3	0,7
Амфетамін у вигляді порошку	27,7	7,4
Метамфетамін у вигляді порошку	1,7	1,1
Метамфетамін у вигляді розчину	39,6	26,5
Меткатинон	1,6	4,0
Катинон	2,9	2,6
Метилендіоксиметамфетамін («екстазі», MDMA)	2,2	1,7
Інше	1,7	0,9
Інші види наркотиків		
LSD, гриби	2,7	0,8
Інше	0,4	0,9

Споживання екстракту опію значно переважає в групі СІН старших 20 років – 84%, тоді як у групі СІН, молодших 20 років, його споживання становить 46%, що тільки на 6% більше, ніж споживання у цій групі метамфетаміну у вигляді розчину. Споживання метамфетаміну в старшій групі, у свою чергу, становить 26,5%, тоді як у молодшій – 40%. Амфетамін також є більш популярним серед молодих СІН – 28% у порівнянні з 7% серед СІН, яким за 20 років. Молодші СІН також трохи частіше вживають трамадол ін'єкційним шляхом (8%), ніж старші, – 4%, $p < 0,01$.

З метою визначення, який із цих наркотиків СІН вживають через те, що надають йому перевагу над іншими, а які вживають за умов недоступності перших або як додатковий, респондентам ставилося запитання щодо наркотику, який опитувані вважають своїм «основним» (табл. 3.2.5).

Таблиця 3.2.5. Види наркотиків, які СІН вживали ін'єкційним шляхом протягом останніх 30 днів, та ті, які СІН вважають своїм «основним» наркотиком, відсотки*

	Вживали протягом 30 днів	Основний наркотик
Опіати		
Трамадол/трамал	4,1	0,7
Героїн	4,7	1,4
Екстракт опію в рідкому стані	79,4	73,7
Інше	1,6	0,6
Стимулятори		
Кокаїн	0,6	0,2
Амфетамін у вигляді порошку	9,8	5,4
Метамфетамін у вигляді порошку	1,1	0
Метамфетамін у вигляді розчину	28,0	15,9
Меткатинон	3,8	0,6
Катинон	2,6	0,3
Метилендіоксиметамфетамін («екстазі», MDMA)	1,7	0,1
Інше	1,0	0,2
Інші види наркотиків		
LSD, гриби	1,0	0,1
Інше	0,8	0,5

*Сума відсотків у першому стовпчику не дорівнює 100%, адже респонденти називали всі види наркотиків, які вони вживали. Сума відсотків у другому стовпчику не дорівнює 100%, респондентів просили назвати один, «улюблений» наркотик.

Дані з таблиці (другий стовпчик) підтверджують, що екстракт опію є найпопулярнішим наркотиком для 74% опитаних, а на другому місці – метамфетамін у вигляді розчину – 16%. Решта 10% опитаних розподілилися між іншими видами стимуляторів. Із числа тих, хто надає перевагу опіатам, 23% вживали протягом місяця також і стимулятори, а з числа тих, хто надає перевагу стимуляторам, 25% вживали опіати.

Досить помітна відмінність у відсотках між тими, хто вживав метамфетаміни протягом трьох місяців, та тими, хто назвав метамфетамін своїм «осно-

вним» наркотиком, може означати, що метамфетаміни часто вживають тоді, коли опіати є недосяжними.

Якщо об'єднати всіх, хто обирає опіати як основний наркотик, то виявиться, що 76,4% опитаних можна назвати «споживачами опіатів». Відповідно 23% є споживачами стимуляторів, а 0,6% надає перевагу іншим наркотикам.

Нижче наведено розподіл споживачів опіатів та стимуляторів за статтю, віком та місцем проживання респондента, а також ін'єкційним стажем.

Таблиця 3.2.6. Основний вид наркотиків, які вживають ін'єкційним шляхом, розподіл за статтю, віком респондента та стажем вживання стимуляторів, відсотки

	Опіати	Стимулятори	Інші
Чоловіки (N=3036)	77,2	22,2	0,6
Жінки (N=926)	73,8	25,7	0,5
Вік			
14–19 років (N=345)	46,7	52,6	0,7
20–24 роки (N=695)	67,8	31,1	1,1
25–34 роки (N=1726)	79,2	20,2	0,5
35 і більше років (N=1196)	90,0	9,7	0,3
Стаж			
0–2 роки (N=539)	54,9	43,8	1,3
3–5 років (N=591)	67,1	32,0	0,9
6–10 років (N=950)	78,3	21,4	0,3
11 і більше років (N=1878)	88,1	11,6	0,2
Місце проживання			
Сімферополь (N=250)	88,8	10,8	0,4
Миколаїв (N=250)	94,4	5,6	–
Дніпропетровськ (N=250)	73,9	26,1	–
Северодонецьк (N=250)	68,8	29,6	1,6
Кривий Ріг (N=250)	96,4	3,6	–
Запоріжжя (N=250)	77,1	22,9	–
Київ (N=400)	48,4	51,6	–
Вінниця (N=250)	38,4	61,6	–
Черкаси (N=250)	93,2	4,8	2,0
Чернігів (N=250)	68,0	33,4	1,6
Житомир (N=250)	96,4	3,6	–
Червоноград (N=250)	75,5	24,5	–
Рівне (N=250)	81,1	18,9	–
Івано-Франківськ (N=250)	82,8	16,0	1,2
Тернопіль (N=100)	92,1	6,9	1,0
Ужгород (N=100)	70,0	30,0	–
Чернівці (N=100)	76,2	17,8	5,9
РАЗОМ	76,4	23,0	0,6

Треба зазначити, що жінки дещо частіше надають перевагу стимуляторам – 26% проти 22% серед чоловіків. З віком виразно зростає частка споживачів опіатів і досягає 90% у групі 35 років і старше, тоді як у групі наймолодших вона становить 47%. Схожа тенденція спостерігається в залежності від стажу – від 55% серед тих, хто має ін'єкційний стаж 2 роки і менше, до 88% серед тих, хто має стаж 11 років і більше.

Розподіл видів наркотиків за місцем проживання варіацію також доволі нерівномірний – від 96% споживачів опіатів у Житомирі до 38% у Вінниці. Проте переважають міста, де більшість СІН вживає опіати як основний наркотик. Понад 90% вживають опіати у Житомирі, Миколаєві, Черкасах та Тернополі; 81–89% у Сімферополі, Івано-Франківську та Рівному; 68–77% у Дніпропетровську, Запоріжжі, Червонограді, Чернівцях, Северодонецьку, Чернігові та Ужгороді. Тільки Київ та Вінниця становлять виняток – понад половина СІН там надають перевагу метамфетаміну та іншим стимуляторам.

Щодо вживання алкоголю протягом останніх 30 днів, то 78% відповіли ствердно на це запитання. Серед жінок ствердних відповідей на 5% менше, ніж серед чоловіків, відповідно 74% та 79%, $p < 0,01$. Серед вікових груп вирізняється наймолодша група, 14–19 років, де алкоголь споживали протягом місяця 84,5% проти 77% у всіх старших групах. Наймолодша за стажем група також відрізняється від старших: 83% споживали алкоголь у групі зі стажем 2 роки та менше стажу, проти 75–78% у старших групах, $p < 0,01$. Проте найбільша різниця (в 9%) спостерігається між споживачами опіатів (75,5%) та стимуляторів (84%).

Тих респондентів, які відповіли, що вживали алкоголь (3075 осіб), запитували, як часто вони вживали алкоголь протягом останніх 30 днів (рис. 3.1.5).

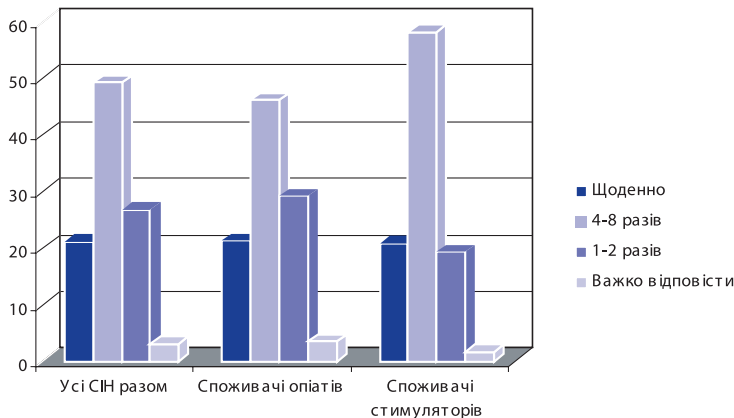


Рис. 3.2.1. Розподіл регулярності вживання алкоголю протягом останніх 30 днів, у тому числі, споживачами опіатів та стимуляторів, (N=3075), відсотки

21% відповіли, що вживали алкоголь щоденно, 49% – 1–2 рази на тиждень, 27% – 1–2 на місяць, 3% не змогли відповісти на це запитання. Як показують дані, споживачі стимуляторів частіше вживали алкоголь, ніж споживачі опіатів: хоч частка тих, хто вживав алкоголь щоденно, і є однаковою в цих групах, проте частка тих, хто випивав 1–2 рази на тиждень, становить 58% серед споживачів стимуляторів та 46% серед споживачів опіатів, $p < 0,01$.

3.3. Частота ін'єкцій

Нижче представлено розподіл того, як часто респонденти робили ін'єкції наркотичних речовин протягом останніх 30 днів, тільки для тих видів наркотиків, які споживала статистично вагома частка опитаних. Дані показують, що ін'єкції екстракту опію роблять значно частіше, ніж ін'єкції інших наркотиків (рис. 3.3.1).

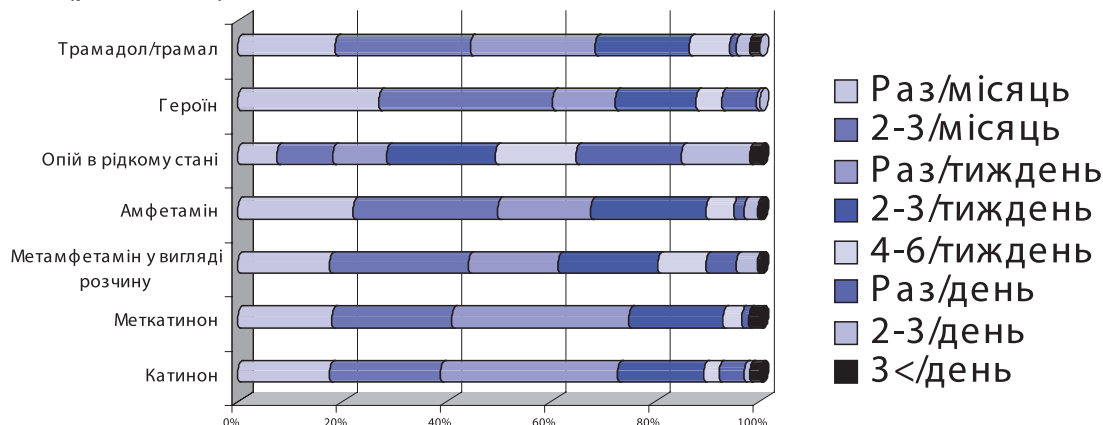


Рис. 3.3.1. Розподіл відповідей на запитання «Як часто Ви робили ін'єкції наркотичних речовин протягом останніх 30 днів?», відсотки

48

Отже, серед споживачів опію 18% таких, що роблять ін'єкції 1–3 рази на місяць, а серед споживачів інших наркотиків таких 38–60%. З іншого боку, щоденно вживали опій 35%, а інші наркотики щоденно вживали 1,4–10%. Треба зазначити, що 15% споживачів опію робили ін'єкції частіше ніж раз на день. Оскільки споживання опію переважає у досліджуваній сукупності, то його споживання й характеризує найбільшою мірою регулярність ін'єкцій у досліджуваній сукупності.

Нижче показано розподіл респондентів за частотою ін'єкцій опію та метамфетамінів – наркотиків, які переважно вживали СІН, опитані в цьому дослідженні. Спостерігається зв'язок частоти ін'єкцій зі статтю, віком респондента та стажем ін'єкційного вживання (табл. 3.3.1, 3.3.2).

Таблиця 3.3.1. Частота ін'єкцій опію, розподіл за статтю, віком респондента та стажем ін'єкцій, відсотки

	1–3/місяць	1–6/тиждень	Принаймні раз/день
Чоловіки (N=3036)	18,8	47,9	33,3
Жінки (N=926)	16,3	42,6	41,1
Вік			
14–19 років (N=345)	23,8	55,3	20,9
20–24 роки (N=695)	19,5	51,9	28,6
25–34 роки (N=1726)	16,6	45,8	37,6
35 і більше років (N=1196)	18,4	43,1	38,5
Стаж			
0–2 роки (N=539)	25,4	57,4	17,2
3–5 років (N=591)	15,9	49,2	34,9
6–10 років (N=950)	18,4	44,8	36,8
11 і більше років (N=1878)	16,9	43,7	39,4
РАЗОМ	18,2	46,7	35,1

Жінки швидше переходять на практично щоденний режим ін'єкцій (41%), ніж чоловіки (33%) ($p < 0,01$). Наймолодша група СІН показує найменшу частоту щоденних ін'єкцій – 21%. У віковій групі 20–24 років ця частка вже становить 29%, у групі 25–34 – 38%, проте після 25 років життя поширення щоденних ін'єкцій перестає зростати. Простежується зв'язок між стажом вживання наркотиків та частотою ін'єкцій: після досягнення стажу 3 роки ін'єкції стають щоденними для 35% СІН, тоді як протягом перших двох років ін'єкційного досвіду щоденно ін'єкції роблять тільки 17% опитаних. Після досягнення стажу 5 років поширення щоденних ін'єкцій збільшується на 2% у кожній наступній групі за стажем.

Таблиця 3.3.2. Частота ін'єкцій метамфетаміну, розподіл за статтю, віком респондента та стажем ін'єкцій, відсотки

	1–3/місяць	1–6/тиждень	Принаймні раз/день
Чоловіки (N=3036)	42,7	45,1	12,1
Жінки (N=926)	48,0	46,9	5,1
Вік			
14–19 років (N=345)	46,4	47,0	6,6
20–24 років (N=695)	42,8	52,4	4,8
25–34 років (N=1726)	44,7	41,0	14,3
35 і більше років (N=1196)	42,0	46,0	11,9
Стаж			
0–2 роки (N=539)	53,0	41,4	5,6
3–5 років (N=591)	39,6	52,5	7,9
6–10 років (N=950)	42,4	46,8	10,8
11 і більше років (N=1878)	41,6	42,9	15,5
РАЗОМ	44,1	45,7	10,2

На відміну від ситуації з опієм, чоловіки частіше роблять щоденні ін'єкції метамфетаміну (12%), ніж жінки (5%), ($p < 0,01$). Стосовно віку відмінність спостерігається тільки між СІН у віці молодшому 25 років (5–7% споживають метамфетамін щоденно) та старшому за 25 років (12–14%) ($p < 0,01$), так само як це мало місце для споживання опіатів. Зі зростанням стажу частка тих, хто робить ін'єкції метамфетаміну щоденно, монотонно зростає від 6 до 16%; тобто перехід на щоденне споживання відбувається швидше, ніж у споживанні опію, але в цілому менша частка споживачів стимуляторів вживають їх щоденно, ніж серед споживачів опіатів.

Респондентам, які відзначили вживання опіатів, ставили запитання щодо досвіду опіодних передозувань протягом останніх 12 місяців. Серед 3440 респондентів, які вживали опіоди ін'єкційним шляхом, 13% зазначили, що в них були передозування хоча б один раз протягом року. У 86% передозувань не було, 1% – не пригадали про випадки передозування. Серед тих, у кого були випадки передозування протягом року (448 осіб), половина повідомили про один випадок передозування, 29% – про два, 21% – про три та більше випадків; 2% не змогли пригадати про кількість випадків передозування.

3.4. Практики використання ін'єкційного інструментарію

Національний показник «Відсоток респондентів, які вказали, що вони користувалися стерильним ін'єкційним інструментарієм під час останньої ін'єкції», (див. дод. 2, табл. 1) становить 90%. 8,5% – використовували нестерильний інструментарій, 0,6% відповіли, що не пам'ятають, а 0,8% не дали відповіді.

Великих відмінностей між чоловіками і жінками, віковими групами та групами за стажем щодо використання стерильних шприців не було виявлено. З-посеред 17 міст України можна виокремити два, в яких показники використання стерильного інструментарію є найнижчими: це, передусім, Житомир (60%) та Черкаси (83%) . У решті міст цей показник становить 85–95%. Споживачі стимуляторів частіше (93%), ніж споживачі опіатів (89%), вказували на використання стерильного інструментарію, ($p < 0,01$).

Показник використання стерильного інструментарію протягом останніх 30 днів є дещо нижчим від національного індикатора і становить 85,1%. Варіація цього показника у демографічних групах є більш істотною, ніж у випадку використання стерильного шприца під час останньої ін'єкції, як це видно з табл. 3.4.1 нижче.

Таблиця 3.4.1. Відповіді на запитання «Чи траплялося за останні 30 днів, щоб Ви робили ін'єкцію шприцом, яким до цього робила ін'єкцію інша людина?», розподіл за статтю, освітою респондента, стажем ін'єкцій та місцем проживання, відсотки

	«Ні»	«Так»	«Не пам'ятаю»	Немає відповіді
Чоловіки (N=3036)	87,0	11,4	1,0	0,6
Жінки (N=926)	79,4	16,3	2,3	1,9
Освіта				
Початкова (N=728)	76,2	21,1	1,7	1,0
Середня (N=2571)	87,9	10,6	0,7	0,7
Вища (N=651)	84,3	10,8	3,2	1,7
Стаж				
0–2 роки (N=539)	88,3	8,7	1,4	1,6
3–5 років (N=591)	86,8	11,1	0,9	1,2
6–10 років (N=950)	85,0	13,6	0,8	0,7
11 і більше років (N=1878)	83,1	14,4	1,7	0,8
Види наркотиків, яким надають перевагу				
Опіати (N=3175)	84,3	13,5	1,3	1,0
Стимулятори (N=787)	88,1	10,0	1,4	0,5
Місце проживання				
Сімферополь (N=250)	75,8	19,8	4,0	0,4
Миколаїв (N=250)	92,0	6,8	0,4	0,8
Дніпропетровськ (N=250)	80,6	19,0	0,4	–
Северодонецьк (N=250)	85,0	14,6	–	0,4
Кривий Ріг (N=250)	90,8	7,6	1,2	0,4
Запоріжжя (N=250)	75,4	22,6	1,6	0,4
Київ (N=400)	92,9	6,2	0,5	0,5
Вінниця (N=250)	94,8	4,4	0,8	–
Черкаси (N=250)	66,8	23,2	4,4	5,6

	«Ні»	«Так»	«Не пам'ятаю»	Немає відповіді
Чернігів (N=250)	82,8	15,6	0,8	0,8
Житомир (N=250)	93,1	4,4	–	2,4
Червоноград (N=250)	88,8	8,8	1,6	0,8
Рівне (N=250)	88,6	10,6	0,8	–
Івано-Франківськ (N=250)	71,3	23,5	3,6	1,6
Тернопіль (N=100)	96,0	3,0	1,0	–
Ужгород (N=100)	83,0	15,0	–	2,0
Чернівці (N=100)	97,0	3,0	–	–
РАЗОМ	85,1	12,6	1,3	1,0

Жінки частіше (16%), ніж чоловіки (11%), визнають, що використовували шприц після того, як хтось уже зробив ним собі ін'єкцію ($p < 0,01$).

Респонденти з початковою освітою дещо частіше (21%) визнавали, що використовували вже використаний шприц, ніж респонденти із середньою та вищою освітою (11%), ($p < 0,01$).

Не помічено зростання схильності використовувати вже кимось використаний інструментарій з віком. Проте частка таких респондентів трохи збільшується зі стажем – від 9% у наймолодшій групі до 15% в найстаршій, відмінність між цими групами – значуща, ($p < 0,05$).

Помічено також відмінність між тими, хто назвав своїм основним наркотиком опіат, та тими, хто назвав таким стимулятор. Отже, перші частіше стверджували, що використовували нестерильний інструментарій (13,5%), ніж останні (10%).

Найчастіше уживаний інструментарій використовували в Запоріжжі, Черкасах та Івано-Франківську (23%). Трохи частіше, ніж у середньому по вибірці, нестерильний інструментарій використовували в Сімферополі, Дніпропетровську, Северодонецьку, Чернігові та Ужгороді (15–20%). У решті міст показник становить 3–10%.

Респондентів, яким траплялося користуватися шприцом після інших СІН (613 осіб), запитували, з ким вони робили спільні ін'єкції. Відповіді розподілилися таким чином (табл. 3.4.2):

Таблиця 3.4.2. Партнери, з якими використовували спільний інструментарій протягом останнього місяця, (N=613), відсотки

«Чи використовували Ви впродовж останніх 30 днів шприц разом з:	«Так»	«Ні»	«Не знаю»
постійним сексуальним партнером	26,5	61,5	12,0
непостійним сексуальним партнером	13,7	34,1	12,3
випадковим сексуальним партнером	10,1	77,3	12,7
малознайомою особою, яка не була Вашим сексуальним партнером	10,1	75,6	14,3
другом/подругою, знайомим/знайомою	53,1	35,4	11,5
дилером (наркотогровцем)	4,1	82,0	13,9
дружиною/чоловіком	4,4	80,6	15,0
іншою особою?»	3,0	93,7	3,4

Найчастіше спільні ін'єкції роблять з добре знайомими людьми: з друзями (53%) або з постійним сексуальним партнером (26,5%). Найрідше спільні ін'єкції роблять з дружиною/чоловіком (4,4%) або з наркодилером (4,1%).

Середня кількість партнерів, з якими опитувані СІН спільно користувалися шприцом протягом останніх 30 днів, становить 2,2 особи. У чоловіків кількість ін'єкційних партнерів – 2,3 особи, у жінок – 1,9 особи ($p < 0,05$). За віком, стажем та видом наркотиків, яким надають перевагу, кількість ін'єкційних партнерів не відрізняється.

Респондентів, які повідомили, що використовували вже вживаний шприц, запитали, як часто вони дезінфікували шприц перед уживанням. 34% повідомили про те, що робили це завжди (перший стовпчик табл. 3.4.3). Проте після прохання пригадати події останніх 30 днів щодо дезінфекції ще 18 осіб повідомили, що їм траплялося використовувати недезінфікований шприц. Таким чином, частка тих, хто завжди робив дезінфекцію шприца, скоротилась до 31,5%. Якщо категоризувати 18 цих респондентів як таких, що в більшості випадків дезінфікували шприц, то розподіл виглядатиме так, як це показано в другому стовпчику табл. 3.4.3.

Таблиця 3.4.3. Відповіді на запитання «Якщо Ви робили ін'єкції наркотику спільно з іншими особами, то як часто Ви дезінфікували шприц/голку перед використанням протягом останніх 30 днів?» та «Подумайте ще раз про події останніх 30 днів. Чи був випадок, коли Ви не дезінфікували?», (N=613), відсотки

	Перед проханням пригадати	Після прохання пригадати
Завжди (100%)	33,7	31,5
У більшості випадків (75%)	20,2	22,5
У половині випадків (50%)	8,6	8,6
Іноді (25%)	5,7	5,7
Рідко (менше 10%)	4,7	4,7
Ніколи	16,3	16,3
Важко сказати	10,6	10,6
Разом	100,0	100,0

Таким чином, частка тих, хто визнав, що принаймні раз не дезінфікував шприц після того, як його використав хтось інший, або не зміг відповісти на запитання, становить 70% у підвибірці тих, хто використовував нестерильні шприци. Відносно всієї вибірки опитаних ця частка СІН, поведінка яких є небезпечною, становить 10%. Якщо взяти до уваги тих, хто жодного разу не дезінфікував використаний шприц, та тих, хто не зміг відповісти на це запитання, то частка такої найбільш небезпечної поведінки у підгрупі з 613 осіб становитиме 27%, а в загальній вибірці з 3962 осіб – 4%.

Розподіл регулярності випадків дезінфікування ін'єкційного інструментарію за віком та стажем ін'єкцій СІН показує, що з часом відсоток безпечної поведінки зростає. Так, у наймолодшій групі частка тих, хто завжди дезінфікує інструментарій, становить 21%, а в найстаршій – 34,5%, відмінність значуща, $p < 0,05$. Хоч відмінність між іншими групами і не є статистично значимою, проте можна стверджувати, що саме наймолодша група вирізняється найбільш небезпечною поведінкою. У групі наймолодших за стажем відсоток тих, хто завжди дезінфікує інструментарій, становить 24%, а в групі най-

старших – 38%, відмінність значуща, $p < 0,05$. При цьому можна сказати, що група зі стажем понад 11 років дотримується найбільш безпечної поведінки. Якщо враховувати тільки відсоток тих, хто ніколи не дезінфікує інструментарій, то поведінка групи зі стажем до 2 років виглядає досить безпечною. Проте якщо вважати поведінку тих, хто не зміг відповісти на запитання про дезінфекцію, небезпечною, то можна стверджувати, що поведінка СІН з найменшим стажем є більш ризикованою, ніж СІН з найбільшим стажем, відмінність статистично незначуща.

Щодо способу дезінфекції використаних шприців та голок, то найчастіше СІН промивали інструментарій кип'яченою водою – у 41% випадків, водою з-під крана – в 35%, а в 11% – промивали милом. На власне дезінфекцію, тобто кип'ятіння чи промивання розчином хлору, припадає тільки 20,5% відповідей, відповідно 17,5% та 3% (табл. 3.4.4).

Таблиця 3.4.4. Відповіді на запитання «Якщо Ви обробляєте голку або шприц, то як саме Ви це робите?», (N = 515), відсотки

Промиваю водою з-під крана	35,4
Промиваю кип'яченою водою	40,8
Кип'ячу шприц та голку	17,5
Промиваю милом	11,0
Промиваю розчином хлору	3,0
Інше	10,0

79% опитаних ніколи не віддавали свого вже використаного шприца; 0,8% віддавали завжди, 1% давали часто, 2,7% – у половині випадків, 15,5% – інколи.

Жінки дещо частіше схильні передавати свої шприці іншим СІН (24,5%), ніж чоловіки (19,5%), відмінність значуща ($p < 0,01$). Значущих відмінностей за віком і стажем вживання ін'єкційних наркотиків знайти не вдалося. Проте варто звернути увагу на те, що передача своїх шприців є більш поширеною практикою серед споживачів опіатів (22%), ніж стимуляторів (13,5%), ($p < 0,01$).

57% опитаних повідомили, що вони отримували наркотик з уже наповненого шприца. Причому, як серед тих, хто відповів ствердно на це запитання, так і серед тих, хто заперечив, абсолютну більшість склали ті, хто вважає, що не використовував уже використаний кимось інструментарій протягом останніх 30 днів (80 та 92% відповідно). Тобто, респонденти дають відповідь на запитання про те, використовували вони стерильний шприц, чи ні, незалежно від того, чи бачили вони, як наповнювався шприц. Нижче (табл. 3.4.5) наведено розподіл вживання наркотику з уже наповненого шприца залежно від статі, віку та стажу.

Серед чоловіків і жінок, старших та молодших СІН частка тих, хто отримував наркотик з уже наповненого шприца, є приблизно однаковою.

Проте спостерігається відмінність між групою зі стажем 6–10 років та іншими групами. У цій групі ін'єкції з уже наповненого шприца роблять частіше (63%), ніж у групах з меншим стажем (53 та 55% відповідно), та більшим (58%) ($p < 0,01$). Важливим спостереженням також є те, що споживачі опіатів у 1,5 разу частіше, ніж споживачі стимуляторів, роблять ін'єкції з уже наповненого шприца.

69% опитуваних використовували спільний посуд для приготування наркотику хоча б один раз. Причому 39% робили це регулярно (табл. 3.4.6).

Таблиця 3.4.5. Розподіл відповідей на запитання «Чи отримували Ви ін'єкцію з уже наповненого шприца (тобто Ви не бачили, як цей шприц наповнювався) протягом останніх 30 днів?», відсотки

	«Так»	«Ні»	«Важко сказати»	Разом
Стаж				
0–2 роки (N=539)	53,3	45,7	1,0	100
3–5 років (N=591)	54,7	41,0	4,3	100
6–10 років (N=950)	63,0	34,9	2,2	100
11 і більше років (N=1878)	57,7	40,6	1,7	100
Вид наркотику				
Опіати (N=3175)	61,1	36,2	2,7	100
Стимулятори (N=787)	46,4	53,1	0,4	100
Разом	57,6	40,2	2,1	100

Таблиця 3.4.6. Регулярність використання спільного посуду протягом останнього місяця в залежності від віку, наркотичного стажу та виду наркотиків, відсотки

	Завжди	У більш. випадків	У 50% випадків	Іноді (25%)	Рідко (менше 10%)	Ніколи	Важко сказати	
Вік								
14–19 років (N=345)	23,1	11,8	6,8	8,5	10,5	36,9	2,4	100
20–24 роки (N=695)	21,6	14,7	12,0	9,3	10,4	30,4	1,6	100
25–34 роки (N=17-26)	26,2	13,0	9,6	9,2	10,7	30,2	1,0	100
35 і більше років (N=1196)	29,7	12,9	8,6	10,3	10,7	27,1	0,8	100
Стаж								
0–2 роки (N=539)	22,6	11,1	9,1	9,4	8,9	37,1	1,8	100
3–5 років (N=591)	21,5	16,7	10,1	8,2	9,1	32,1	2,2	100
6–10 років (N=950)	24,6	16,1	9,5	8,9	10,1	29,6	1,3	100
11 і більше років (N=1878)	29,9	11,0	9,3	10,3	12,2	26,6	0,6	100
Вид наркотику								
Опіати (N=3175)	26,0	14,4	10,0	9,6	10,7	28,4	1,0	100
Стимулятори (N=7-87)	25,8	8,9	7,7	9,3	10,4	35,7	2,2	100
Разом	25,9	13,1	9,4	9,5	10,6	30,1	1,2	100

Частка тих, хто жодного разу не використав спільний посуд, при зіставленні з часткою тих, хто робив це хоч би один раз, свідчить про те, що з часом зростає схильність до більш небезпечної поведінки. СІН у віці до 19 років, а також СІН зі стажем до 2 років включно у 37% випадків зазначили, що ніколи не використовують спільний посуд для приготування та розподілу наркотику, тоді як серед СІН віком понад 35 років та СІН зі стажем більше 11 років таких 27%, відмінність значуща, ($p < 0,01$).

Загалом тенденція до ризикованої поведінки щодо використання спільного посуду має протилежну спрямованість у порівнянні з використанням спільного інструментарію, який найчастіше використовують саме наймолодші СІН. Обернена тенденція щодо використання спільного посуду, можливо, пояснюється різними способами здобуття сировини та технологіями приготування опіатів і стимуляторів. Дані показують, що споживачі опіатів частіше використовують спільний посуд (72%), ніж споживачі стимуляторів (64%). Оскільки споживачі опіатів старші за споживачів стимуляторів, то, можливо, це і пояснює відмінності між віковими групами.

Однак окремий аналіз показав, що роль відіграє як вид наркотику, якому надають перевагу, так і зміни у поведінці, пов'язані з віком. Так, серед споживачів опіатів використання спільного посуду практикується однаковою мірою у всіх вікових групах, тоді як серед споживачів стимуляторів використання спільного посуду з віком зростає з 55 до 73%. Можливо, що вживання опіатів все-таки відіграє роль, адже з віком споживачі стимуляторів щораз частіше починають споживати опіати. Зокрема щоденне вживання опіатів у групі споживачів стимуляторів збільшується від 6% у групі до 19 років до 17% у групі понад 35 років.

72% опитаних СІН набирали готовий розчин із спільного посуду принаймні раз за минулий місяць. Варто відзначити, що серед тих, хто отримував уже наповнений шприц для ін'єкції 24% зазначили, що ніколи не набирали наркотичної речовини із загального посуду, а серед тих, хто не отримував вже наповнений шприц, таких – 32%, відмінність статистично значуща ($p < 0,01$).

Таблиця 3.4.7. Регулярність набору наркотичної речовини зі спільного посуду протягом останнього місяця, за віком, наркотичним стажем та видом наркотиків, відсотки

	Завжди	У більш. випадків	У 50% випадків	Іноді (25%)	Рідко (менше 10%)	Ніколи	Важко сказати	
Вік								
14–19 років (N=345)	27,9	11,8	6,8	6,3	13,1	33,4	0,7	100
20–24 роки (N=695)	25,7	16,0	9,6	8,6	10,6	28,3	1,2	100
25–34 роки (N=1726)	30,9	12,3	8,8	9,0	10,2	28,0	0,8	100
35 і більше років (N=1196)	37,1	14,7	6,9	8,4	9,1	23,5	0,3	100
Стаж								
0–2 роки (N=539)	30,3	12,9	5,8	6,4	12,1	32,1	0,4	100
3–5 років (N=591)	25,0	16,4	9,9	8,1	8,8	31,1	0,7	100
6–10 років (N=950)	30,4	14,2	8,5	8,5	9,6	27,5	1,3	100
11 і більше років (N=1878)	35,0	12,4	8,4	9,5	10,5	23,8	0,4	100
Вид наркотику								
Опіати (N=3175)	29,0	8,9	7,4	7,8	12,2	34,5	0,2	100
Стимулятори (N=787)	32,1	15,1	8,5	8,7	9,7	25,1	0,8	100
Разом	31,4	13,7	8,2	8,5	10,3	27,3	0,7	100

Як і у випадку з використанням спільного посуду, з часом зростає схильність до більш небезпечної поведінки, тобто до набирання готового розчину зі спільного посуду. СІН у віці до 19 років, а також СІН зі стажем до 2 років включно, у 33 та 32% випадків відповідно визнали, що ніколи не використовують спільний посуд для приготування та розподілу наркотику, тоді як серед СІН у віці за 35 років та СІН зі стажем більше 11 років таких 23,5 та 24% відповідно, відмінність значуща, ($p < 0,01$).

3.5. Використання стерильного інструментарію: за результатами порівнянь досліджень 2007–2009 рр.

Порівняльний аналіз ключового показника використання ін'єкційного інструментарію під час останньої ін'єкції показує незначну динаміку (табл. 3.5.1).

Таблиця 3.5.1. Частка СІН, які використовували стерильні ін'єкційні матеріали під час останньої ін'єкції, відсотки та довірчі інтервали

Місто	2007	Довірчий інтервал	2009	Довірчий інтервал
Сімферополь	77,9	71,8–83,9	92,0	87,7–95,9
Дніпропетровськ	84,5	78,0 - 90,3	88,5	81,3–93,1
Кривий Ріг	90,0	82,6–95,2	93,1	89,8 –97,2
Київ	87,5	82,2–92,3	100,0	–
Миколаїв	85,0	77,0–92,7	95,4	91,8–98,5
Черкаси	89,8	84,5–94,6	82,6	74,1–90,6
6 міст разом	84,5	82,5–86,5	93,2	92,0–94,4

Як у 2007-му, так і у 2009 рр., значення показника є високими. Статистично значиме зростання зареєстроване тільки в Сімферополі та Києві. У 2009 р. в шести містах показник становив більше 83%. Проте інші показники використання стерильного інструментарію показують не тільки менші значення, але й значну міжрегіональну диференціацію та динаміку в часі. Це стосується зокрема показника невикористання шприца, який наповнював хтось із оточення СІН.

Таблиця 3.5.2. Частка СІН, які не робили ін'єкцію з уже наповненого шприца протягом останніх 30 днів, відсотки та довірчі інтервали

Місто	2007	Довірчий інтервал	2009	Довірчий інтервал
Сімферополь	20,7	14,0–29,0	45,2	37,4–53,2
Дніпропетровськ	70,5	61,4–79,0	52,1	43,0–61,4
Кривий Ріг	17,4	8,9–27,2	57,2	47,2–65,8
Київ	46,8	37,3 –55,7	41,3	35,5–47,8
Миколаїв	34,2	25,0–44,2	13,3	8,7–20,4
Черкаси	38,9	30,6–48,2	13,8	8,0–19,3
6 міст разом	37,8	34,8–40,8	36,5	33,9–39,1

Так, у Миколаєві та Черкасах відбулося падіння показника невикористання наповненого шприца від значення близького до середнього в шести містах до 13–14%. У Дніпропетровську спостерігалось дещо менше падіння досить високого значення показника. Водночас цей показник зріс у два рази в Сімферополі та в три рази – у Кривому Розі. Отже цей показник виявився більше чутливим до якихось локальних факторів, наприклад, збільшення частки продаж наркотику в наповненому шприці в Сімферополі та Кривому Розі.

Одним з таких факторів може бути частка респондентів, які отримували шприци від працівників неурядових організацій. Гіпотетично, в містах, де цей чинник охоплення СН профілактичною роботою зріс, мало підвищитись і використання стерильних шприців. Проте аналіз показав, що в п'яти містах з шести (окрім Черкас) показник отримання шприців від НУО зменшився на 10%. Цей факт може пояснюватися тим, що в процесі дослідження 2009 р., на противагу опитуванню 2007-го, інтерв'юерам вдалось опитати не тільки респондентів, які є клієнтами НУО або є для них доступними, але й більш латентні групи СН.

Зміни в структурі споживання також можуть тільки частково пояснити падіння показника невикористання вже наповненого шприца у Миколаєві та Черкасах. Можна припустити, що технологія приготування опіатів закладає більш поширену практику наповнення шприца кимось одним з групи споживачів, ніж споживання стимуляторів. Так, 61% тих, хто вважає своїм основним наркотиком опіат, отримували ін'єкцію з уже наповненого шприца, тоді як серед споживачів стимуляторів таких було тільки 46% (табл. 3.4.5.)?. Отже там, де у 2007–2009 рр. зросло споживання опіатів, мала б показати відповідну динаміку частка тих, хто отримав ін'єкцію з наповненого шприца. Проте збільшення споживання опіатів відбулося не тільки в Миколаєві та Черкасах, але й у Кривому Розі та Києві, проте в цих містах частка тих, хто не робив ін'єкцію з наповненого шприца, не стала меншою.

Розділ 4. Дотримання заходів попередження передачі ВІЛ-інфекції під час сексуального контакту

Поширення ВІЛ статевим шляхом є важливим джерелом як передачі інфекції серед представників наркосередовища, так і поширення на зовнішні соціальні групи ризиків зараження ВІЛ. На запитання цього розділу відповідали тільки ті респонденти, які вже мали досвід сексуальних контактів (3920 осіб), та переважно ті з них, що мали сексуальні контакти протягом останніх 12 місяців (3685 осіб). Інформацію про характеристики сексуального життя протягом минулого року погодилися дати 92% опитаних.

4.1. Рівень сексуальної активності СІН

У цьому підрозділі досліджуються різні типи сексуальних контактів, кількість сексуальних партнерів та інтенсивність сексуального життя СІН у зв'язку із соціально-демографічними параметрами, цивільним станом, впливом локального наркосередовища, зі схильністю до вживання різних типів наркотиків та частотою ін'єкцій.

Початок статевого життя СІН

Серед опитаних СІН 99% (3920 осіб) мали принаймні один сексуальний контакт у своєму житті. Більшість респондентів (92% – 3659 осіб) протягом останніх 12 місяців мали сексуальні контакти, і близько 80% (3160 осіб) респондентів мали сексуальні контакти в останні 30 днів.

Більшість (71%) опитаних набули перший сексуальний досвід у віці до 17 років. Частина СІН, які розпочали статеве життя у віці до 15 років (включно), дорівнює 44%. У віці між 16 та 18 роками набули сексуального досвіду 50% СІН.

Частка СІН, чий сексуальний дебют відбувся у віці понад 21 рік (включно), дорівнює 1%.

Розподіл респондентів за віком набуття першого сексуального досвіду показано на рис. 4.1.1.

Жінки СІН, які увійшли до вибірки, загалом починали статеве життя пізніше чоловіків. Середній вік сексуального дебюту в жінок становить 16 років, а в чоловіків – 15,5 року ($p < 0,01$).

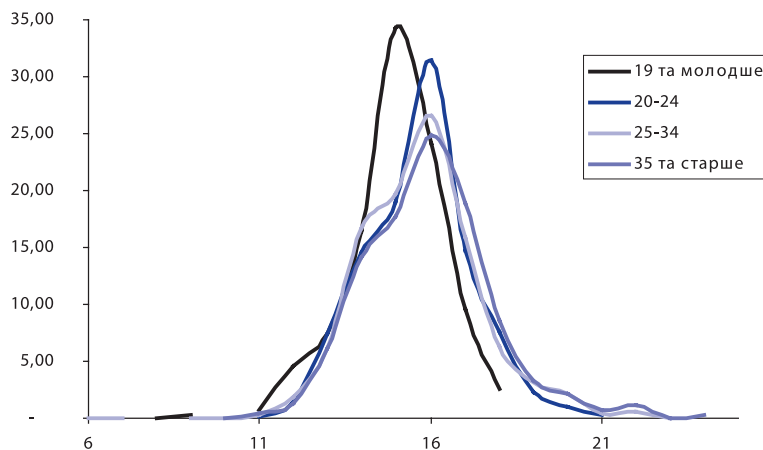


Рис. 4.1.1. Розподіл відповідей на запитання «В якому віці Ви вперше вступили в статевий зв'язок?» у чотирьох вікових групах (% по групі, до всіх опитаних) (N=3791)

Сексуальні контакти СІН

За останні 90 днів 74% (2710 осіб) споживачів ін'єкційних наркотиків мали сексуальні контакти із постійними партнерами (але не лише з ними), 37% (1341 особа) опитаних мали випадкові зв'язки, 5% – платили за секс-послуги (199 осіб) а 4% самі надавали секс-послуги за винагороду (157 осіб).

Для детальнішого аналізу сексуальної поведінки було виділено «чисті» категорії сексуальних партнерів. Такий крок спричинений тим фактом, що всі три групи сексуальних партнерів (постійні, випадкові, комерційні) значною мірою перетинаються: 19,8% тих, хто мав постійних партнерів, вступав також у випадкові зв'язки, і приблизно по 3% користувалися сексуальними послугами або самі їх надавали.

Виділення умовно «чистих» груп дозволяє провести чіткіший аналіз факторів, які сприяють ризикованій сексуальній поведінці.

«Чисті» типи щодо ризикованості сексуальної поведінки визначені таким чином:

Перша категорія – один *постійний партнер* – включає СІН, які повідомили, що протягом останніх трьох місяців мали сексуальні контакти з одним постійним партнером (1880 осіб) і не мали контактів ні з випадковими, ні з комерційними партнерами. Їх можна вважати категорією з відносно низьким рівнем вірогідності інфікування ВІЛ статевим шляхом. До другої категорії – *випадкові партнери* (включаючи тих, хто має постійного партнера) – потрапили СІН, які зазначили, що мали сексуальні контакти з випадковим партнером (1132 особи). Наявність випадкового партнера вже істотно збільшує ризикованість сексуальної поведінки, отже цю категорію можна вважати такою, що дещо більшою мірою наражається на ризик зараження. Третя категорія включає тих СІН, які протягом останніх трьох місяців мали декількох постійних партнерів, тобто чоловіка/дружину або іншу особу, з якою респондент/ка мав/ла тривалі стосунки (236 осіб). Наявність декількох, хоча і постійних партнерів, також збільшує ступінь ризикованості поведінки. Четверта категорія – це СІН, які мали сексуальні контакти з комерційними партнерами, включаючи тих, хто має постійного партнера та мав випадкові контакти (N=349). Наявність сексуальних контактів з такими різними типами партнерів дозволяє говорити про особливо високий ступінь ризикованості сексуальної поведінки. На рис. 4.1.2 подано розподіл відповідей опитаних відносно даної синтетичної змінної.

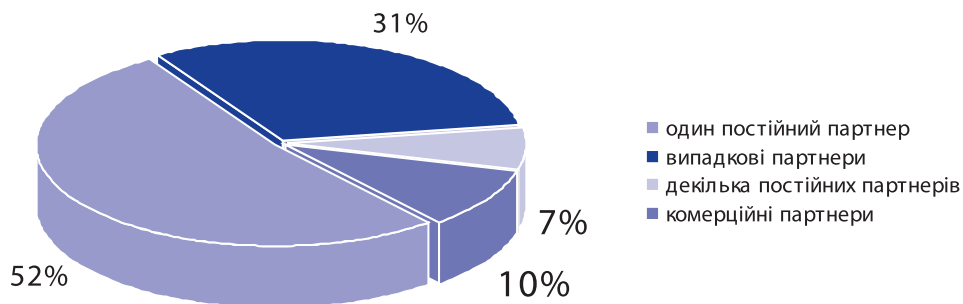


Рис. 4.1.2. Розподіл змінної «Тип сексуального партнера» (N =3597), відсотки

Більшість опитаних (52%) мали сексуальний контакт лише з одним партнером. Другою за чисельністю групою є СІН, які мали випадкових партнерів; вони становлять 32% від загальної кількості опитаних, які мали статеві стосунки протягом останніх 3 місяців. Частка СІН, які мають кілька постійних партнерів, дорівнює 7%. Респонденти, які користувалися комерційними секс-послугами чи надавали такі послуги, становлять 10%.

У цілому жінки схильні мати більш стабільні сексуальні стосунки: вони частіше за чоловіків мали лише одного постійного партнера (59% проти 50%) та рідше вступали у випадкові зв'язки (16% проти 37%) ($p < 0,01$). Проте жінки частіше практикували комерційний секс, ніж чоловіки (75% проти 18%) ($p < 0,01$).

З віком кількість СІН, які мали виключно одного сексуального партнера, зростає, і навпаки – зменшується від 44,5% до 26% серед СІН, які практикують випадковий секс (див. табл. 4.1.1) ($p < 0,01$). Разом з тим, частка СІН, в яких є декілька постійних партнерів, не залежить від віку, а кількість тих, хто займається комерційним сексом, збільшується, проте відмінність між віковими групами не є значимою ($p > 0,05$). Зі збільшенням стажу ін'єкційного вживання наркотиків збільшується кількість СІН, які мають сексуальні стосунки лише з одним постійним партнером, і зменшується частка тих, хто вступає у випадкові зв'язки (див. табл. 4.1.11) ($p < 0,01$). Проте частка тих, хто має декількох постійних партнерів, залишається практично незмінною ($p < 0,01$). При цьому із зростанням стажу також збільшується частка СІН, які практикують комерційний секс ($p < 0,01$).

Подружній статус стимулює більш безпечну сексуальну поведінку СІН. Серед одружених відсоток тих, хто має випадкові зв'язки, є значно меншим, ніж серед неодружених (14% проти 46%), ($p < 0,01$).

СІН, які мають сексуального партнера з-поза середовища СІН, схильні мати більше полігамних стосунків, ніж СІН, які таких контактів не мають ($p < 0,01$).

Отримані дані виявили суттєву різницю між регіонами в поширенні платного сексу ($p < 0,01$). Міста, в яких було проведене дослідження, можна розподілити на 4 групи за значенням цього показника. До першої групи віднесемо міста, в яких участь СІН у ринку платних секс-послуг сягає понад 20%, до другої групи віднесемо міста, в яких цей показник дорівнює приблизно 10%, у третій групі значення показника варіюють навколо 3%, у четвертій групі знаходяться міста, в яких цей показник дорівнює 2% та нижче. Найбільша кількість СІН, які практикують комерційний секс, була виявлена в Сімферополі (31%), Запоріжжі (29%) та Черкасах (28%). Відповідно до значень цього показника Київ (4%), Миколаїв (7%) та Тернопіль (10%) можуть бути віднесені до другої групи міст. Третю групу складають Вінниця (3%),

Рівне (3%), Житомир (4%) та Сєвєродонецьк (4%). Серед міст, які увійшли в дослідження, показник участі в ринку комерційних секс-послуг найнижчий у Чернігові (1%), Червонограді (1%) та Кривому Розі (2%). В Ужгороді СІН, які б мали досвід платного сексу, виявлені не були.

Таблиця 4.1.1. Кількість сексуальних партнерів кожного типу, з якими був контакт протягом останніх трьох місяців, відсотки

	Один постійний партнер	Випадкові партнери, включаючи тих, хто має постійного партнера	Кілька постійних партнерів	Комерційні партнери, включаючи тих, хто має постійного партнера та мав випадкові контакти	Усі типи партнерів разом
Стать					
Жінки (N=890)	59,0	15,8	7,3	17,9	100,0
Чоловіки (N=27-07)	50,1	36,6	6,3	7,0	100,0
Вік					
14–19 (N=345)	45,5	44,5	6,1	3,9	100,0
20–24 (N=695)	46,4	40,9	5,3	7,4	100,0
25–34 (N=1726)	54,2	27,2	8,2	10,5	100,0
35+ (N=1196)	56,3	26,0	5,1	12,6	100,0
Сімейний статус					
Одружені (N=1-629)	74,1	14,0	5,0	6,9	100,0
Неодружені (N=1967)	34,2	46,0	7,8	12,1	100,0
Стаж вживання наркотиків					
до 2-х років (N=496)	46,8	42,2	6,4	4,6	100,0
від 3 до 5 років (N=548)	48,7	34,1	9,3	7,9	100,0
від 6 до 10 років (N=903)	53,9	30,2	6,4	9,6	100,0
більше 11 років (N=1743)	55,1	26,5	5,7	12,7	100,0
Статеві стосунки з не-СІН					
Були (N=1080)	52,3	26,9	5,6	15,1	100,0
Не було (N=440)	56,6	31,8	2,3	9,3	100,0
Разом	52,3	31,5	6,6	9,7	100,0

Серед тих, хто вважає своїм основним наркотиком стимулятор, помічено дещо більшу схильність до випадкових зв'язків – 42,5% проти 35% серед тих, хто основним наркотиком вважає опіат, відмінність значуща, $p < 0,01$. Проте частки постійних та комерційних партнерів у цих групах є практично однаковими.

Респондентам чоловічої статі ставили запитання, чи були в них сексуальні контакти з партнерами-чоловіками протягом року. 45 осіб з 3962 опитаних, що становить трохи більше 1%, дали ствердну відповідь. Мала кількість цієї підгрупи унеможлиблює визначення статистичної значимості, але аналіз показав її значну подібність у поведінкових характеристиках до інших респондентів. Це стосувалося використання презервативів, стерильних шприців, частки випадкових сексуальних контактів. Проте частка стосунків з комерційними партнерами, яким опитувані платили за секс, відрізняє цю групу від інших респондентів – таких було 14 осіб з 45, що становить 30%, тоді як частка комерційного сексу у загальній вибірці становить 5%. На схильність до більш ризикованої поведінки цієї групи вказує також і те, що 3 особам з 45 платили за сексуальні послуги.

Респондентам, які зазначили, що проживають у шлюбі або з сексуальним партнером, поставили запитання, чи споживає їхній партнер наркотики ін'єкційним шляхом (табл. 4.1.2).

Таблиця 4.1.2. Розподіл відповідей на запитання «Чи вживає Ваш сексуальний партнер наркотики ін'єкційним шляхом?» за статтю, віком та стажем вживання наркотиків, N=1957, відсотки

	«Так»	«Ні»	«Не знаю»
Чоловіки (N=1410)	33,7	61,3	5,0
Жінки (N=547)	69,0	27,1	3,8
Вік			
14–19 років (N=47)	52,2*	44,8	3,0
20–24 роки (N=230)	37,0	55,5	7,6
25–34 роки (N=996)	46,6	50,4	3,0
35 і більше років (N=684)	41,2	52,6	6,2
Стаж вживання наркотиків			
0–2 роки (N=152)	39,7	55,0	5,3
3–5 років (N=220)	32,8	63,4	3,8
6–10 років (N=485)	46,8	48,0	5,2
11 і більше років (N=1099)	46,0	49,4	4,6
Разом (N=1956)	43,7	51,6	4,7

*Кількість респондентів у цій групі є замалою для статистичних висновків.

Дані показують, що жінки удвічі частіше (69%), ніж чоловіки (33%), мають подружніх чи сексуальних партнерів-СІН, $p < 0,01$. Це може означати те, що чоловіки віддають перевагу жінкам не-СІН, а жінки-СІН рідше стоять перед вибором чоловіка в залежності від його статусу. Якщо не брати до уваги групу наймолодших СІН (47 осіб), то можна сказати, що частка партнерів-СІН з віком зростає до досягнення віку 35 років. Статистично значуща відмінність спостерігається між групами віком 20–24 роки (37%) та групою віком 25–34 роки (47%), $p < 0,01$, між групами 25–34 роки (47%) та 35 і більше років (41%), $p < 0,05$. Щодо стажу, то треба зауважити, що статистично значуща відмінність спостерігається між групою 3–5 років стажу (33%) та групами з більшим стажем (46–47%), $p < 0,01$. Треба також зауважити, що близько 5% тих, хто проживає з партнером, не знають, чи їх партнер вживає наркотики ін'єкційним шляхом.

Респондентам з шести міст – Сімферополя, Дніпропетровська, Кривого Рогу, Запоріжжя, Києва та Миколаєва ставилося запитання, чи мали вони контакт зі статевим партнером, який не вживає наркотики ін'єкційним шляхом, протягом останніх трьох місяців, 66% опитаних з цих міст дали ствердну відповідь.

Таблиця 4.1.3. Розподіл відповідей на запитання про сексуальні контакти з партнерами-не-СІН, (N=1656), відсотки)

	Ствердна	Заперечлива
Чоловіки (N=1243)	71,2	28,8
Жінки (N=413)	51,6	48,4
Цивільний статус		
Неодружені (N=725)	58,7	41,3
Одружені (N=818)	73,2	26,8
Розлучені (N=113)	65,9	34,1
Разом (N=1656)	66,4	33,6

Чоловіки частіше мають сексуальних партнерів з числа не-СІН, ніж жінки – 71% проти 52%, що підтверджує дані отримані від одружених та СІН, що проживають з партнером, із загального масиву. Одружені респонденти частіше мають своїми партнерами не-СІН (73%), ніж неодружені (56%). Статистично значущих відмінностей за віком, стажем та типом сексуальних стосунків помічено не було.

Кількість статевих партнерів СІН

У цьому підрозділі аналізується загальна кількість сексуальних партнерів усіх типів серед тих, хто мав сексуальні контакти протягом року перед проведенням дослідження (3685 осіб).

Аналіз виявив статистично значущі відмінності в кількості сексуальних партнерів (за останні 3 місяці) залежно від статі респондента. Жінки частіше мали лише одного партнера (57% жінок та 50,5% чоловіків), а чоловіки в більшій мірі були схильні мати 2–5 партнерів за вказаний період часу (35% чоловіків та 26% жінок), ($p < 0,01$). Жінки також були більш схильні мати понад 12 сексуальних партнерів (5% проти 1%), це пов'язано із більшою часткою серед жінок тих, хто надавав сексуальні послуги за гроші¹¹.

На основі отриманих результатів можна стверджувати, що серед СІН з настанням віку 35 років різко зменшується кількість сексуальних партнерів усіх типів (див. табл. 3.1.4.), ($p < 0,01$). Зі зростанням віку СІН спостерігається зменшення кількості таких СІН, які мали сексуальні контакти з 2–5 партнерами (протягом 3 останніх місяців), та збільшується кількість тих, хто мав контакти лише з одним партнером. Проте кількість СІН, які мають контакти із шістьма та більше сексуальними партнерами, є більш або менш стабільною незалежно від віку¹². Кількість респондентів у підгрупах „декілька постійних партнерів” та „наявність комерційних партнерів” не дозволяє оцінити значущість розбіжностей відсотків. Наголосимо на тому, що частка тих, хто взагалі мав сексуальні стосунки серед СІН старших за 35 років, є дещо меншою порівняно з іншими віковими групами – 79% проти 95%.

¹¹ Вказаний статистичний зв'язок оцінений бути не може, оскільки в підвибірці тих, у кого були комерційні партнери, кількість є недостатньою.

¹² Кількість респондентів в підгрупах „декілька постійних партнерів” та „наявність комерційних партнерів” не дозволяє оцінити значущість розбіжностей відсотків.

Таблиця 4.1..4. Загальна кількість сексуальних партнерів/рок за останні три місяці, (N= 3685), відсотки

	Жодної/ го парт- нерки/ра	Один/а партнер/ ка	2–5	6–12	Більше 12 парт- нерок/ів	Разом
Жінки (N=945)	7,0	57,2	25,9	4,8	5,1	100,0
Чоловіки (N=2879)	6,8	50,5	34,8	6,7	1,3	100,0
Вік						
14–19 (N=345)	5,8	46,7	39,5	5,8	2,1	100,0
20–24 (N=695)	4,4	47,7	37,6	7,3	3,0	100,0
25–34 (N=1726)	4,9	54,1	32,6	6,3	2,2	100,0
35+ (N=1196)	11,6	54,3	26,8	5,5	1,7	100,0
Цивільний статус						
Одружені (N=1662)	2,6	72,9	19,2	3,5	1,7	100,0
Неодружені (N=21- 60)	10,0	36,2	43,0	8,2	2,5	100,0
Статеві стосунки з не-СІН						
Були (N=1091)	1,3	54,0	38,8	3,8	2,1	100,0
Не було (N=523)	16,4	55,6	21,4	5,0	1,5	100,0
Типи сексуальних зв'язків						
Один постійний партнер	-	100,0	-	-	-	100,0
Випадкові партнери	-	10,3	76,0	11,9	1,9	100,0
Кілька постійних партнерів	-	-	84,8	11,4	3,8	100,0
Комерційні партне- ри	-	3,2	57,8	23,0	15,9	100,0
Разом	6,8	52,1	32,6	6,2	2,2	100,0

Зв'язок між подружнім статусом та кількістю статевих партнерів, з якими був статевий контакт протягом останніх 90 днів, є таким: СІН, у яких відсутній подружній досвід, демонструють дещо більшу схильність до множинних сексуальних зв'язків. Вони частіше, ніж ті, хто такий досвід має, розповідали про те, що в них був статевий зв'язок із декількома (2–5) або з багатьма партнерами (більше 6) ($p < 0,01$). Одружені СІН протягом останніх 3 місяців частіше за самотніх СІН мали сексуальний контакт лише з одним партнером, ($p < 0,01$). Серед одружених СІН більшість (73%) мала одного сексуального партнера протягом вказаного терміну, а серед неодружених таких було 35% ($p < 0,05$). Досить велика частина неодружених СІН мали статевий контакт із 2–5 партнерами впродовж даного періоду часу (43% та 40%), у той же час 19% одружених СІН мали такі контакти, ($p < 0,05$).

Результати аналізу свідчать про існування різниці в кількості сексуальних партнерів між СІН, які мають сексуальні контакти із партнерами-не-СІН, та тими, хто таких контактів не має. Перші дещо частіше вступали в статеві стосунки з 2–5 партнерами, ($p < 0,01$). Частка тих, хто мав сексуальні стосунки з 2–5 особами, серед СІН, що мали статевий зв'язок з СІН, дорівнює 39%. При цьому, той самий показник для групи СІН, які не мали партнерів з-поза наркосередовища, дорівнює 21%. Також можна стверджувати, що се-

ред респондентів, які мають сексуальні зв'язки поза наркосередовищем, та СІН, які мають контакти лише в своїй групі, частка тих, у кого був лише один партнер протягом останніх трьох місяців, не відрізняється, вона дорівнює 54% в першій групі та 56% в другій, ($p < 0,05$).

Щодо структури типу сексуальних зв'язків отримані дані свідчать про те, що 76% тих, хто практикує секс з випадковими партнерами, мали сексуальні стосунки із 2–5 партнерами протягом останніх 3 місяців. 85% тих, хто мав декількох постійних партнерів, мали статевий контакт з 2–5 особами у вказаний термін. У 58% СІН, що практикують комерційний секс, була подібна кількість сексуальних партнерів, ($p < 0,01$). Також існує статистично значуща різниця між частками СІН, в яких були або випадкові зв'язки, або декілька постійних партнерів, і СІН, які практикують комерційні сексуальні стосунки. Частка тих, у кого було понад 6 сексуальних партнерів, серед перших двох груп дорівнює 14%, тоді як цей показник серед СІН, які платили за секс послуги, або надавали їх, дорівнює 39%, ($p < 0,01$).

Статистично значущого зв'язку виду наркотиків (опіати чи стимулятори), яким віддають перевагу, та частотою вживання наркотиків з кількістю сексуальних партнерів виявлено не було.

Інтенсивність сексуального життя СІН

Респондентів СІН запитували, як часто вони мали сексуальні контакти з партнерами будь-яких типів протягом останніх трьох місяців. Відповіді давали послуговуючись 9-ступеневою градацією, яку з метою зручності презентації було перекодовано на 4-ступеневу (рис.4.1.3 та табл. 4.1.5).

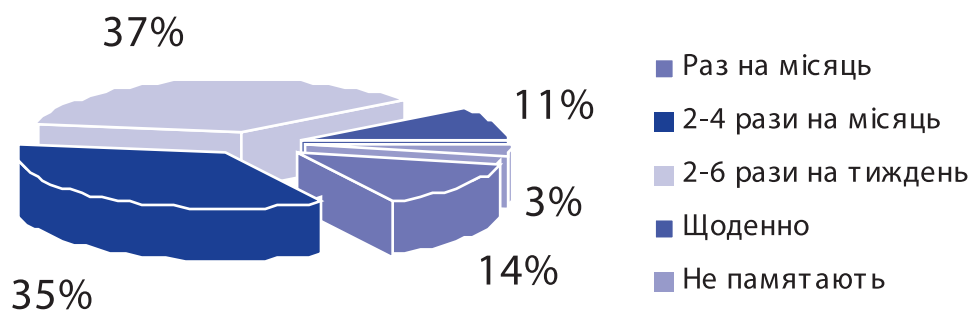


Рис. 4.1.3. Частота сексуальних контактів протягом 3 останніх місяців, (N = 3597), відсотки

Схильність до більш інтенсивних сексуальних контактів вирізняє чоловіків, відмінність з жінками за більшістю категорій відповіді статистично значуща ($p < 0,01$). СІН у віці 25–34 роки вирізняє більша схильність мати стосунки 2–6 разів на тиждень (40%) від СІН у віці 20–24 роки – 32%, ($p < 0,01$). Загалом СІН у віці 25–34 роки мали найбільшу частоту сексуальних контактів протягом останніх 3 місяців як у порівнянні з наймолодшою групою, так і з групою старше 35 років. Серед СІН зі стажем 6–10 років також більше тих, хто мав стосунки частіше ніж раз у місяць у порівнянні з групою зі стажем до 2 років. Помітні відмінності спостерігаються в частоті сексуальних контактів серед споживачів опіатів та стимуляторів. Щоправда, частки тих, хто має контакти щоденно, не відрізняється в цих групах, проте серед споживачів стимуляторів є більше таких, що мають стосунки кілька разів на тиждень (49%), ніж серед споживачів опіатів (33%). За типом сексуальних партнерів вирізняються тільки ті СІН, які мали комерційних партнерів – серед них частка щоденних контактів становить 24%.

Таблиця 4.1.5. Частота сексуальних контактів з партнерами усіх типів за останні три місяці, (N= 3681), відсотки

	Раз на місяць та рідше	2–4 рази на місяць	2–6 разів на тиждень	Раз на день та частіше	Не пам'ятають/Важко відповісти	Разом
Жінки (N=945)	10,9	31,5	40,2	14,2	3,1	100,0
Чоловіки (N=2879)	15,6	36,4	36,1	9,3	2,6	100,0
Вік						
14–19 (N=345)	15,1	40,6	37,5	4,8	1,9	100,0
20–24 (N=695)	13,2	40,4	32,0	10,1	4,3	100,0
25–34 (N=1726)	11,8	32,2	39,7	13,7	2,6	100,0
35+ (N=1196)	19,1	33,8	36,5	8,4	2,2	100,0
Стаж вживання наркотиків						
до 2-х років (N=496)	12,7	43,1	33,6	6,5	4,2	100,0
від 3 до 5 років (N=548)	12,5	39,5	34,7	10,9	2,3	100,0
від 6 до 10 років (N=903)	12,0	30,8	41,6	12,7	2,9	100,0
Більше 11 років (N=1743)	17,3	32,5	37,0	10,9	2,3	100,0
Вид наркотиків, яким надають перевагу						
Опіати (N=1091)	15,8	37,1	33,3	10,7	3,1	100,0
Стимулятори (N=523)	9,6	29,6	49,1	10,2	1,6	100,0
Типи сексуальних зв'язків						
Разом	14,4	35,3	37,0	10,5	2,7	100,0

Споживачі ін'єкційних наркотиків називали також кількість сексуальних стосунків з окремими категоріями сексуальних партнерів, не послуговуючись шкалою відповідей. Ті з них, що вступали протягом останніх 3 місяців в сексуальні стосунки із випадковими партнерами, з ними робили це в середньому 6,6 разу, ті, хто платив за секс-послуги, робили це в середньому 4 рази, ті, хто надавав послуги сексуального характеру на комерційній основі, виконували це в середньому 22,7 разу ($p < 0,01$).

На основі отриманих даних не виявлено статистично значущого та вагомого зв'язку між інтенсивністю ризикованих контактів та віком, статтю, стажем вживання наркотику, інтенсивністю ін'єкцій.

Проте є статистично значущою ($p < 0,01$) різниця між інтенсивністю сексуальних контактів з випадковими партнерами в локальних наркокультурах. Середня кількість статевих контактів з такими партнерами дорівнює в Ужгороді 18,2; Чернігові 9,3; Запоріжжі 9; Кривому Розі 8,9; Дніпропетровську 7,4; Черкасах 6,2; Києві та Вінниці - 6; Рівному 5,9; Миколаєві 5,8; Івано-Франківську 5,2; Сєверодонецьку 5,2 Червонограді 5,1; Житомирі 4,9; Тернополі 2,1; Чернівцях 3,1 та Сімферополі 2,1.

4.2. Практика використання презервативів під час гетеросексуальних контактів

У цьому підрозділі досліджується регулярність та причини відмови від використання презерватива. Деякі аспекти цієї теми були досліджені в співвідношенні з типом сексуальних стосунків, кількістю сексуальних контактів, інтенсивністю сексуальної активності та вживання наркотиків, соціодемографічними характеристиками, цивільним станом та впливом локального наркосередовища.

Регулярність використання презервативів

Відсоток СІН, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту становить 58%.

З віком зменшується частка СІН, які використовували презерватив під час останнього статевого акту. У найстаршій групі частка тих, хто користується презервативом, дорівнює 39%, у групі від 25 до 49 років цей показник становить 55%, у групі від 20 до 24 років – 66% ($p < 0,01$) та в наймолодшій групі, в яку входять респонденти від 14 до 19 років, презервативами користуються 67%, відмінність між двома останніми групами – є статистично незначущою (див. табл. 4.2.1).

Таблиця 4.2.1. Відсоток СІН, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту, (N=3597), відсотки

Стаж вживання наркотиків	
до 2 років (N=414)	57,0
від 3 до 5 років (N=451)	52,8
від 6 до 10 років (N=658)	44,7
більше 11 років (N=1185)	45,1
Вік	
14–19 (N=410)	67,3
20–24 (N=685)	65,5
25–49 (N=2429)	55,2
50+ (N=72)	38,9
Цивільний стан	
Одружені (N=1752)	45,0
Неодружені (N=1844)	69,2
Вид наркотику	
Опіати (N=2736)	56,7
Стимулятори (N=862)	63,0
Разом	58,2

Різниці між чоловіками та жінками за показником використання презерватива виявлено не було. Статистично значущою є різниця між СІН зі стажем вживання наркотиків понад 11 років та тими СІН, в яких стаж менший 11 років (55% проти 61% використовували презерватив), ($p < 0,01$).

СІН, які вживають опіати, рідше користувалися презервативами під час останнього сексу, ніж ті, хто вживає стимулятори (57% проти 63%), ($p < 0,01$).

Найменша кількість СІН, які користувалися презервативом під час останнього статевого контакту, виявилася в Дніпропетровську (39%), Ужгороді

(41%), Житомирі (42%) та Сєвєродонецьку (42%). Для Києва цей показник становить 56%, нагадаймо, що в цілому по Україні він становить 58%. Найбільш безпечною є сексуальна активність СІН Івано-Франківська (79%), Чернівців (77%), Миколаєва (74%) та Сімферополя (73%).

Одружені СІН рідше використовують (45%) презервативи, ніж розлучені (67%) та самотні СІН (70%), ($p < 0,01$).

Зі збільшенням частоти вживання опіатів від 1–2 ін'єкцій на місяць до більшої інтенсивності їх вживання зростає кількість СІН, які користуються презервативами, ($p < 0,01$). Серед найактивніших споживачів опіатів (майже щоденні ін'єкції) та серед СІН, що вживають наркотики від 3 до 6 разів на місяць, група тих, хто користується презервативами, становить 59%, серед тих, хто вживає наркотик 1–2 рази на місяць, цей показник дорівнює 48%.

Також можна стверджувати, що існує різниця між споживачами стимуляторів, які роблять одну-дві ін'єкції на місяць (57% використовували презерватив), та тими, хто вживає цей наркотик частіше (64%), ($p < 0,05$).

Серед тих СІН, які мають сексуальні контакти¹³ з особами з-поза наркосередовища, частка тих, що користувалися презервативами під час останнього статевого контакту, становить 60%. Цей показник серед СІН, які не мали таких контактів протягом останніх 3 місяців, становить 52%, різниця є значущою на рівні 5%.

Статистично значущою є різниця між відсотками, розрахованими для СІН, що мають випадкові зв'язки та тими СІН, що мають декількох постійних партнерів чи практикують комерційні стосунки (рис. 4.2.1).

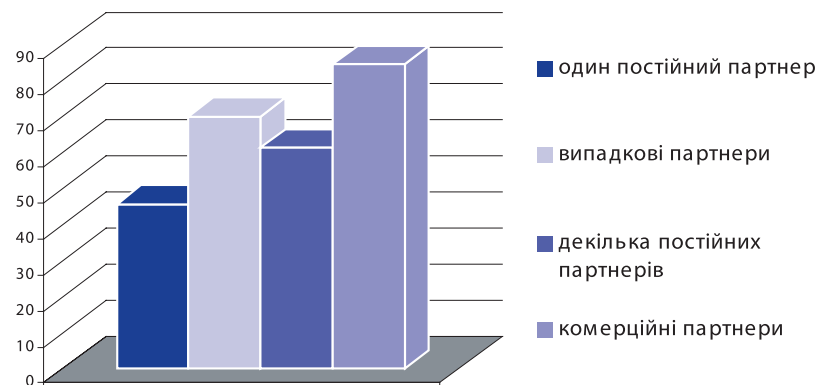


Рис. 4.2.1. Використання презерватива під час останнього статевого контакту відносно типів сексуальної активності, відсотки в кожній групі

Серед тих, хто має постійного партнера та одночасно мав випадкові зв'язки, завжди користуються презервативом із постійними партнерами 26%. Дещо частіше використовують презерватив з постійними партнерами ті СІН, які додатково мають або декілька постійних контактів, або контакти з комерційними партнерами, ($p < 0,05$). Частки тих із них, хто чинить у такий спосіб, дорівнюють 35% та 38%, відповідно.

Частіше за інших про використання презервативу під час останнього статевого акту повідомляли СІН, які практикують комерційний секс (83%)¹⁴. Цей показник для СІН, які мають декількох постійних партнерів, дорівнює 61%, для СІН, що практикують випадкові зв'язки, – 70%, для СІН, у яких є лише один постійний партнер, – 46%, ($p < 0,01$) (див. рис. 4.2.1).

¹³ Див. посилання 4.

¹⁴ Відсотки, наведені в цьому параграфі, були розраховані від кількості «чистих» типів сексуальної поведінки (див. табл. 4.2.1).

Серед СІН, які мають сексуальні контакти з людьми, які не належать до наркосередовища, контакти з постійними партнерами з використанням презервативів становлять 33%, з випадковими партнерами 59%, та з комерційними партнерами 73%, ($p < 0,01$).

Аналіз розподілу цього показника за 17 містами України, оцінений за допомогою пакета RDSAT наведено у табл. 2 дод. 2. Цей розподіл показує, що можна виділити п'ять міст, де використання презерватива є найбільш поширеним – 62–71% – це Сімферополь, Миколаїв, Черкаси, Івано-Франківськ та Чернівці. До другої групи можна віднести міста, де застосування презервативів знаходиться трохи нижче середньої для цілої сукупності (58%) – у межах 42–51%. Це – Кривий Ріг, Київ, Вінниця, Червоноград, Ужгород та Рівне. У групі, де застосування презервативів перебуває в межах 30–38%, знаходяться Запоріжжя, Житомир, Чернігів та Тернопіль. У групі міст, де рівень застосування можна визначити як низький (26–27%), знаходяться два міста – Северодонецьк та Дніпропетровськ.

Більш показовими щодо безпечних сексуальних практик є дані відносно частоти використання презерватива впродовж останніх 90 днів при сексуальному контакті із постійними, випадковими та комерційними партнерами. Окрім того, респондентів, що декларували використання презерватива у 100% випадках, попросили іще раз подумати та згадати, чи не було випадку, коли вони не використовували презерватив. Результати відповідей СІН на ці запитання наведені в табл. 4.2.2. В стовпчиках „відповідь перед нагадуванням” містяться дані першої реакція респондентів, стовпчики „відповідь після нагадування” містять скореговані дані.

Можна стверджувати, що респонденти рідше користуються презервативами завжди із постійними партнерами (28%), ніж з випадковими (53%), та комерційними партнерами (67%), ($p < 0,01$).

Таблиця 4.2.2. Регулярність використання презервативів протягом останніх трьох місяців за категорією сексуальних партнерів, відсотки

		Завжди	У більш. випадків	У 50% випадків	Іноді (25%)	Рідко (менше 10%)	Ніколи	Важко сказати	
Постійні партнери, (N=2710)	відповідь перед нагадуванням	29,6	14,8	6,5	7,0	7,4	33,5	1,3	100,0
	відповідь після нагадування	28,0	16,5	6,5	7,0	7,4	33,5	1,3	100,0
Випадкові партнери/ки, (N=1-341)	відповідь перед нагадуванням	54,5	13,2	9,3	6,1	5,0	10,4	1,6	100,0
	відповідь після нагадування	53,0	14,8	9,3	6,1	5,0	10,4	1,6	100,0
Комерційні партнери/ки, (N=349)	відповідь перед нагадуванням	69,7	8,8	6,8	2,1	1,7	5,2	5,6	100,0
	відповідь після нагадування	67,2	11,3	6,8	2,1	1,7	5,2	5,6	100,0

У таблиці 4.2.3 наведені розподіли регулярності користування презервативами із постійними партнерами за віком та стажем вживання наркотиків. Зі збільшенням віку та стажу вживання наркотиків СІН децю менше користуються презервативами (як протягом 90 днів, так і під час останнього статевого контакту), проте це не стосується СІН зі стажем 11 років і більше – у цій групі використання презервативів знаходиться на рівні групи до 2 років стажу. Респонденти у віці до 19 років найчастіше використовують презервативи на постійній основі, старші групи відрізняються між собою значно менше. Одружені СІН децю рідше використовують презервативи, ніж неодружені, 42% одружених взагалі їх ніколи не використовують.

Таблиця 4.2.3. Регулярність використання презерватива з постійним партнером протягом останніх 3 місяців, за віком, наркотичним стажем та видом наркотиків, відсотки

	Завжди	У більш. випадків	У 50% випадків	Іноді (25%)	Рідко (менше 10%)	Ніколи	Важко сказати	
Вік								
14–19 років (N=262)	35,1	20,6	11,1	6,1	11,1	15,3	0,8	100,0
20–24 роки (N=457)	28,9	19,9	9,0	9,2	6,6	26,0	0,4	100,0
25–34 роки (N=12-21)	27,0	18,0	5,8	6,1	7,2	34,2	1,7	100,0
35 і більше років (N=769)	26,4	10,5	4,6	7,4	6,9	43,0	1,2	100,0
Стаж								
0–2 роки (N=416)	32,2	20,0	6,7	7,7	9,1	23,6	0,7	100,0
3–5 років (N=452)	25,7	18,8	10,6	10,6	7,7	26,1	0,4	100,0
6–10 років (N=657)	21,3	20,5	7,5	6,1	7,6	34,4	2,6	100,0
11 і більше років (N=1186)	30,9	12,1	4,3	5,8	6,5	39,3	1,1	100,0
Вид наркотику								
Опіати (N=2071)	27,1	16,7	6,7	6,8	7,3	33,9	1,5	100,0
Стимулятори (N=641)	30,7	15,9	5,8	7,6	7,6	31,8	0,5	100,0
Цивільний стан								
Одружені (N=1575)	20,6	15,5	4,9	7,7	7,6	42,2	1,4	100,0
Неодружені (N=1133)	38,2	17,8	8,6	5,9	7,1	21,3	1,1	100,0
РАЗОМ	28,0	16,5	6,5	7,0	7,4	33,5	1,3	100,0

Регулярність використання презерватива з постійним партнером пов'язана з віком, стажем вживання наркотиків та подружнім статусом. З віком зменшується частка тих, хто використовує презерватив завжди з 35% у групі 14–19 років до 26% у групі віком 35 років та старше, відмінність статистично значуща, $p < 0,01$. З віком, відповідно збільшується частка тих, хто жодного разу за 3 місяці не використовував презерватив з постійним партнером, – з 15% у наймолодшій групі до 43% у найстаршій, $p < 0,01$. Зі стажем відсоток тих, хто використовував презервативи при кожному статевому акті протягом трьох місяців, зменшувався з 32 до 21%, але тільки до досягнення стажу

споживання наркотиків 10 років. СІН зі стажем понад 10 років використовують презерватив майже так само часто (31%), як і СІН зі стажем менше 2х років. Одружені СІН майже у два рази рідше використовують презерватив, ніж неодружені, якщо взяти до уваги варіанти відповідей «Завжди» та «Ніколи».

Таблиця 4.2.4. Регулярність використання презервативу з випадковим партнером протягом останніх 3 місяців, за віком, наркотичним стажем та видом наркотиків, відсотки

	Завжди	У більш. випадків	У 50% випадків	Іноді (25%)	Рідко (менше 10%)	Ніколи	Важко сказати	
Вік								
14-19 років (N=199)	53,3	14,6	12,6	7,5	7,5	3,0	1,5	100,0
20-24 роки (N=321)	53,0	17,1	12,1	7,8	1,9	7,5	0,6	100,0
25-34 роки (N=516)	57,9	12,0	7,8	4,8	4,3	11,0	2,1	100,0
35 і більше років (N=304)	51,3	10,2	6,6	5,3	7,6	17,1	2,0	100,0
Стаж								
0-2 роки (N=301)	54,2	15,6	10,6	6,3	5,3	6,3	1,7	100,0
3-5 років (N=241)	52,3	17,4	12,0	6,6	3,7	7,1	0,8	100,0
6-10 років (N=310)	57,7	11,9	9,4	8,1	3,5	9,0	0,3	100,0
11 і більше років (N=488)	53,9	10,5	7,2	4,3	6,1	15,4	2,7	100,0
Вид наркотику								
Опіати (N=974)	52,9	13,8	9,7	6,4	4,8	10,9	1,6	100,0
Стимулятори (N=367)	58,9	11,7	8,4	5,2	5,2	9,3	1,4	100,0
Сімейний стан								
Одружені (N=272)	59,2	9,6	7,4	3,3	4,8	14,0	1,8	100,0
Неодружені (N=1068)	53,5	14,1	9,7	6,7	5,0	9,5	1,5	100,0
РАЗОМ	53,0	14,8	9,3	6,1	5,0	10,4	1,6	100,0

Регулярність використання презерватива з випадковим партнером пов'язана з віком, стажем вживання наркотиків, видом наркотиків, які вживає СІН, та його подружнім статусом, але меншою мірою, ніж у випадку вживання з постійним партнером. Як і у випадку з постійним партнером, регулярне використання презерватива зменшується з віком, проте це можна зауважити тільки на прикладі відповідей «Ніколи»: таку відповідь СІН у віці 35 років і старше давали у 5 разів частіше (17%), ніж СІН у віці до 19 років (3%), $p < 0,01$. Зі стажем відсоток тих, хто не використовував презервативи протягом трьох місяців збільшувався з 6 до 15%, $p < 0,01$, що цілком відповідає тенденції використання презервативів з постійним партнером. Споживачі стимуляторів використовують презерватив з випадковим партнером регулярно трохи частіше (59%), ніж споживачі опіатів (53%), $p < 0,05$. Одружені СІН дещо частіше давали відповідь «Ніколи» (14%), ніж неодружені, 9,5%, $p < 0,05$.

Частка СІН, які мали сексуальні контакти з комерційними партнерами, є недостатньо великою, аби оцінити статистичну значущість відмінностей у розрізі різних груп.

Респондентів запитували про деякі деталі практики використання презервативів протягом останніх 30 днів, зокрема, чи були випадки, коли презерватив порвався або зісковзнув, чи завжди він надягався перед початком статевого акту, а також чи траплялися випадки, коли сексуальний акт продовжувався після зняття презерватива.

Частки СІН, що повідомили про те, що вони не надівали презерватив до початку статевого акту з постійними партнерами, випадковими та комерційними, дорівнюють відповідно 10%, 13% та 14% від кількості тих, хто вступав у згадані контакти. Різниця приведених відсотків не є значущою на рівні 0,05.

Про те, що презерватив був знятий до закінчення статевого акту з постійними партнерами, випадковими та комерційними повідомляють відповідно 13%, 14% та 16% від кількості тих, хто вступав у згадані контакти. Різниця приведених відсотків не є значущою.

Про пошкодження презерватива під час статевого акту з постійними партнерами повідомили 12% СІН. Під час статевого акту із випадковим та комерційними партнерами про пошкодження презерватива повідомили 14% (та 25% відповідно, $p < 0,05$).

4.3. Причини нерегулярного використання презервативів

Споживачам ін'єкційних наркотиків, що не застосовували презерватив під час останнього статевого акту, було поставлене запитання про причини відмови від використання презервативу.

Відсутність презерватива під рукою як причина відмови від користування ним при сексуальному контакті з випадковими партнерами була зазначена 47% респондентів, що мали контакт з випадковим партнером (див. табл. 4.3.1). Лише 13% відмов від використання презерватива в сексуальних контактах з постійним партнером зумовлені, за визнанням респондентів, відсутністю презерватива під рукою, $p < 0,01$. У той же час 28% випадків невикористання презерватива з комерційними партнерами мають таку ж дискурсивну причину.

Іще однією важливою причиною відмови від використання презерватива є уявлення про те, що він знижує чуттєвість. Ця причина відмови від використання презерватива зумовила 35% (N=480) випадків при контактах з постійним партнером, 33% (N=132) випадків при контактах з малознайомими особами та 28% (N=16) випадків відмови від використання презерватива в контактах з комерційними партнерами.

Також досить висока частка випадків, що досліджуються, пояснювалася СІН як те, що вони не вважали за потрібне використовувати презервативи. Серед відмов використання при контактах із постійними партнерами частка таких пояснень складає 43%, у контактах з випадковими особами – 21% ($p < 0,01$) та в контактах з комерційними партнерами 14%.

Важливо також відмітити такі причини відмови від використання презерватива з комерційними партнерами, як небажання клієнта його використовувати – 16%, стан алкогольного сп'яніння – 28% та знаходження під дією наркотиків – 33%.

Таблиця 4.3.1. Причини відмови від презерватива під час останнього статевого контакту, відсотки

	З постійним партнером	З випадковим партнером	З комерційним партнером
Презерватива не було під рукою	13,0	46,9	28,4
Його використання знижує чуттєвість	35,4	33,4	27,5
Дуже дорого коштує	2,0	6,6	1,8
Партнер був проти презерватива	11,1	4,7	15,7
Не вважали це необхідним	43,4	20,5	14,4
Не думали про це	13,3	8,4	6,1
Був/ла у алкогольному сп'янінні	1,4	6,2	27,8
Знаходився під впливом наркотиків	4,1	12,4	32,8
Став/ла жертвою сексуального насилля	0,2	0,5	0
Інше	3,4	1,3	7,7
Важко відповісти	0,7	1,9	2,8

Треба також зазначити, що висока ціна на презервативи та випадки насильства, є причинами невикористання презервативів, які згадували найрідше.

Шляхи отримання презервативів

Частка СІН, які протягом півріччя отримували презервативи від громадських організацій, становить 43%,

Ті, хто не використовував презерватив через його відсутність, частіше, ніж інші, не мав доступу до благодійної роздачі презервативів. Серед СІН, які не використовували презерватив при контактах з випадковими партнерами та постійними партнерами (та, з їх власних слів, робили це з причини відсутності презерватива під рукою), 81% та 71% (відповідно) не отримували презервативів у громадських організаціях. У той же час СІН, які не відзначали відсутність презерватива під рукою як причину невикористання презерватива в контактах із випадковими та постійними партнерами, не отримували презервативи в благодійних організаціях дещо рідше, 64% та 59% відповідно, $p < 0,01$.

4.4. Використання презервативів під час останнього статевого акту: за результатами досліджень 2007–2009 рр.

Показник «Використання презервативів під час останнього статевого акту» показав негативну динаміку протягом 2 років у шести містах – він знизився з 58 до 51%.

Таблиця 4.4.1. Динаміка показника «Відсоток СІН, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту», за містами

Місто	2007	Довірчий інтервал	2009	Довірчий інтервал
Сімферополь	53,0	42,9–61,7	64,2	57,3–71,5
Дніпропетровськ	46,0	35,3–58,9	24,2	16,5–32,3
Кривий Ріг	48,6	36,9–68,5	51,0	42,5–60,6
Київ	67,0	58,0–74,1	41,6	35,5–48,1
Миколаїв	48,5	35,1–60,7	65,4	58,3–73,0
Черкаси	58,4	48,4–68,9	61,7	54,0–71,1
6 міст разом	57,9	54,7–61,1	51,4	49,0–53,8

Статистично значуще зниження спостерігалось тільки у двох містах – у Дніпропетровську на 22 процентних пункти, та в Києві на 25 процентних пунктів. Серед можливих причин такої динаміки можна назвати зменшення ризикованих сексуальних контактів, тобто контактів з випадковими та комерційними партнерами, зменшення кількості презервативів, які СІН могли отримати в НУО, та збільшення вживання алкоголю як фактор, що послаблює контроль над поведінкою.

Що стосується першої гіпотези, то частка ризикованих контактів за 2 роки у шести містах не змінилася. Проте відбувалася значна динаміка в деяких містах. Зокрема, частка випадкових контактів у Дніпропетровську дійсно знизилась з 38% до 29,5%, проте відмінність не є статистично значимою. Дані стосовно контактів з комерційними партнерами, подано в табл. 4.4.2.

Таблиця 4.4.2. Частка респондентів, які мали контакти з комерційними сексуальними партнерами протягом 3-х місяців у шести містах, відсотки та значущість відмінностей

Місто	2007	2009	Значущість відмінностей (p-value)
Сімферополь	24,9	34,0	p<0,05
Дніпропетровськ	14,6	15,9	p>0,05
Кривий Ріг	11,3	3,1	p<0,01
Київ	11,8	3,6	p<0,01
Миколаїв	10,0	4,4	p<0,05
Черкаси	16,9	29,5	p<0,01
6 міст разом	14,7	14,2	p<0,01

Дані показують, що частка комерційних партнерів у СІН Києва дійсно знизилась, але у абсолютному вимірі їх було і залишилось досить мало (12% проти 4%). У Сімферополі та Черкасах значно виросла кількість комерційних сексуальних партнерів, а в Кривому Розі та Миколаєві вона знизилась, проте там не спостерігалось динаміки показника використання презервативів.

Стосовно презервативів, які було роздано СІН представниками НУО, то цей показник знизився в усіх шести містах. Ймовірно, це відбулося за рахунок того, що у вибірці стало більше СІН, які не були клієнтами НУО.

Таблиця 4.4.3. Частка респондентів, які отримували презервативи від НУО в шести містах, відсотки та значущість відмінностей

Місто	2007	2009	Значущість відмінностей (p-value)
Сімферополь	95,2	81,0	p<0,01
Дніпропетровськ	70,6	55,7	p<0,01
Кривий Ріг	57,4	48,2	p>0,05
Київ	72,1	66,7	p>0,05
Миколаїв	61,5	33,2	p<0,01
Черкаси	74,3	73,0	p>0,05
6 міст разом	72,9	60,3	p<0,01

Проте аналіз статистичної значимості відмінностей показав, що тільки в трьох містах зниження було значимим – у Миколаєві (на 28 пунктів), у Дніпропетровську та в Кривому Розі (14–15 пунктів). Отже, зниження відбулося не тільки і не передусім у Дніпропетровську та Києві.

Що стосується гіпотези про вживання алкоголю як фактор зниження поведінкового контролю та, як наслідок, використання презервативів, то його споживання збільшилося у Дніпропетровську.

Таблиця 4.4.4. Частка респондентів, які вживали алкоголь протягом місяця, у тому числі – щоденно, в шести містах, відсотки та значущість відмінностей

Місто	Вживання алкоголю протягом місяця			Щоденне вживання алкоголю протягом місяця		
	2007	2009	p-value	2007	2009	p-value
Сімферополь	77,1	81,0	p>0,05	18,0	16,2	p>0,05
Дніпропетровськ	52,3	76,7	p<0,01	12,1	38,2	p<0,01
Кривий Ріг	88,0	76,7	p>0,05	34,0	20,9	p<0,01
Київ	79,5	85,0	p>0,05	34,3	26,9	p<0,05
Миколаїв	80,0	81,2	p>0,05	14,0	11,8	p>0,05
Черкаси	51,1	71,9	p<0,01	15,5	16,8	p>0,05
6 міст разом	71,4	79,3	p<0,01	22,3	22,3	p>0,05

Отже окрім Дніпропетровська вживання алкоголю протягом місяця значимо зросло у Черкасах; у Києві збільшення виявилось статистично незначущим. Вживання алкоголю щоденно зросло у Дніпропетровську утричі, тоді як у Києві воно навіть зменшилося. Зниження також спостерігалось також у Кривому Розі. Отже вживання алкоголю могло відіграти роль фактора зниження вживання презервативів тільки у Дніпропетровську.

Розділ 5. Користування послугами з профілактики ВІЛ

5.1 Діагностика та лікування хвороб, що передаються статевим шляхом

На запитання про відомі їм симптоми статевих хвороб відповіли всі 3962 респонденти. Тільки 13,5% не відзначили жодних проявів венеричних захворювань. Нижче (табл. 5.1.1) наведено розподіл відповідей на запитання про те, які саме симптоми захворювань відзначали знають респонденти.

Таблиця 5.1.1. Розподіл відповідей стосовно симптомів хвороб, що передаються статевим шляхом, (N=3962), відсотки

Симптоми:	Відсотки
...ниючий біль у низу живота	11,2
...виділення зі статевих органів	59,1
...виділення, які мають запах (неприємний запах)	29,3
...печія та свербіж при сечовипусканні	36,2
...висип, виразки на статевих органах	40,9
...збільшення пахових лімфовузлів, набряки в паховій ділянці	12,0
...свербіж у ділянці статевих органів	31,4
...підвищення температури тіла, погіршення загального стану	15,9
...біль та неприємні відчуття під час статевого акту та ерекції	15,6
...інше	2,9
... немає відповіді	13,5

Найчастіше респонденти відзначали «виділення зі статевих органів» (59%), «висипи, виразки на статевих органах» (41%), «печія та свербіж при сечовипусканні» (36%), «свербіж у ділянці статевих органів» (31%) та «виділення, які мають запах (неприємний запах)» (29%). Рідше за інші відповіді респонденти вказували на «підвищення температури тіла, погіршення загального стану» (16%), «біль та неприємні відчуття під час статевого акту та ерекції» (16%), «збільшення пахових лімфовузлів, набряки в паховій ділянці» (12%), «ниючий біль у низу живота» (11%) та інші прояви (3%). Нижче наводиться розподіл відповідей про симптоми відносно статі, віку, стажу та регіону проживання респондентів.

Таблиця 5.1.2. Розподіл відповідей про симптоми статевих захворювань за статтю респондента, (N=3962), відсотки

Симптоми:	Чоловіки (N=3036)	Жінки (N=926)
...ниючий біль у низу живота	8,9	18,2
...виділення зі статевих органів	57,6	63,8
...виділення, які мають запах (неприємний запах)	24,6	43,6
...печія та свербіж при сечовипусканні	37,4	32,4
...висип, виразки на статевих органах	39,7	44,6
...збільшення пахових лімфовузлів, набряки в паховій ділянці	11,1	14,9
...свербіж у ділянці статевих органів	27,0	44,7
...підвищення температури тіла, погіршення загального стану	15,0	18,9
...біль та неприємні відчуття під час статевого акту та ерекції	15,4	16,5
...інше	2,9	2,9
...немає відповіді	14,5	10,3

Як видно з табл. 5.1.2, жінки частіше за чоловіків називали фактично всі прояви захворювань, крім симптому «печія та свербіж при сечовипусканні» (37% серед чоловіків і 32% серед жінок, відмінності значущі на рівні 1%, $p < 0,01$). Пріоритети в називанні симптомів як серед чоловіків, так і серед жінок є однаковими: на першому місці є «виділення зі статевих органів» (64% для жінок і 58% для чоловіків, відмінності значущі на рівні 1%, $p < 0,01$). Якщо другим найбільш згадуваним проявом є «свербіж у ділянці статевих органів» і «висип, виразки на статевих органах» (по 45% для жінок), то серед чоловіків другим за частотою згадувань проявом є «висип, виразки на статевих органах» (40%), а також «свербіж і печія при сечовипусканні» (37%). Жінки також частіше називали «виділення, які мають запах (неприємний запах)» (43% для жінок і 25% для чоловіків, відмінність статистично значуща на рівні 1%, $p < 0,01$). Чоловіки рідше називали «ниючий біль внизу живота» (9% серед чоловіків, 18% серед жінок, відмінність статистично значуща на рівні 1%, $p < 0,01$). Також була знайдена статистично значуща відмінність для тих респондентів, які не називали симптоми ІПСШ: серед чоловіків таких респондентів більше, ніж серед жінок (14,5% проти 10%, відмінність статистично значуща на рівні 1%, $p < 0,01$).

Серед захворювань, на які респонденти хворіли протягом останніх 12 місяців, найчастіше респондентам ставили діагноз гепатит С (8%), найрідше – сифіліс (1,5%) (табл. 5.1.3 та 5.1.4).

Таблиця 5.1.3. Розподіл відповідей на питання «Чи були у Вас за останні 12 місяців такі захворювання?», (N=3962), відсотки

Туберкульоз	5,8
Гонорея	4,0
Генітальний герпес	2,3
Хламідіоз	2,1
Гепатит В	5,5
Гепатит С	8,1
Сифіліс	1,5
Трихомоніаз	2,0
Інше	1,7

Таблиця 5.1.4. «Чи були у Вас за останні 12 місяців такі захворювання?», розподіл за статтю, (N=3962), відсотки

	Чоловіки (N=3036)	Жінки (N=926)	Разом
Туберкульоз	6,5	3,6	5,8
Гонорея	3,7	4,9	4,0
Генітальний герпес	1,6	4,5	2,3
Хламідіоз	0,7	6,2	2,1
Гепатит В	5,5	5,6	5,5
Гепатит С	7,8	9,0	8,1
Сифіліс	1,5	1,5	1,5
Трихомоніаз	1,6	3,3	2,0
Інше	1,0	4,0	1,7

Серед чоловіків туберкульоз декларувався частіше, ніж серед жінок (7% проти 4%, $p < 0,01$). Проте, деякі венеричні захворювання жінки називали частіше, ніж чоловіки: генітальний герпес задекларували 5% жінок проти 2% чоловіків (різниця значуща на рівні 1%, $p < 0,01$); хламідіоз – 6% жінок проти 1% чоловіків (різниця значуща на рівні 1%, $p < 0,01$). Інших статистично значущих відмінностей знайдено не було.

78

Таблиця 5.1.5. «Чи були у Вас за останні 12 місяців такі захворювання?», розподіл за віком, (N=3962), відсотки

	14–19 років (N=345)	20–24 роки (N=695)	25–34 роки (N=1726)	Більше 35 років (N=1196)	Разом (N=3962)
Туберкульоз	0,2	2,3	4,6	12,2	5,8
Гонорея	2,0	5,8	3,6	4,2	4,0
Генітальний герпес	0,7	1,7	3,2	2,1	2,3
Хламідіоз	2,6	2,8	2,2	1,2	2,1
Гепатит В	0,7	4,6	6,1	7,2	5,5
Гепатит С	1,1	4,6	10,4	10,1	8,1
Сифіліс	0,4	0,7	2,6	1,2	1,5
Трихомоніаз	0,7	2,7	2,3	1,8	2,0
Інше	3,5	1,3	1,7	1,3	1,7

Пік захворюваності на гепатит С припадає на 25–34 роки (10%), на гепатит В – на найстаршу вікову групу (7%) ($p < 0,01$).

Частка випадків діагнозу «туберкульоз» зростає з віком – якщо у віці 14–19 років хворих на туберкульоз всього 0,2%, то у віці старшому за 35 років таких уже 12% ($p < 0,01$). Венеричні захворювання мають дещо іншу вікову структуру – пік захворювань припадає на 20–24 роки, після чого відсоток захворювань починає спадати. Зокрема, у віці 14–19 років відсоток респондентів, які мали венеричні захворювання коливається в межах 0–3%; у віці 20–24 років таких респондентів уже 1–6%; у віці 25–34 років цей відсоток дещо падає 2–4%; у віці старшому за 35 років таких хворих від 1% до 4%. Можливо, зменшення кількості венеричних захворювань після 24 років пояснюється зменшенням сексуальної активності респондентів, оскільки частота контактів зменшується з віком.

Таблиця 5.1.6. «Чи були у Вас за останні 12 місяців такі захворювання?», розподіл за стажем споживання наркотиків, (N=3958), відсотки

	До 2 років (N=539)	3–5 роки (N=591)	6–10 років (N=950)	Більше 11 років (N=1878)	Разом (N=3958)
Туберкульоз	1,4	3,1	3,6	10,0	5,8
Гонорея	2,1	4,9	4,8	3,9	4,0
Генітальний герпес	1,0	1,3	3,3	2,8	2,3
Хламідіоз	1,0	3,9	2,3	1,6	2,1
Гепатит В	2,4	2,8	5,2	8,0	5,5
Гепатит С	0,7	5,1	8,3	12,4	8,1
Сифіліс	0,3	0,3	2,3	2,1	1,5
Трихомоніаз	2,0	1,9	1,5	2,3	2,0
Інше	3,8	0,4	1,1	1,7	1,7

Усі тенденції, які ми спостерігали у вікових категоріях, мають такий же самий зв'язок зі стажем споживання наркотиків. Захворюваність туберкульозом постійно зростає в залежності від тривалості споживання наркотиків: якщо в групі стажу до 2 років на туберкульоз хворіли 1% респондентів, то серед тих, хто має стаж 11 і більше років, таких уже 10% ($p < 0,01$). Стосовно ІПСШ можна стверджувати, що їх пік припадає на групу зі стажем 3–5 років та 6–10 років, після чого, зі зростанням стажу, кількість захворювань зменшується. Зокрема, у групі стажу «до 2 років» відсоток хворих протягом останніх 12 місяців становить від 0 до 2%, у групі стажу «3–5 років» – 0–5%; у групі стажу «6–10 років» – 2–5%; у групі «11 і більше років» – 2–4% ($p < 0,01$).

Хворі на гепатити показують дещо іншу тенденцію: у групі зі стажем до 2 років хворих на гепатит В налічується 2%, досягає максимуму у групі зі стажем більше 11 років (8% відмінність від попередньої групи значуща, $p < 0,01$). Та ж сама тенденція повторюється і з гепатитом С: у групі зі стажем до 2 років рівень захворюваності складає 1%, у групі зі стажем більше 11 років – 12% ($p < 0,01$).

Нижче в таблиці показано відсоток захворювань у споживачів опіатів та споживачів всіх інших наркотиків.

Таблиця 5.1.7. «Чи були у Вас за останні 12 місяців такі захворювання?», розподіл за типом споживаних наркотиків, N=3962, відсотки

	Опіати (N=3175)	Стимулятори (N=787)	Разом
Туберкульоз	6,8	2,6	5,8
Гонорея	4,7	1,8	4,0
Генітальний герпес	2,3	2,5	2,3
Хламідіоз	2,1	2,0	2,1
Гепатит В	6,7	1,7	5,5
Гепатит С	9,7	3,2	8,1
Сифіліс	2,0	0,1	1,5
Трихомоніаз	2,0	2,1	2,0
Інше	1,4	2,9	1,7

Виявилось, що в споживачів опіатів у середньому в два рази вищий рівень захворюваності на туберкульоз, ніж у споживачів інших типів наркотиків (7% у «споживачів опіатів» проти 3% у «всі інших», $p < 0,01$). У «споживачів опіатів» також у два рази вищий рівень захворювань на гонорею, ніж у «всі інших» (5% проти 2%, $p < 0,01$). Так само рівень захворювань на гепатити у споживачів опіатів вище, ніж у «всі інших»: на гепатит В серед споживачів опіатів хворі 7% у порівнянні з 2% серед «всі інших» ($p < 0,01$), на гепатит С серед споживачів опіатів хворіють 10% у порівнянні з 3% серед «всі інших» ($p < 0,01$).

У табл. 5.1.8 наведено розподіл захворювань за містами. Всі міста мають свою специфічну структуру захворювань, яка не підпадає під класифікації за регіонами, поділом на Схід – Захід, великими або малими містами. Так, за рівнем поширеності туберкульозу домінують Миколаїв (18%), Сімферополь (11%), Дніпропетровськ (10%), Житомир (10%), Кривий Ріг (8%). Найменший відсоток захворюваності на туберкульоз у Чернігові (3%), Вінниці (2%), Ужгороді (2%), Чернівцях (2%), Рівному (2%), Сєверодонецьку (2%), Червонограді (2%), Тернополі (0%).

Найвищий рівень захворюваності на гонорею спостерігається в Черкасах (12%), Житомирі (12%), Івано-Франківську (10%). Найнижчий рівень захворювань у Дніпропетровську (1%), Сєверодонецьку (1%), Чернігові (1%), Києві (0.5%), Ужгороді (0%), Червонограді (0%).

Найвищий рівень захворюваності на генітальний герпес спостерігається в Черкасах (18%); найнижчий рівень – у Тернополі (1%), Вінниці (1%), Житомирі (0%), Ужгороді (0%), Сєверодонецьку (0%), Червонограді (0%), Миколаєві (0%), Чернівцях (0%).

Найвищий рівень захворюваності на хламідіоз спостерігається в Черкасах (13%), Івано-Франківську (8%); у всіх інших містах рівень захворюваності становить від 0 до 1%.

Найвищий рівень захворюваності на гепатит В спостерігається в Івано-Франківську (18%), Миколаєві (12%), Черкасах (10%); найнижчий – у Тернополі (1%), Чернівцях (1%), Сєверодонецьку (0,4%), Запоріжжі (0,0%).

Найвищий рівень захворюваності на гепатит С спостерігається в Миколаєві та в Рівному (15%), Івано-Франківську (14%), Києві (14%), Кривому Розі (10%); найнижчий – у Чернівцях (1%).

Найвищий рівень захворюваності на сифіліс зафіксований у Рівному (11%), Черкасах (6%), Івано-Франківську (4%); у всіх інших містах рівень захворюваності становить 0–1%.

Найвищий рівень захворюваності трихомоніазом спостерігається в Черкасах (10%), Сімферополі (6%); у всіх інших містах рівень захворюваності менше 4%.

Поза тим, є кілька міст, в яких кількість хворих СІН більше, ніж у середньому по масиву – це Черкаси (гонорея, генітальний герпес, хламідіоз, гепатит В, трихомоніаз), Івано-Франківськ (гонорея, хламідіоз, гепатит В, гепатит С, сифіліс), Житомир (гонорея), Миколаїв (туберкульоз, гепатит В, гепатит С), Кривий Ріг (туберкульоз, гепатит С), Київ (гепатит С).

Нижче (табл. 5.1.9) наведено відсоток тих респондентів, які лікували свої хвороби.

Таблиця 5.1.8. Розподіл венеричних захворювань, гепатитів та туберкульозу за містами, відсотки. N=3962

	Туберкульоз	Гонорея	Генітальний герпес	Хламідіоз	Гепатит В	Гепатит С	Сифіліс	Трихомоніаз	Інше
Київ	4,4	0,5	2,5	0,7	4,4	14,0	0,0	0,2	0,7
Вінниця	2,0	2,4	0,8	0,4	4,4	9,2	0,4	4,4	7,6
Дніпропетровськ	10,0	1,2	2,8	2,0	5,6	8,8	0,0	0,0	2,4
Кривий Ріг	8,4	3,6	2,4	1,6	4,8	10,4	1,2	4,0	0,0
Житомир	9,6	12,0	0,0	0,0	1,6	4,4	0,4	0,4	0,0
Ужгород	2,0	0,0	0,0	0,0	4,0	3,0	1,0	0,0	0,0
Запоріжжя	4,0	1,6	0,4	0,8	0,0	5,2	0,0	0,4	0,0
Івано-Франківськ	6,4	10,0	2,0	8,0	17,6	14,0	3,6	5,2	0,0
Сімферополь	10,7	7,1	2,0	0,8	7,1	3,6	0,8	6,0	5,6
Северодонецьк	1,6	1,2	0,0	0,0	0,4	5,1	0,0	0,4	0,0
Червоноград	1,6	0,0	0,0	0,0	4,0	2,4	0,0	0,0	3,6
Миколаїв	18,4	6,0	0,0	0,4	12,4	14,8	0,8	0,4	1,2
Рівне	2,4	0,4	2,0	1,6	5,1	15,0	10,6	0,0	0,4
Тернопіль	0,0	2,0	1,0	1,0	1,0	5,0	0,0	2,0	4,0
Черкаси	4,8	12,4	18,1	12,9	9,6	2,8	5,6	10,0	0,0
Чернівці	2,0	7,9	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	5,9
Чернігів	3,2	0,8	1,2	2,8	4,8	6,0	0,0	0,0	1,2
Разом	5,8	4,0	2,3	2,1	5,5	8,1	1,5	2,0	1,7

Таблиця 5.1.9. Розподіл відповідей на питання «Чи лікували Ви (наступні захворювання)...?», (N=3962), відсотки

	Так	Ні
Туберкульоз (N=259)	92,1	7,9
Гонорея (N=158)	94,9	5,1
Генітальний герпес (N=93)	84,7	15,3
Хламідіоз (N=82)	94,8	5,2
Гепатит В (N=218)	83,2	16,8
Гепатит С (N=322)	67,4	32,6
Сифіліс (N=61)	90,2	9,8
Трихомоніаз (N=80)	87,9	12,1
Інше (N=68)	98,2	1,8

Як видно з таблиці, більше 90% тих, хто задекларували наявність захворювань, лікували свої хвороби, окрім гепатиту С, який лікували тільки у 67% випадків. Статистично значущих відмінностей між чоловіками і жінками знайдено не було, окрім генітального герпесу: серед чоловіків його лікували 90%, а серед жінок лише 79,5% ($p < 0,01$).

Статистично значущі відмінності між різними віковими групами були виявлені тільки серед хворих на гепатити В і С. На рис. 5.1.1 показано, що серед хворих старших вікових груп гепатит В лікували рідше, ніж серед молодших: якщо серед наймолодших рівень лікування досягав 100%, то серед найстаршої вікової групи його лікували тільки 75% опитаних, які хворіли ($p < 0,01$). З гепатитом С ситуація складається подібна: у віці 14–19 років 40% хворих респондентів лікують своє захворювання, у віці 20–24 років гепатит С лікують 77% респондентів ($p < 0,05$), після чого рівень лікування стрімко падає до 71% у віковій групі 25–34 років ($p < 0,01$), і навіть до 61% у віковій групі старше 35 років ($p < 0,01$). Ймовірно, це пояснюється тим, що у молодших захворювання перебуває у гострій стадії і його лікують, а в старших – хронічний, яке лікували, коли воно було гострим.

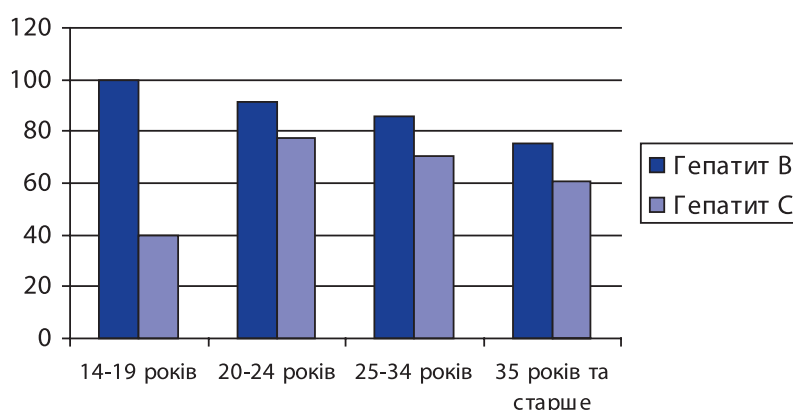


Рис. 5.1.1. Відсоток тих, хто лікував гепатит В і гепатит С, розподіл за віковими групами

На рис. 5.1.2 можна побачити відмінності в лікуванні хвороб залежно від стажом стажу наркоспоживання. Якщо рівень лікування гепатиту В у групі зі стажом до 2 років складає 88%, то в групі зі стажом 11 і більше років – тільки 78% ($p < 0,01$). Найбільше тих, хто лікував гепатит С, серед СІН зі стажом вживання наркотиків 3–5 років та 6–10 років (85 та 74% відповідно) ($p < 0,01$).

Кількість хворих у кожному місті не дозволяє зробити статистично коректні висновки стосовно відмінностей між містами. Значущих відмінностей за типом споживаних наркотиків виявлено не було.

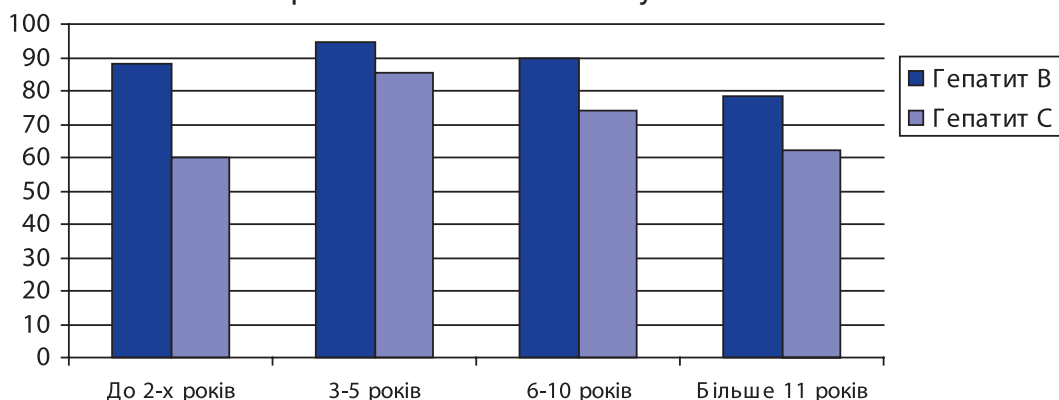


Рис. 5.1.2. Відсоток тих, хто лікував гепатит В і гепатит С, розподіл за групами стажу споживання наркотиків

Якщо говорити про способи лікування туберкульозу, венеричних захворювань та гепатитів, то більшість респондентів зверталися саме до медичних закладів (дерматовенерологічних диспансерів, жіночих консультацій, центрів СНІДу, приватних клінік, інших медичних установ): від 66% у випадку генітального герпесу до 100% у випадку сифілісу. Самостійно або за порадами друзів/знайомих респонденти лікували туберкульоз (2%), гонорею (29%), генітальний герпес (34%), хламідіоз (13%), гепатит В (2%), гепатит С (7,5%), трихомоніаз (13%).

Респонденти не поспішають зі зверненнями до спеціалізованих установ у разі виявлення симптомів тих чи інших захворювань. Нижче в табл. 5.1.10 наведено кількість днів, яка минає від появи перших симптомів і до звернення по медичну допомогу. Варто зазначити, що більш ніж половина респондентів, які хворіли на ту чи іншу хворобу, не змогли назвати кількість днів, яка минула від прояви перших симптомів: якщо стосовно туберкульозу відповіла приблизна половина респондентів, то відносно гонореї лише одна третина, відносно сифілісу, генітального герпесу, хламідіозу, гепатиту С – тільки одна четверта респондентів, стосовно ж сифілісу – тільки одна восьма респондентів.

Таблиця 5.1.10. Кількість днів, яка минає від появи перших проявів хвороби до дня звернення по медичну допомогу, середнє значення

	Середня кількість днів
Туберкульоз (N=162)	25
Гонорея (N=150)	11
Генітальний герпес (N=78)	30
Хламідіоз (N=78)	20
Гепатит В (N=181)	17
Гепатит С (N=217)	19
Сифіліс (N=55)	22
Трихомоніаз (N=70)	15
Інше (N=67)	90

Як видно з таблиці, найшвидше респонденти звертаються по допомогу при захворюванні на гонорею (в середньому 11 днів) або трихомоніазу (15 днів). У всіх інших випадках минає більше 2 тижнів або навіть місяць, як у випадку з генітальним герпесом, перш ніж респонденти звернуться по медичну допомогу. Оскільки кількість респондентів, які давали відповідь на це запитання є дуже обмеженою, то не вдалося знайти жодних статистично значущих відмінностей за статтю, віком, стажем вживання наркотиків, видом вживаних наркотиків, або міст.

Якщо говорити про фактори, які завадили пройти діагностику і лікування ІПСШ або заважали при проходженні відповідних процедур у медичних установах, то більшість респондентів (59%) повідомили, що їм нічого не заважало. Якщо ж говорити про конкретні перешкоди, які заважали респондентам, то найчастіше СІН згадували про високу вартість обстежень (13%), висока вартість ліків (12%), вороже або осудливе ставлення з боку медичного персоналу (7%), неможливість отримати послугу анонімно (7%). Наступні варіанти відповіді обирали менше 5% респондентів: тривалість обстеження (5%), необхідність повторних візитів до медустанови (5%), тривалість курсу лікування (4%), необхідність оплачувати «додаткові» послуги лікаря (4%), незручне розташування медичних установ (2%), незручний графік роботи медичних установ (1%).

Варто зауважити, що «висока вартість обстежень» більшою мірою заважає жінкам, ніж чоловікам (16% для жінок проти 12% у чоловіків, $p < 0,01$), так само як і «вороже або осудливе ставлення з боку медичного персоналу» (цю позицію відмітило 9% жінок і 6% чоловіків, $p < 0,01$).

Нижче показано графік, на якому представлено тільки ті фактори, які мають статистично значущі відмінності за віком (рис. 5.1.3).

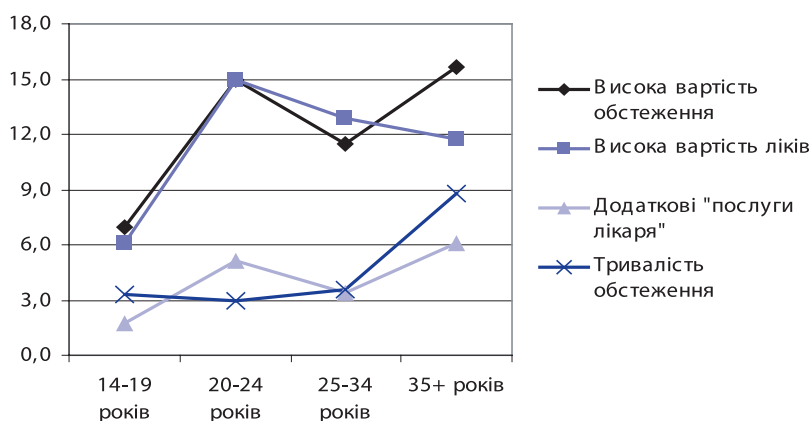


Рис. 5.1.3. Фактори, які заважали пройти діагностику і лікування ІПСШ, розподіл за віковими групами, відсотки

Якщо у наймолодшій групі висока вартість обстеження є перешкодою для 7%, то у групі 20–24 років таких вже було 15%; після 25 років це є проблемою для 11,5%, а у віці 35 і більше років – для 16% відповідної групи (всі відмінності значущі на рівні 1%, $p < 0,01$). Висока вартість ліків є перешкодою для 6% респондентів у віці 14–19 років, 15% респондентів у віці 20–24 років ($p < 0,01$), після чого важливість цього фактора зменшується до 12% для групи 35 і більше років (відмінність значуща на рівні 5%, $p < 0,05$).

Необхідність додатково оплачувати «послуги лікаря» мають тенденцію ставати більшою перешкодою зі зростанням віку. Якщо у віці 14–19 років це є перешкодою для 2% респондентів, то у віці 35 і більше років це вже пере-

шкода для 6% цієї вікової групи (відмінність значуща на рівні 5%, $p < 0,05$). Тривалість обстеження є перешкодою лише для 3% респондентів з групи 14–19 років, але у віці 35 і більше років, таких уже 9% ($p < 0,01$).

Нижче показано діаграму (рис. 5.1.4), на якій представлено тільки ті фактори, що мають статистично значущі відмінності за стажом споживання наркотиків.

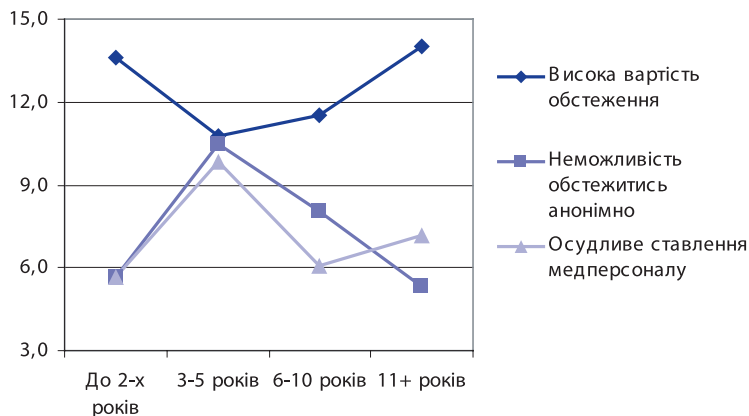


Рис. 5.1.4. Фактори, які заважали пройти діагностику і лікування ІПСШ, розподіл за стажом споживання наркотиків, відсотки. N=3959

Висока вартість обстеження є перешкодою для 14% для групи зі стажом наркоспоживання до 2 років, після чого проблемність цього фактора зменшується для двох наступних груп за стажом (11% і 11,5%, для стажу 3–5 років і 6–10 років відповідно, відмінність значуща на рівні 5%, $p < 0,05$). Для групи зі стажом 11 і більше років важливість цього фактора зростає до 14% (відмінність значуща у порівнянні з попередньою групою на рівні 5%, $p < 0,05$).

Неможливість обстежитися анонімно має зв'язок зі стажом: якщо у групі зі стажом до 2 років це становить перешкоду для 6%, то в групі зі стажом 3–5 років – для 10,5% ($p < 0,01$), після чого важливість фактора – до 5% для групи зі стажом 11 і більше років ($p < 0,01$).

Осудливе ставлення медперсоналу є перешкодою для 6% з групи до 2 років, для 10% з групи 3–5 років ($p < 0,01$), після цього зі збільшенням стажу зменшується кількість респондентів, які вибирали цей фактор: до 6% для групи стажу 6–10 років ($p < 0,01$), до 7% для групи зі стажом 11 і більше років (відмінність значуща для групи стажу 3–5 років на рівні 5%, $p < 0,05$).

Аналізуючи фактори, які заважали пройти діагностику в залежності від типу споживаних наркотиків, вдалося з'ясувати, що це запитання диференціює респондентів з фінансової точки зору: серед споживачів опіатів більше тих, хто вказували на високу вартість ліків (13% проти 9% серед споживачів стимуляторів, $p < 0,01$), на необхідність оплачувати «додаткові» послуги лікаря (5% проти 2% серед споживачів стимуляторів, $p < 0,01$). Споживачі опіатів також частіше вказували на тривалість виконання обстежень (5% проти 3% серед споживачів стимуляторів, $p < 0,01$), а також на тривалість курсу лікування (5% проти 2% серед споживачів стимуляторів, $p < 0,01$).

5.2. Доступність дотестового консультування для СІН та звернення за тестуванням

Переважна більшість респондентів володіє інформацією про те, де можна пройти тестування на ВІЛ – 83% з 3962 респондентів. 84% респондентів повідомили, що в них є можливість пройти тест анонімно. 87% респондентів повідомили, що тестування на ВІЛ є доступним, для 13% тестування виявилося недоступним (N=3813). Аналізуючи структуру заперечних відповідей, ми з'ясували, що відмінностей між чоловіками і жінками в цьому питанні немає, проте були виявлені відмінності за віком і стажем стажем наркоспоживання респондентів (рис. 5.2.1 та 5.2.2).

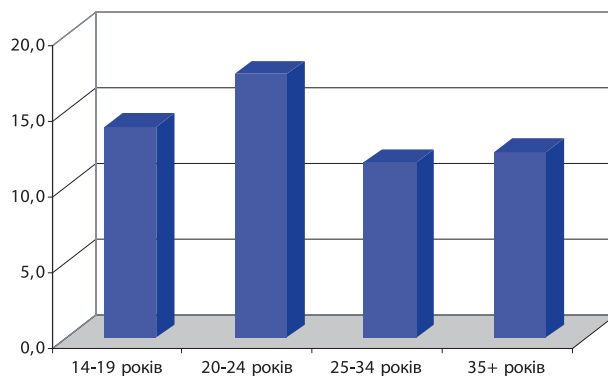


Рис. 5.2.1. Заперечні відповіді на запитання «Чи є доступним для Вас тестування на ВІЛ?» в залежності від віку, N=3813, відсотки

Як видно з діагр. на рис. 5.2.1, найбільш недоступним є тестування для вікової категорії 20–24 років. У всіх інших вікових категоріях відсоток коливається в межах 12–14%, що є статистично значимою відмінністю у порівнянні з групою 20–24 років на рівні 1%, $p < 0,01$.

Якщо аналізувати недоступність тестування на ВІЛ з точки зору стажу вживання наркотиків, то найбільш вразливою є група зі стажем 3–5 років (19%). Зі збільшенням стажу споживання наркотиків, зменшується кількість респондентів, які заявили про недоступність тестування: 15 % для групи зі стажем 6–10 років і 9% для групи зі стажем 11 і більше років ($p < 0,01$).

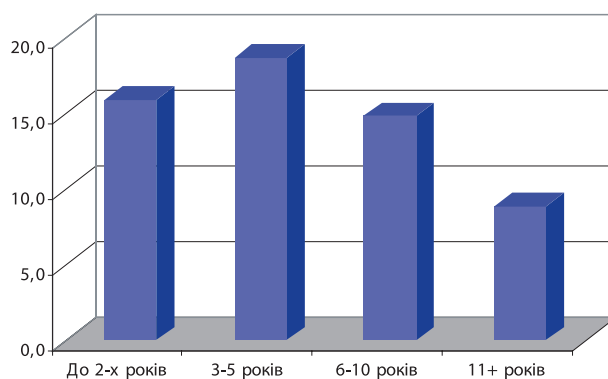


Рис. 5.2.2. Заперечні відповіді на запитання «Чи є доступним для Вас тестування на ВІЛ?» в залежності від стажу споживання наркотиків, відсотки, N=3811

Залежність доступності лікування в розрізі міст представлена в табл. 5.2.1.

Таблиця 5.2.1. Відповіді на запитання «Чи є доступним для Вас тестування на ВІЛ?» тестування на ВІЛ, розподіл за містами, N=3813, відсотки

	Доступне	Недоступне	Разом
Київ	84,5	15,5	100
Вінниця	74,4	25,6	100
Дніпропетровськ	74,2	25,8	100
Кривий Ріг	65,9	34,1	100
Житомир	57,4	42,6	100
Ужгород	99,0	1,0	100
Запоріжжя	98,8	1,2	100
Івано-Франківськ	99,6	0,4	100
Сімферополь	98,0	2,0	100
Сєверодонецьк	92,0	8,0	100
Червоноград	90,8	9,2	100
Миколаїв	89,9	10,1	100
Рівне	98,8	1,2	100
Тернопіль	99,0	1,0	100
Черкаси	93,9	6,1	100
Чернівці	100,0	0,0	100
Чернігів	81,6	18,4	100
Разом	86,8	13,2	100

Найдоступнішим тестування є в Чернівцях (100%), Івано-Франківську (100%), Тернополі (99%), Рівному (99%), Запоріжжі (99%), Ужгороді (99%), Сімферополі (98%). Найменш доступним є тестування в Житомирі (57% визнали тестування доступним), Кривому Розі (66%), Дніпропетровську (74%), Вінниці (74%).

Тим респондентам (554 чоловіки), які відповіли, що тестування є недоступним для них, задавали запитання про причини цього. Нижче (табл. 5.2.2) наведено відповіді на це запитання.

Таблиця 5.2.2. Відповіді на питання «Чому Вам особисто недоступне тестування?», N=554, відсотки

Не знаю, до кого звернутися	50,4
У нашому населеному пункті немає установи, де можна зробити тест	2,7
Не знаю, де знаходиться установа тестування	14,2
Немає коштів на тестування	14,8
Незручний графік роботи установи тестування	1,1
Незручне розташування установи тестування	0,4
Не влаштовує ставлення персоналу	12,2
Боюся розголосу про свій статус	24,3
Інше	2,2

Як видно з таблиці, респонденти найчастіше не знають, до кого можна звернутися з питань тестування (50%), бояться розголосу свого статусу (24%). Рідше за все згадувалися незручне розташування установи (0,4%), незручний графік роботи (1%), відсутність установ для тестування в населеному пункті (3%).

З усіх опитаних 44% повідомили, що вони зверталися до установ/організацій з метою проходження тестування на ВІЛ. 43% з усіх опитаних (1981 респондент) повідомили, що вони проходили тестування на ВІЛ. З 1981 респондента, які взагалі проходили тест на ВІЛ, 53% зробили це протягом 2009 р., 23% – протягом 2008 р., 24% – протягом попередніх років. 80% з тих, хто пройшов тестування, отримали дотестову консультацію лікаря, 96% з тих, хто пройшов тестування, отримали свої результати. Таким чином, ключовий показник «Кількість споживачів ін'єкційних наркотиків, які протягом останніх 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ та одержали його результати» становить 26%. Нижче (табл. 5.2.3) наведено розподіл цього показника за демографічними групами.

Таблиця 5.2.3. Відсоток тих, хто пройшов тест на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та отримав його результати, розподіл за статтю, віком, стажем споживання наркотиків, типом споживаних наркотиків, відсотки

Чоловіки (N=3036)	25,4
Жінки (N=926)	29,7
Вік	
14–19 років (N=345)	12,7
20–24 роки (N=695)	26,6
25–34 роки (N=1726)	30,8
35+ років (N=1196)	25,5
Стаж	
До 2 років (N=539)	11,2
3–5 років (N=591)	24,2
6–10 років (N=950)	32,1
11+ років (N=1878)	30,7
Вид наркотику	
Опіати (N=3175)	28,3
Стимуляторники (N=787)	20,5
Разом	26,4

Треба зазначити, що серед чоловіків відсоток тестувань на 5 пунктів нижче, ніж серед жінок, 25% проти 30%, $p < 0,01$. Відсоток тестувань зростає з віком від 13% до 31%, проте тільки до досягнення 34 років. У групі «35 років і старше» відсоток є меншим, ніж у групі «25–34 роки». Зі стажем наркоспоживання відсоток тестувань також зростає з 11% до 32%, але тільки до досягнення стажу 6 років; далі він уже не змінюється. Споживачі опіатів значно частіше (28%) тестувалися, ніж споживачі стимуляторів (20,5%).

Розподіл тестувань за містами (див. табл. 3 у дод. 2) показує надзвичайно високу варіативність ключового показника з тестування на ВІЛ – від 84,5% у Чернівцях до 2% у Житомирі. Можна виокремити групу міст, де показник є досить високим – окрім Чернівців, це Рівне (62%), Івано-Франківськ (56%). Ще у двох містах, Дніпропетровську та Черкасах, показник становить близько 40%. Ще в п'ятьох містах – у Миколаєві, Запоріжжі, Києві, Вінниці та

Чернігові – показник близько середньої в опитаній сукупності. Ще в шести містах показник становить 5–15%: це – Сімферополь, Кривий Ріг, Сєверодонецьк, Червоноград, Ужгород та Тернопіль. Найнижчий показник у Житомирі – менше 2%.

5.3. Звернення за тестуванням на ВІЛ: за результатами досліджень 2007–2009 рр.

Показник тестування на ВІЛ показав позитивну динаміку у 2007–2009 рр.

В абсолютному вимірі ця динаміка не є значною, тільки 5% зростання, проте спостерігається значна динаміка в окремих містах. Оскільки загальний рівень динаміки невисокий, то це означає, що регіони з попередньо високим показником тестування показали його зниження у 2009 р., а регіони з низьким – підвищення. Такого роду динаміка може повторюватися час від часу. Проте ми вирішили звернути увагу на три міста, які показали статистично істотну динаміку в межах 21–25 процентних пунктів у порівнянні з 2007 р. Це – Дніпропетровськ та Черкаси, де показник тестування зріс із рівня 16,5% та 15% відповідно до 38% та 40%, та Кривий Ріг, де показник знизився з 30% до 5%.

Таблиця 5.3.1. Відсоток СІН, які протягом останніх 12 місяців звернулись за тестуванням на наявність ВІЛ та одержали його результат, відсотки та довірчі інтервали

Місто	2007	Довірчий інтервал	2009	Довірчий інтервал
Сімферополь	22,0	15,2–29,3	14,7	9,9–19,7
Дніпропетровськ	16,5	9,9–24,8	37,7	29,0–46,5
Кривий Ріг	29,9	17,5–43,3	5,4	2,7–8,8
Київ	33,7	25,5–41,5	29,4	23,6–35,9
Миколаїв	18,9	13,1–25,8	19,8	14,1–25,8
Черкаси	14,7	9,8–19,6	40,0	30,4–51,5
6 міст разом	24,8	22,8–26,8	29,7	27,6–31,8

Гіпотези щодо падіння показника можна було висунути такі. По-перше, можливо, багато з респондентів з Кривого Рогу могли пройти тестування у 2008 р. і вважали за непотрібне проходити іще раз. По-друге, популяція СІН у Кривому Розі могла поповнитися новими СІН, які ще не вважають за потрібне проходити тестування, оскільки оцінюють свій ризик зараження як незначний. По-третє, специфіка роботи ВІЛ-сервісних організацій могла призвести до зниження рівня охоплення профілактичними програмами і, як наслідок, зниження поінформованості СІН про місце знаходження пунктів анонімного тестування. Відповідно, більш активна робота цих організацій у Дніпропетровську та Черкасах могла призвести до зростання інформованості про необхідність та процедуру тестування, що й призвело до зростання числа тестувань.

Гіпотеза перша не підтвердилась. Табл. 5.3.1 показує, що серед усіх тестувань, котрі СІН Кривого Рогу робили в житті, відсоток тих, що проводилися давніше 12 місяців, є доволі низьким – 14%. У 2007 р. і раніше тестування в останній раз пройшли 65% опитаних, що становить найбільшу частку у всій

вибірці. Отже, з точки зору профілактики, ці тести не є свіжими, і проведення їх «недавно» не може слугувати мотивом непроходження тесту.

Аналіз популяції СІН Кривого Рогу як за віком, так і за стажем показує, що популяція СІН цього міста не тільки не поповнилася новими СІН, які не відчувають небезпеки зараження, а й навпаки – представлена СІН з більшим стажем, ніж у дослідженні 2007 р. До того ж, порівняльний аналіз суб'єктивної оцінки ризику заразитися ВІЛ не показав помітних розходжень між Кривим Рогом та іншими містами: 34% СІН з цього міста вважають ризик цілком реальним, що більше, ніж у Сімферополі, Києві та Дніпропетровську, проте менше, ніж у Миколаєві та Черкасах.

Отже лишалося перевірити рівень обізнаності СІН про те, де можна пройти тестування на ВІЛ та оцінку доступності тестування особисто для них. Загалом абсолютна більшість знає, де пройти тестування та вважає його доступним. Проте спостерігається деяка динаміка (табл. 5.3.2).

Таблиця 5.3.2. Частка респондентів, які зазначили, що їм відомо, де вони можуть пройти тест на ВІЛ, 2007–2009 рр., у шести містах, відсотки та значущість відмінностей

Місто	2007	2009	Значущість відмінностей (p-value)
Сімферополь	100,0	98,8	p>0,05
Дніпропетровськ	85,4	77,9	p<0,05
Кривий Ріг	83,3	77,5	p>0,05
Київ	87,6	84,5	p>0,05
Миколаїв	82,0	87,2	p>0,05
Черкаси	84,9	93,6	p<0,01
6 міст разом	87,4	86,4	p>0,05

Треба зазначити, що у Кривому Розі обізнаність про місце проведення тестування дійсно знизилася, хоч і статистично не значущо. У Черкасах спостерігалось підвищення показника. А от у Дніпропетровську показник знизився, проте там не спостерігається зниження рівня тестувань.

Таблиця 5.3.3. Частка респондентів, які зазначили, що у них можливість пройти тест на ВІЛ анонімно, 2007–2009 рр., у шести містах, відсотки та значущість відмінностей

Місто	2007	2009	Значущість відмінностей (p-value)
Сімферополь	89,8	96,0	p<0,05
Дніпропетровськ	72,9	75,9	p>0,05
Кривий Ріг	86,7	72,3	p<0,01
Київ	95,5	85,7	p<0,01
Миколаїв	75,5	77,6	p>0,05
Черкаси	81,3	96,0	p<0,01
6 міст разом	84,9	84,1	p>0,05

Треба зазначити, що в Кривому Розі та Черкасах частка тих СІН, котрі вважають, що можуть пройти тестування, знизилась та підвищилась згідно з гіпотезою, проте зміна показників спостерігалась також у Сімферополі і Києві, що не є пов'язаним зі зміною рівня тестувань (табл. 5.3.4).

Таблиця 5.3.4. Частка респондентів, які зазначили, що тестування на ВІЛ є для них доступним, 2007–2009рр., у шести містах, відсотки та значущість відмінностей

Місто	2007	2009	Значущість відмінностей (p-value)
Сімферополь	88,3	95,6	p<0,01
Дніпропетровськ	73,9	77,9	p>0,05
Кривий Ріг	96,0	66,7	p<0,01
Київ	97,2	87,2	p<0,01
Миколаїв	81,5	86,8	p>0,05
Черкаси	79,0	93,6	p<0,01
6 міст разом	86,8	84,9	p>0,05

Найбільш помітна відмінність Кривого Рогу спостерігається при аналізі відповідей на запитання, чи тестування на ВІЛ є для них доступним. Внаслідок зниження відсотка ствердних відповідей на 19 процентних пунктів у Кривому Розі виявилася найменша частка тих, для кого тестування доступне у шести містах – 67%. Відповідно в результаті зростання позитивних відповідей Черкаси наблизилися до максимального показника – 94–85%. Висхідна динаміка у Дніпропетровську виявилася статистично не значимою.

Отже можна зробити висновок про те, що зменшення тестувань у Кривому Розі відбулося за рахунок послаблення профілактичної роботи. На пряме запитання, чому вони не проходили тестування, респонденти обирали варіанти відповідей «не знаю, до кого звернутися» та «не маю грошей на тестування», проте кількість тих, хто взагалі відповідав на це запитання, є недостатньою для того, щоб порівнювати ці відповіді з іншими містами. У Черкасах, ймовірно, відбулося поживлення профілактичної роботи власне у 2008–2009 рр. Непрямо на це вказує те, що 80% усіх тестувань у цьому місті припадає на 2009 р. Щодо Дніпропетровська зробити висновки важко, оскільки там динаміка відповідей на запитання не відповідає динаміці тестувань, до того ж у Сімферополі та Києві також спостерігалася певна динаміка, не відповідна гіпотезам.

Аналіз даних про те, коли саме респондент пройшов останнє тестування, схиляє до формування ще однієї гіпотези (табл. 5.3.5, 5.3.6).

Таблиця 5.3.5. Частка респондентів, які зазначили, що проходили тестування на ВІЛ хоч раз у житті за даними моніторингу 2009 р., у шести містах, відсотки

Місто	У 2009 р.	Восени 2008 р.	Влітку 2008 р.	Навесні або взимку 2008 р.	У 2007 р. або раніше	
Сімферополь	16,3	3,4	22,4	7,5	50,3	100,0
Дніпропетровськ	52,5	11,7	8,9	6,1	20,7	100,0
Кривий Ріг	11,3	10,0	7,5	6,3	65,0	100,0
Київ	59,2	8,8	7,1	6,7	18,1	100,0
Миколаїв	33,3	6,3	8,7	7,9	43,7	100,0
Черкаси	80,3	11,3	5,6	–	2,8	100,0
6 міст разом	46,5	8,7	10,0	5,8	29,1	100,0

Таблиця 5.3.6. Частка респондентів, які зазначили, що проходили тестування на ВІЛ хоч раз у житті за даними моніторингу 2007 р., у шести містах, відсотки

Місто	У 2007 р.	Восени 2006 р.	Влітку 2006 р.	Навесні або взимку 2006 р.	У 2005 р. або раніше	
Сімферополь	36,5	3,4	3,4	9,5	47,3	100,0
Дніпропетровськ	31,1	23,0	9,8	13,1	23,0	100,0
Кривий Ріг	63,3	6,3	8,9	5,1	16,5	100,0
Київ	80,2	6,4	1,7	3,5	8,1	100,0
Миколаїв	28,7	15,6	15,6	10,7	29,5	100,0
Черкаси	50,0	11,5	7,3	2,1	29,2	100,0
6 міст разом	50,7	9,6	6,9	6,9	25,8	100,0

Ця гіпотеза полягає в тому, що спостерігається певне переважання частки тестувань, проведених у 2009, 2007 та 2005 рр. у порівнянні з тестуваннями проведеними у 2006 та 2008 рр. Це нашоєхує на думку, що в деяких регіонах чисельність тестувань зростає внаслідок поживавлення роботи НУО, пов'язаної, наприклад, з проведенням поведінкового моніторингу. Це явище можна окреслити як зростання тестувань унаслідок «кампаній». Поведінковий моніторинг може бути такою кампанією, оскільки є пов'язаним з необхідністю рекрутингу респондентів. Так, узагальнення даних з двох таблиць дозволяє висунути гіпотезу про те, що в Черкасах такі кампанії проходили у 2009, 2007 та 2005 рр. або раніше. Саме ці роки позначені вищими частками тестувань серед респондентів 2007-го та 2009 рр. У Києві такими роками кампаній стали 2007 та 2009 рр., у Сімферополі – 2005 та 2007 рр., а в Кривому Розі – 2007 р. Дніпропетровськ та Миколаїв показують дані, які найменшою мірою підтверджують гіпотезу про кампанії. А от зростання показника тестувань у Черкасах, здається, є наслідком такої кампанії, тоді як падіння показника тестувань у Кривому Розі є результатом відсутності таких кампаній з 2007 р.

5.4. Охоплення СІН профілактичними програмами

Ключовий показник «Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які відповіли, що знають, де можна пройти тестування на ВІЛ, та протягом останніх 12 місяців безкоштовно отримали презерватив та шприц» дозволяє скласти певне уявлення про рівень охоплення СІН профілактичними програмами, отримання ними шприців та презервативів.

Аналіз даних показав, що 40% опитаних знають, де можна пройти тестування на ВІЛ та отримували безкоштовно презерватив та шприц протягом останнього року. Окремий аналіз розподілу відповідей на запитання, які входять до ключового показника (знання, де можна пройти тест на ВІЛ, отримати шприци та презервативи протягом останнього року) показав таке: 83% знають, де можна пройти тест на ВІЛ, 46% опитаних протягом останнього року отримували стерильні голки та шприци, та 43% СІН отримували презервативи.

Таблиця 5.4.1. Ключовий показник охоплення профілактичними програмами в залежності від статі, віку опитаних та в розрізі міста проживання, відсотки

Категорія	%
Вік	
14–19 (N=345)	14,4
20–24 (N= 695)	36,9
25–34 (N= 1726)	48,2
35 і старше (N=1196)	41,2
Освіта	
Початкова (N=728)	40,4
Середня (N=2571)	38,7
Вища (N=651)	45,6
Стаж вживання	
0–2 роки (N=539)	21,3
3–5 років (N=591)	26,9
6–10 років (N=950)	47,2
11+ років (N=1878)	49,6
Тип наркотику	
Опіати (N=3175)	42,9
Стимулятори (N=787)	31,3

Не було виявлено різниці між чоловіками та жінками щодо охоплення профілактичними програмами. Значення показника є найменшим для молодшої вікової групи (14%), потім суттєво зростає для другої (37%) та третьої вікових груп (48%) ($p < 0,01$) і знов дещо спадає для СІН від 35 років і старше (41%) ($p < 0,01$). СІН з вищою освітою більшою мірою охоплені профілактичними програмами (47%), ніж ті, хто має середню (39%) або початкову освіту (40%) ($p < 0,01$).

Дані свідчать про те, що профілактичними програмами більшою мірою охоплені СІН зі стажем вживання наркотиків від шести років і більше – різниця з тими, хто має менший стаж, майже у два рази ($p < 0,05$). Найменше охоплені СІН зі стажем вживання до двох років (відмінність значуща, $p < 0,05$). Споживачі опіатів суттєво більше охоплені профілактичними програмами, ніж ті, хто споживає в основному стимулятори ($p < 0,01$).

Аналіз охоплення профілактичними програмами в регіональному розрізі виявив надзвичайну неоднорідність регіонів у цьому відношенні – від 94,5% у Чернівцях, до 1,5% у Житомирі (табл. 5 у дод. 2). Порівняно високе значення ключового показника було зафіксовано окрім Чернівців в Івано-Франківську (88%), Сімферополі (79%), Рівному (64%) та Черкасах (60%). Навколо середнього для сукупності значення містяться показники охоплення в Дніпропетровську, Кривому Розі та Києві (39–50%). Відносно невисокими (17–32%) є показники для Миколаєва, Запоріжжя, Чернігова, Ужгорода та Тернополя. Низькі значення показника зафіксовано для Северодонецька (13,5%), Вінниці (16%) та Червонограда (13%). Відзначимо, що найменшим значення показника є для Житомира – тут було охоплено 1,5% опитаних СІН.

Треба зазначити, що в 7 містах з 17 досліджуваних вибіркоче значення вийшло за межі довірчих інтервалів, розрахованих за допомогою методу RDS. В усіх цих випадках оціночна частка виявилася на 3–10% нижче вибір-

кової. Це означає, що аналіз саме цієї змінної в жодному разі не можна було б проводити за незваженим масивом, оскільки опитування, проведене без зважування, дало б значне викривлення картини в бік завищення показника охоплення.

Серед усіх опитаних СІН 32% є клієнтами громадських організацій (далі ГО). Нижче (табл. 5.4.2) представлено основні характеристики клієнтів ГО: розподіл за статтю, віком, освітою, стажем вживання та типом наркотику.

Таблиця 5.4.2. Характеристики клієнтів та не-клієнтів громадських організацій, відсотки

Категорія	Клієнти (N=1446), %	Не-клієнти (N=2516), %
Вік		
14–19	3,0	15,6
20–24	15,6	20,2
25–34	46,8	38,9
35 і старше	34,7	25,2
	100,0	100,0
Освіта		
Початкова	20,2	17,0
Середня	60,5	66,3
Вища	19,2	16,8
	100,0	100,0
Стаж вживання		
0–2 роки	6,8	22,9
3–5 років	10,3	20,0
6–10 років	25,0	22,4
11+ років	57,9	34,6
	100,0	100,0
Тип наркотику		
Опіати	84,7	72,4
Стимулятори	15,3	27,6
	100,0	100,0

Не було виявлено відмінностей між чоловіками та жінками щодо перебування клієнтами громадських організацій. Щодо інших характеристик, то клієнти ГО є старшими від тих опитаних СІН, котрі не є клієнтами: 35% є старшими за 35 років, тоді як серед не-клієнтів ГО таких 25%. Більше половини (58%) клієнтів ГО мають стаж вживання наркотиків більше 10 років, тоді як серед не-клієнтів таких – 35%. Клієнти НУО частіше вживають опіати (85%), ніж не-клієнти (72%).

У регіональному розрізі найбільше клієнтів громадських організацій є в Чернівцях (99%), Івано-франківську (97%), Симферополі (86%) та Черкасах (64%). Найменше – в Сєверодонецьку (1%), Житомирі (2%) та Червонограді (4%).

Показник охоплення профілактичними програмами не змінився протягом двох років. Це ствердження звучить непереконливо на тлі інформації про те, що майже в усіх шести містах зменшилась частка респондентів, які отримували безплатно як шприци, так і презервативи (розд. 4 та 5). Проте оскільки

показник складається з кількох чинників, то його розмір залежить від того, як багато людей отримували одну й іншу послугу. Отже, стабільність показника на тлі зменшення його компонентів означає, що зросла частка СІН, які отримували як шприці, так і презервативи, а також знають, де проходити тестування на ВІЛ. Відповідно частка тих, хто отримував або шприци, або презерватив, зменшилась. Більша частка таких респондентів у 2007 р. може пояснюватись тим, що або СІН не надавався повний пакет послуг, або вони були клієнтами різних програм або акцій, де отримували тільки шприци як СІН, або тільки презервативи.

Таблиця 5.4.3. Показник «Відсоток СІН, яких охоплено профілактичними програмами з ВІЛ/СНІДу»

Місто	2007	Довірчий інтервал	2009	Довірчий інтервал
Сімферополь	89,3	84,1–93,9	79,3	73,1–84,6
Дніпропетровськ	43,3	33,0–55,0	41,5	32,0–50,1
Кривий Ріг	33,3	21,9–45,4	39,1	29,8–48,3
Київ	47,9	39,2–57,0	50,0	42,1–57,1
Миколаїв	36,2	25,8–45,3	23,4	17,5–31,0
Черкаси	50,8	42,6–59,3	60,0	51,1–69,5
6 міст разом	54,8	52,2–57,4	57,4	55,0–59,8

Тільки в Сімферополі спостерігалось зниження охоплення на 10%, проте і за цих умов воно є одним з найвищих в Україні – 79%. Така стабільна структура охоплення може пояснюватись за рахунок місцевих особливостей у реалізації профілактичних програм. Високий показник у Сімферополі непрямо проявив себе через частку респондентів, які вже брали участь у зв'язаних дослідженнях у 2007-му та 2008 рр. Коли респондентів запитали, чи брали вони участь у подібних дослідженнях, коли у них брали кров після опитування, третина респондентів із Сімферополя відповіла ствердно. Серед інших міст показник коливався на рівні 3–6%.

Розділ 6. Результати зв'язаного дослідження серед СІН

У даному розділі аналізується стан поширеності ВІЛ та сифілісу серед СІН, а також чинники інфікування. Окремо поданий аналіз по кожному з міст, де проводилося дослідження.

6.1. Поширеність ВІЛ та сифілісу

Серед тих, хто проходив тест на ВІЛ, 75% отримали після-тестову консультацію; 59.5% проходили тестування на ВІЛ та ІПСШ у громадських організаціях за допомогою швидких тестів. 86% з тих, хто проходив тестування, погодилися повідомити про свій результат (1662 респонденти). Серед тих, хто погодився повідомити про свій статус (1662 респонденти), 20,5% (370 осіб) вказали на ВІЛ-позитивний статус. Це становить 9% по відношенню до всіх опитаних. З 370 респондентів, які мали ВІЛ-позитивний статус, 89% були поставлені на облік у Центрі СНІДу. Варто вказати, що за результатами зв'язаного дослідження рівень ВІЛ становить 21.6%. Нижче у табл. 6.1.1 представлено співвідношення самодекларованого ВІЛ-статусу і ВІЛ-статусу за результатами зв'язаного дослідження.

Таблиця 6.1.1. Самодекларований ВІЛ-статус та ВІЛ-статус, підтверджений результатами зв'язаного дослідження, (N=1662), відсотки

		Результати зв'язаного дослідження		Разом
		Позитивний	Негативний	
Самодекларація ВІЛ-статусу з попередніх тестувань	Позитивний (N=382)	97,0	3,0	100
	Негативний (N=1280)	7,8	92,2	100

Як видно з таблиці, 97% респондентів, які задекларували свій ВІЛ-позитивний статус, отримали також позитивний результат за результатами тестування в рамках дослідження. Разом з тим, з'ясувалося, що 3% респондентів, які задекларували свій ВІЛ-позитивний статус, отримали негативний результат у зв'язаному дослідженні (12 випадків).

За результатами зв'язаного дослідження, рівень інфікування ВІЛ становить 22% (943 респонденти). Серед жінок ВІЛ зустрічається частіше, ніж серед чоловіків (25% серед жінок проти 20,5% серед чоловіків, відмінність статистично значуща на рівні 1%, $p < 0.01$). (табл. 6.1.2).

Таблиця 6.1.2. ВІЛ-статус за результатами зв'язаного дослідження, розподіл за статтю, віком, стажем споживання наркотиків, типом споживаних наркотиків, відсотки

	Позитивний	Негативний	Разом
Чоловіки (N=3036)	20,5	79,5	100
Жінки (N=926)	25,1	74,9	100
Вік			
14-19 років (N=345)	2,4	97,6	100
20-24 років (N=695)	12,4	87,6	100
25-34 років (N=1726)	27,5	72,5	100
35+ років (N=1196)	26,9	73,1	100
Стаж споживання наркотиків			
До 2 років (N=539)	5,3	94,7	100
3–5 років (N=591)	11,7	88,3	100
6–10 років (N=950)	24,9	75,1	100
11+ років (N=1878)	30,7	69,3	100
Тип наркотиків			
Опіати (N=3175)	25,7	74,3	100
Стимулятори (N=787)	8,5	91,5	100
Разом	21,6	78,4	100

Зі зростанням стажу споживання наркотиків зростає і рівень інфікованості ВІЛ. Якщо у групі зі стажем до 2 років ВІЛ-інфікованих тільки 5%, то в групі зі стажем 3–5 років таких уже 12% (відмінність статистично значуща на рівні 1%, $p < 0,01$), у групі зі стажем 6–10 років – 25% (відмінність статистично значуща на рівні 1%, $p < 0,01$), у групі зі стажем 11 і більше років – 31% (відмінність статистично значуща на рівні 1%, $p < 0,01$).

Серед споживачів опіатів рівень інфікування ВІЛ вищий, ніж серед споживачів стимуляторів (26% у споживачів опіатів проти 8,5% серед споживачів стимуляторів, відмінність статистично значуща на рівні 1%, $p < 0,01$).

У табл. 4 дод. 2 наведено розподіл частки ВІЛ-інфікованих за містами. Найвищий відсоток ВІЛ-інфікованих спостерігається в Миколаєві (55%) та Кривому Розі (42%). У семи містах показник ВІЛ-інфікування наближається до середнього в досліджуваній сукупності – це Сімферополь, Дніпропетровськ, Київ, Чернігів, Івано-Франківськ та Рівне. У Запоріжжі, Житомирі та Чернівцях показник становить 11–12%. Найменший відсоток ВІЛ-інфікованих – 3–8% – у Северодонецьку, Червонограді, Тернополі, Ужгороді та Вінниці.

Усі 3962 респонденти також проходили тестування на сифіліс у межах зв'язаного дослідження, з них 1,8% отримали позитивні тести на сифіліс (70 респондентів). Нижче (табл. 6.1.3) наведено розподіл позитивних тестів на сифіліс за статтю, віком, стажем споживання наркотиків, типом споживаних наркотиків.

Серед жінок позитивні тести на сифіліс виявлялася частіше, ніж серед чоловіків (3,4% у жінок проти 1,3% серед чоловіків, $p < 0,01$). З віком кількість позитивних тестів на сифіліс зростає: якщо серед вікової групи 14–19 років сифілісу взагалі не було виявлено, то серед вікової групи 20–24 років хворих вже було 0,8%, а серед найстаршої вікової групи 35 і більше років – 3% (відмінність значуща між групою 20–24 роки і 35 і більше років на рівні 1%, $p < 0,01$). Зі зростанням стажу зростає і кількість позитивних тестів на сифіліс: показник зростає від 0,4% для групи стажу до 2 років до 3% для групи зі стажем більше 11 років,

проте статистично підтверджене зростання спостерігається тільки між групами зі стажем 6–10 років (1%) і стажем більше 11 років ($p < 0,01$). Статистично значущих відмінностей за типом вживаних наркотиків виявлено не було. Нижче (табл. 6.1.4) наведено розподіл позитивних тестів на сифіліс за містами.

Таблиця 6.1.3. Позитивні тести на сифіліс за результатами зв'язаного дослідження, розподіл за статтю, віком, стажем споживання наркотиків, типом споживаних наркотиків, відсотки.

	Позитивний	Негативний	Разом
Чоловіки (N=3036)	1,3	98,7	100
Жінки (N=926)	3,4	96,6	100
Вік			
14–19 років (N=345)	0,0	100	100
20–24 роки (N=695)	0,8	99,2	100
25–34 роки (N=1726)	2,1	97,9	100
35+ років (N=1196)	2,6	97,4	100
Стаж			
До 2 років (N=539)	0,4	99,6	100
3–5 років (N=591)	0,7	99,3	100
6–10 років (N=950)	1,3	98,7	100
11+ років (N=1878)	3,1	96,9	100
Разом	1,8	98,2	100

Таблиця 6.1.4. Позитивні тести на сифіліс, розподіл за статтю, віком, стажем споживання наркотиків, типом споживаних наркотиків, відсотки

	Позитивний	Негативний	Разом
Київ	1,2	98,8	100
Вінниця	0,0	100,0	100
Дніпропетровськ	2,0	98,0	100
Кривий Ріг	2,4	97,6	100
Житомир	0,8	99,2	100
Ужгород	1,0	99,0	100
Запоріжжя	6,4	93,6	100
Івано-Франківськ	3,2	96,8	100
Сімферополь	5,6	94,4	100
Севєродонецьк	0,0	100,0	100
Червоно град	0,0	100,0	100
Миколаїв	1,6	98,4	100
Рівне	0,4	99,6	100
Тернопіль	2,0	98,0	100
Черкаси	0,0	100,0	100
Чернівці	0,0	100,0	100
Чернігів	2,8	97,2	100
Разом	1,8	98,2	100

Найвищий рівень позитивних тестів на сифіліс було зафіксовано в Запоріжжі (6%) і Сімферополі (6%). Взагалі не було виявлено сифілісу у Вінниці, Сєверодонецьку, Червонограді, Черкасах і Чернівцях.

Варто звернути увагу на розходження в даних про самодекларування захворювання на сифіліс протягом останніх 12 місяців і результатами тесту на сифіліс у зв'язаному дослідженні. Якщо сифіліс протягом останніх 12 місяців задекларували 5,5% (200 респондентів), то під час дослідження його виявили тільки у 2% (70 респондентів), причому респонденти у цих двох групах не збігаються.

Серед тих, хто має позитивний тест на сифіліс, 38% також показали позитивний результат тестування на ВІЛ, тоді як серед тих, хто має негативну реакцію на тест сифілісу, таких 21%. Однак серед інфікованих і неінфікованих ВІЛ збудник сифілісу знайдено приблизно в такої самої частки осіб. Це збігається з міжнародними даними про вищий ризик інфікування ВІЛ у тих, хто має сифіліс.

6.2. Чинники зараження ВІЛ: результати логістичної регресії

З метою перевірки наведених нижче гіпотез щодо чинників інфікування ВІЛ в даному дослідженні застосовуються регресійні логістичні моделі. Зокрема, перевіряються наступні гіпотези:

- Частка ВІЛ-позитивних є більшою серед жінок через певні фізіологічні та соціальні фактори.
- Ймовірність заразитися ВІЛ залежить від небезпечних практик: вживання нестерильного інструментарію, незахищеного сексу.
- Ймовірність заразитися ВІЛ залежить від тривалості та частоти небезпечних практик: стажу вживання ін'єкційних наркотиків, регулярності вживання нестерильного інструментарію, кількості партнерів для незахищеного сексу та ін'єкцій, частота небезпечних сексуальних стосунків.

Для перевірки цих гіпотез було побудовано три моделі, які відрізняються за кількістю змінних, котрі були введені до кожної з них. Перша причина побудови кількох моделей полягає в тому, що стаж вживання наркотичних препаратів дуже тісно корелює з віком респондентів ($r=0,730$). Це означає, що включення цих двох змінних до однієї моделі призведе до нестабільності рівняння, спричиненої так званою проблемою мультиколінеарності. Тому значення віку та стажу перевірялися в окремих моделях. По-друге, змінні «отримувал ін'єкцію вже з наповненого шприца» і «протягом останніх 30 днів користувався шприцом, яким уже робила ін'єкцію інша людина» мають так само високу кореляцію ($r=0,483$), що змусило показати їх значення в окремих моделях. Отже, модель 1 у табл. 6.2.1 включає в себе вплив статі, віку, використання спільного посуду та використання попередньо наповненого шприца; тобто змінні, які між собою не корелюють. Друга модель включає вплив стажу наркоспоживання замість віку; третя включає вплив статі, віку та використання вже уживаного шприца замість використання спільного посуду та попередньо наповненого шприца. Такий підхід дозволяє порівняти пояснювальну силу споріднених, але все-таки різних змінних.

Фінальну модель було побудовано в результаті виявлення значної кількості змінних, які мають відношення до ризику зараження ВІЛ у досліджу-

ваній сукупності з 17и міст. Метою пошуку була оптимальна модель з точки зору її пояснювальної сили як для цілої вибірки, так і для окремих міст. Тобто, у фінальних моделях залишилися тільки змінні, які є статистично значимими предикторами зараження ВІЛ, та не корелюють між собою: стать, вік, стаж вживання наркотиків, частота використання спільного посуду для приготування наркотиків, використання вже наповненого шприца, використання шприца, яким уже користувалася інша людина.

Отже, моделі (табл. 6.2.1) побудовані на вибірках від 3830 до 3871, з них виключено тільки респондентів, які не дали відповідей на певні запитання. При цьому, кількість ВІЛ-позитивних в усіх трьох моделях однакова (832 респонденти), тобто, моделі різняться тільки набором факторів ризику, а внутрішня структура вибірки (з огляду на характеристики ВІЛ-інфікованих) лишилася фактично ідентичною.

Шанси заразитися оцінювалися у порівнянні до так званих референтних груп :

- 1) шанси жінок заразитися ВІЛ по відношенню до шансів заразитися для чоловіків;
- 2) усі вікові групи порівнювалися з віковою групою 20–24 рр.¹⁵;
- 3) усі групи за стажем порівнювалися з групою стажу до 2 років;
- 4) ті, хто отримував ін'єкцію з уже наповненого шприца, порівнювалися з тими, хто не робив ін'єкції з уже наповненого шприца;
- 5) частота вживання спільного посуду: група тих, хто набирав наркотик з спільного посуду завжди (у 100% випадків), у більшості випадків (75%), у половині випадків (50%), іноді (25%) (всього 2299 респондентів), порівнювалася з групою тих, хто рідко (10%) або ніколи не набирав наркотик зі спільного посуду (всього 1615 респондентів).
- 6) ті респонденти, які протягом останніх 30 днів користувалися чужим шприцом, порівнювалися з тими, котрі не користувалися протягом останніх 30 днів чужим шприцем.

Нижче (табл.6.2.1) наведено результати логістичної регресії.

Згідно з усіма трьома моделями є вища ймовірність виявити жінок серед заражених ВІЛ, ніж чоловіків. У середньому ця вірогідність для жінок вища у півтора разу, ніж для чоловіків.

Вік респондентів виявився дуже сильним предиктором, який пояснює найбільшу частину варіації (моделі 1 та 3). Виявилось, що вікова група 14–19 років має приблизно на 80% меншу вірогідність заразитися ВІЛ, ніж група 20–24 років. Проте, вікова група віком 25–34 роки має приблизно у 2,7 разу більше шансів заразитися, а група віком 35 і більше років приблизно у 2,8 разу більше шансів заразитися, ніж вікова група 20–24 років.

Проте стаж нарковживання виявився ще сильнішим предиктором, ніж вік (модель 2). Виявилось, що група зі стажем 3–5 років має в 2,35 разу вищу вірогідність заразитися ВІЛ, група зі стажем 6–10 років – 5,28 разу вищу вірогідність заразитися, а група 11 і більше років – майже у 8 разів вищу вірогідність заразитися, ніж група зі стажем 0–2 роки.

Шанс знайти тих респондентів, які робили ін'єкцію з уже наповненого шприца, серед заражених ВІЛ приблизно в півтора разу вище, ніж шанс знайти тих, хто цього не робив.

¹⁵ Референтною групою мала б бути вікова групи 14–19 років, оскільки там найменше ВІЛ-інфікованих, проте там було замало респондентів у регіональному розрізі, щоб проводити коректне порівняння саме з нею.

Ті респонденти, які набирали наркотик зі спільного посуду завжди або переважно, приблизно в 1,3 разу мають вищу вірогідність заразитися, ніж ті, хто ніколи не набрав наркотик з спільного посуду або робив це надзвичайно рідко (в 10% випадків).

Ті респонденти, які протягом останніх 30 днів користувалися шприцом, який уже використовувався іншою людиною, мають на 30% більше шансів заразитися ВІЛ, ніж ті, хто не використовував шприц після інших (модель 3).

Таблиця 6.2.1. Результати логістичної регресії на ймовірність зараження ВІЛ, усі коефіцієнти (exp(B))

	Модель 1 (N=3833)	Модель 2 (N=3830)	Модель 3 (N=3871)
Жінки (у порівнянні з чоловіками)	1,43***	1,50***	1,41***
Вікова група 14–19 років (у пор. з групою 20–24 роки)	0,19***	–	0,19***
Вікова група 25–34 роки (у пор. з групою 20–24 роки)	2,68***	–	2,81***
Вікова група 35 і більше років (у пор. з групою 20–24 роки)	2,78***	–	2,80***
Стаж вживання 3–5 років (у пор. з групою стажем 0–2 роки)	–	2,35***	–
Стаж вживання 6–10 років (у пор. з групою стажем 0–2 роки)	–	5,28***	–
Стаж вживання 11 і більше років (у пор. з групою стажем 0–2 роки)	–	7,86***	–
Отримувач ін'єкцію вже з наповненого шприца протягом останніх 30 днів	1,63***	1,51***	–
Частота вживання спільного посуду протягом останніх 30 днів	1,30***	1,29***	–
Протягом останніх 30 днів користувався/лася шприцом, яким уже робила ін'єкцію інша людина	–	–	1,30**
Intercept (B)	-2,88***	-3,78***	-2,48***
Pseudo R-sq: Cox & Snell	0,073	0,078	0,064
Pseudo R-sq: Nagelkerke	0,113	0,121	0,099

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

6.3. Чинники інфікування ВІЛ: результати логістичної регресії в межах міст, де проводилося дослідження

З метою перевірки гіпотези на рівні регіонів, було протестовано модель у 17 містах, де проводилося дослідження. Оскільки кількість респондентів, які опитані в містах, є невеликою (від 99 до 407 респондентів), то це сильно обмежує кількість предикторів, які можуть бути включені до моделі. Для тес-

тування було вибрано предиктори з моделі 3, яка включає в себе стать, вік респондента, а також використання шприца, яким уже користувалася інша особа, протягом останніх 30 днів. Вибір моделі 3 та змінної про користування чужим шприцом зумовлений тим, що ця модель виявилася значимою для більшої кількості міст, ніж 1-а та 2-а моделі.

Таблиця 6.3.1. Результати логістичної регресії на ймовірність зараження ВІЛ, місто Київ (N=400), коефіцієнти (exp(B))

	коефіцієнти (exp(B))
Жінки (у порівнянні з чоловіками)	2,96***
Вікова група 14–19 років (у пор. з групою 20–24 роки)	0,28
Вікова група 25–34 роки (у пор. з групою 20–24 роки)	8,03***
Вікова група 35 і більше років (у пор. з групою 20–24 роки)	14,71***
Протягом останніх 30 днів користувався/лася шприцом, яким уже робила ін'єкцію інша людина	0,79
Intercept (B)	-4,49***
Pseudo R-sq: Cox & Snell	0,116
Pseudo R-sq: Nagelkerke	0,178

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

За результатами зв'язаного дослідження, серед СІН Києва одна четверта респондентів виявилися ВІЛ-інфікованими. За результатами логістичної регресії, жінки у Києві мають в три рази вищу вірогідність заразитися ВІЛ, ніж чоловіки. Вікова група 14–19 років не має значущих відмінностей у зараженні ВІЛ у порівнянні з групою 20–24 років. Натомість група 25–34 років має у 8 разів вищі шанси інфікуватися ВІЛ, а вікова група 35 і більше років – у 15 разів вищу вірогідність інфікуватися ВІЛ, ніж вікова група 20–24 років.

Використання вже уживаних шприців протягом останніх 30 днів не показало значущих коефіцієнтів для мешканців Києва, з чого можна зробити висновок, що в Києві це не є масовим фактором зараження.

Таблиця 6.3.2. Результати логістичної регресії на ймовірність зараження ВІЛ, місто Вінниця (N=247), коефіцієнти (exp(B))

	коефіцієнти (exp(B))
Жінки (у порівнянні з чоловіками)	0,31
Вікова група 14–19 років (у пор. з групою 20–24 роки)	–
Вікова група 25–34 роки (у пор. з групою 20–24 роки)	8,62
Вікова група 35 і більше років (у пор. з групою 20–24 роки)	13,55*
Протягом останніх 30 днів користувався/лася шприцом, яким уже робила ін'єкцію інша людина	2,27
Intercept (B)	-3,24*
Pseudo R-sq: Cox & Snell	0,069
Pseudo R-sq: Nagelkerke	0,244

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

У Вінниці виявилось всього 18 ВІЛ-інфікованих респондентів, що пояснює слабкість пояснювальної моделі. Серед групи 14–19 років ВІЛ-інфікованих взагалі не було виявлено, що не дозволило розрахувати коефіцієнт. З'ясувалося, що вікова група 35 і більше років має у 13,5 рази вищу вірогідність заразитися ВІЛ, проте цей коефіцієнт є значимим лише на рівні 10%. Використання спільного шприца, як і у випадку Києва, не є фактором масового зараження, оскільки коефіцієнт є не значимим у порівнянні з тими, хто не користувався вже використаним кимось шприцом.

Таблиця 6.3.3. Результати логістичної регресії на ймовірність зараження ВІЛ, місто Дніпропетровськ, (N=247), коефіцієнти (exp(B))

	коефіцієнти (exp(B))
Жінки (у порівнянні з чоловіками)	1,40
Вікова група 14–19 років (у пор. з групою 20–24 роки)	1,99
Вікова група 25–34 роки (у пор. з групою 20–24 роки)	6,69*
Вікова група 35 і більше років (у пор. з групою 20–24 роки)	12,83**
Протягом останніх 30 днів користувався/лася шприцом, яким уже робила ін'єкцію інша людина	3,97***
Intercept (B)	-4,13***
Pseudo R-sq: Cox & Snell	0,103
Pseudo R-sq: Nagelkerke	0,155

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

Результати у Дніпропетровську дещо відрізняються від двох попередніх міст. По-перше, виявилось, що жінки в Дніпропетровську мають такий самий шанс заразитися, що й чоловіки (відмінності між цими двома групами є незначимими). Натомість використання чужого шприца показав значущі коефіцієнти: ті, хто використовував чужий шприц протягом останніх 30 днів, мають вищу вірогідність зараження майже у 4 рази, ніж ті, хто не користувалися чужими шприцами. Можливо, для Дніпропетровська ін'єкційний тип передачі є більш характерним.

Серед вікових груп найстарші респонденти мають у 13 разів вищу вірогідність заразитися, ніж респонденти з вікової групи 20–24 роки. У віковій групі 25–34 роки вірогідність заразитися у 6,7 рази вища, ніж для вікової групи 20–24 років (коефіцієнт значимий на рівні 10%).

Таблиця 6.3.4.. Результати логістичної регресії на ймовірність зараження ВІЛ, місто Кривий Ріг, (N=245), коефіцієнти (exp(B))

	коефіцієнти (exp(B))
Жінки (у порівнянні з чоловіками)	2,59***
Вікова група 14–19 років (у пор. з групою 20–24 роки)	--
Вікова група 25–34 роки (у пор. з групою 20–24 роки)	11,41***
Вікова група 35 і більше років (у пор. з групою 20–24 роки)	4,03**
Протягом останніх 30 днів користувався/лася шприцом, яким вже робила ін'єкцію інша людина	1,04
Intercept (B)	-3,09***
Pseudo R-sq: Cox & Snell	0,127
Pseudo R-sq: Nagelkerke	0,171

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

Місто Кривий Ріг показує стандартну пояснювальну картину: жінки у 2,6 рази частіше інфікуються ВІЛ, ніж чоловіки; старші вікові групи частіше інфікуються, ніж молодші респонденти. При цьому, використання чужого шприца не показує значимого приросту інфікування ВІЛ у порівнянні з тими, хто не використовує чужих шприців.

Таблиця 6.3.5. Результати логістичної регресії на ймовірність зараження ВІЛ, місто Житомир (N=243), коефіцієнти (exp(B))

	коефіцієнти (exp(B))
Жінки (у порівнянні з чоловіками)	0,83
Вікова група 14–19 років (у пор. з групою 20–24 роки)	0,09
Вікова група 25–34 роки (у пор. з групою 20–24 роки)	3,75***
Вікова група 35 і більше років (у пор. з групою 20–24 роки)	0,71
Протягом останніх 30 днів користувався/лася шприцом, яким уже робила ін'єкцію інша людина	13,69***
Intercept (B)	-1,48**
Pseudo R-sq: Cox & Snell	0,162
Pseudo R-sq: Nagelkerke	0,239

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

У Житомирі ми спостерігаємо дуже подібну до Дніпропетровська картину зараження: відсутні значущі відмінності між чоловіками і жінками; натомість спостерігається збільшення вірогідності зараження у 13,7 рази для тих, хто використовує чужі шприци. Серед вікових груп найбільш ризиковою є група 25–34 років, яка майже в 4 рази має вищу ймовірність зараження, ніж референтна група 20–24 років.

Таблиця 6.3.6. Результати логістичної регресії на ймовірність зараження ВІЛ, місто Ужгород (N=99), коефіцієнти (exp(B))

	коефіцієнти (exp(B))
Жінки (у порівнянні з чоловіками)	3,81
Вікова група 14–19 років (у пор. з групою 20–24 роки)	0,18
Вікова група 25–34 роки (у пор. з групою 20–24 роки)	0,00
Вікова група 35 і більше років (у пор. з групою 20–24 роки)	0,35
Протягом останніх 30 днів користувався/лася шприцом, яким уже робила ін'єкцію інша людина	0,16
Intercept (B)	-3,82**
Pseudo R-sq: Cox & Snell	0,039
Pseudo R-sq: Nagelkerke	0,149

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

Модель для міста Ужгорода має слабку пояснювальну силу, оскільки жоден предиктор не має значущих коефіцієнтів. Пояснюється це тим, що за результатами зв'язаного дослідження в місті виявлено тільки 5 ВІЛ-інфікованих зі 100 респондентів, що не дозволило побудувати надійну пояснювальну модель.

Таблиця 6.3.7. Результати логістичної регресії на ймовірність зараження ВІЛ, місто Запоріжжя, (N=243), коефіцієнти (exp(B))

	коефіцієнти (exp(B))
Жінки (у порівнянні з чоловіками)	0,42*
Вікова група 14–19 років (у пор. з групою 20–24 роки)	1,38
Вікова група 25–34 роки (у пор. з групою 20–24 роки)	1,72
Вікова група 35 і більше років (у пор. з групою 20–24 роки)	0,59
Протягом останніх 30 днів користувався/лася шприцом, яким уже робила ін'єкцію інша людина	0,25*
Intercept (B)	-0,89**
Pseudo R-sq: Cox & Snell	0,047
Pseudo R-sq: Nagelkerke	0,093

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

Модель для міста Запоріжжя має так само слабку пояснювальну силу, як і для Ужгорода, оскільки жоден предиктор не має значущих коефіцієнтів. В Запоріжжі за результатами зв'язаного дослідження було виявлено тільки 23 ВІЛ-інфікованих з 249 респондентів, що не дозволило побудувати надійну пояснювальну модель.

Таблиця 6.3.8. Результати логістичної регресії на ймовірність зараження ВІЛ, місто Івано-Франківськ (N=237), коефіцієнти (exp(B))

	коефіцієнти (exp(B))
Жінки (у порівнянні з чоловіками)	3,21***
Вікова група 14–19 років (у пор. з групою 20–24 роки)	–
Вікова група 25–34 роки (у пор. з групою 20–24 роки)	2,63**
Вікова група 35 і більше років (у пор. з групою 20–24 роки)	2,54*
Протягом останніх 30 днів користувався/лася шприцом, яким уже робила ін'єкцію інша людина	2,98***
Intercept (B)	-3,40***
Pseudo R-sq: Cox & Snell	0,120
Pseudo R-sq: Nagelkerke	0,171

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

В Івано-Франківську жінки мають вищу в 3,2 разу вірогідність зараження ВІЛ, ніж чоловіки. Старші респонденти мають вищу вірогідність зараження, ніж молодші: група 25–34 років заражається ВІЛ у 2,6 разу частіше, ніж група 20–24 років. У віковій групі 14–19 років ВІЛ-інфікованих взагалі не було виявлено, через що не вдалося розрахувати коефіцієнт. Разом з тим, в Івано-Франківську дуже добре видно тенденцію зараження через використання уже використаного кимось шприца: ті респонденти, які мали такий досвід, утричі частіше заражаються ВІЛ, ніж усі інші.

Таблиця 6.3.9. Результати логістичної регресії на ймовірність зараження ВІЛ, місто Сімферополь (N=241), коефіцієнти (exp(B))

	коефіцієнти (exp(B))
Жінки (у порівнянні з чоловіками)	2,,23**
Вікова група 14–19 років (у пор. з групою 20–24 роки)	8,,64
Вікова група 25–34 роки (у пор. з групою 20–24 роки)	0,,41
Вікова група 35 і більше років (у пор. з групою 20–24 роки)	0,,78
Протягом останніх 30 днів користувався/лася шприцом, яким уже робила ін'єкцію інша людина	2,,97***
Intercept (B)	-2,,20***
Pseudo R-sq: Cox & Snell	0,,077
Pseudo R-sq: Nagelkerke	0,,119

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

Модель для Сімферополя показує абсолютну незначущість вікових категорій у поясненні причин інфікування ВІЛ. Проте, як і в випадку з Івано-Франківськом, приналежність до жіночої статі і використання чужих шприців добре пояснюють зараження ВІЛ. Зокрема, жінки більш ніж у 2 рази мають більшу вірогідність заразитися ВІЛ, ніж чоловіки, а користувачі чужих шприців майже в 3 рази мають вищу вірогідність заразитися ВІЛ, ніж ті, хто не використовує чужих шприців.

Таблиця 6.3.10. Результати логістичної регресії на ймовірність зараження ВІЛ, місто Северодонецьк, (N=241), коефіцієнти (exp(B))

	коефіцієнти (exp(B))
Жінки (у порівнянні з чоловіками)	7,97***
Вікова група 14–19 років (у пор. з групою 20–24 роки)	3,44
Вікова група 25–34 роки (у пор. з групою 20–24 роки)	6,74*
Вікова група 35 і більше років (у пор. з групою 20–24 роки)	6,96*
Протягом останніх 30 днів користувався/лася шприцом, яким уже робила ін'єкцію інша людина	0,12*
Intercept (B)	-6,27***
Pseudo R-sq: Cox & Snell	0,091
Pseudo R-sq: Nagelkerke	0,202

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

У Северодонецьку єдиним значимим фактором зараження виявилась приналежність до жіночої статі: жінки в цьому місті мають вищу у 8 разів вірогідність зараження, ніж чоловіки. Категорії віку і використання чужих шприців є або не значимими, або значимим на рівні 10%, що для такого малого масиву не відповідає критеріям надійності.

Таблиця 6.3.11. Результати логістичної регресії на ймовірність зараження ВІЛ, місто Червоноград (N=243), коефіцієнти (exp(B))

	коефіцієнти (exp(B))
Жінки (у порівнянні з чоловіками)	0,18
Вікова група 14–19 років (у пор. з групою 20–24 роки)	4,08
Вікова група 25–34 роки (у пор. з групою 20–24 роки)	138,05
Вікова група 35 і більше років (у пор. з групою 20–24 роки)	181,71
Протягом останніх 30 днів користувався/лася шприцом, яким уже робила ін'єкцію інша людина	0,93
Intercept (B)	-4,25
Pseudo R-sq: Cox & Snell	0,152
Pseudo R-sq: Nagelkerke	0,380

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

Модель для Червонограда виявилася статистично не значимою, тобто не вдалося виявити жодного фактора зараження, який би мав статистичне підтвердження. Надзвичайно високий коефіцієнт у групі 25–34 років, диякої належить переважна більшість ВІЛ-інфікованих (21 з 29 ВІЛ-інфікованих опитаних).

Таблиця 6.3.12. Результати логістичної регресії на ймовірність зараження ВІЛ, місто Миколаїв (N=247), коефіцієнти (exp(B))

	коефіцієнти (exp(B))
Жінки (у порівнянні з чоловіками)	0,92
Вікова група 14–19 років (у пор. з групою 20–24 роки)	–
Вікова група 25–34 роки (у пор. з групою 20–24 роки)	2,51**
Вікова група 35 і більше років (у пор. з групою 20–24 роки)	3,67***
Протягом останніх 30 днів користувався/лася шприцом, яким уже робила ін'єкцію інша людина	1,54
Intercept (B)	-0,58
Pseudo R-sq: Cox & Snell	0,091
Pseudo R-sq: Nagelkerke	0,122

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

У Миколаєві тільки в розрізі вікових груп виявлено значущі коефіцієнти – чим старіші респонденти, тим більша вірогідність зараження у 2,5–3,7 разу у порівнянні з групою 20–24 років. Вікова група 14–19 років була представлена тільки 4 респондентами, жоден з яких не був інфікований ВІЛ, що не дозволило розрахувати коефіцієнт. Разом з тим, стать і вживання вже використаного кимось шприца не впливає на збільшення вірогідності зараження.

Таблиця 6.3.13. Результати логістичної регресії на ймовірність зараження ВІЛ, місто Рівне (N=250), коефіцієнти (exp(B))

	коефіцієнти (exp(B))
Жінки (у порівнянні з чоловіками)	1,92*
Вікова група 14–19 років (у пор. з групою 20–24 роки)	0,51
Вікова група 25–34 роки (у пор. з групою 20–24 роки)	1,70
Вікова група 35 і більше років (у пор. з групою 20–24 роки)	0,60
Протягом останніх 30 днів користувався/лася шприцом, яким уже робила ін'єкцію інша людина	3,42***
Intercept (B)	-2,15***
Pseudo R-sq: Cox & Snell	0,064
Pseudo R-sq: Nagelkerke	0,093

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

У Рівному жінки приблизно в два рази частіше інфікуються ВІЛ, ніж чоловіки, проте це твердження є значимим тільки на рівні 10%. Зате користування чужим шприцом підвищує вірогідність зараження ВІЛ приблизно в 3.5 рази. Вікові групи не мають серйозного впливу на вірогідність зараження ВІЛ.

108

Таблиця 6.3.14. Результати логістичної регресії на ймовірність зараження ВІЛ, місто Тернопіль (N=99), коефіцієнти (exp(B))

	коефіцієнти (exp(B))
Жінки (у порівнянні з чоловіками)	1.05
Вікова група 14–19 років (у пор. з групою 20–24 роки)	–
Вікова група 25–34 роки (у пор. з групою 20–24 роки)	1.55
Вікова група 35 і більше років (у пор. з групою 20–24 роки)	5.50
Протягом останніх 30 днів користувався/лася шприцом, яким уже робила ін'єкцію інша людина	1.87
Intercept (B)	-3.40**
Pseudo R-sq: Cox & Snell	0.041
Pseudo R-sq: Nagelkerke	0.104

Рівень значимості: *: <0.1, **: < 0.05, ***:< 0.01.

Модель для Тернополя виявилася занадто слабкою, щоб робити будь-які узагальнення стосовно факторів зараження, оскільки жоден коефіцієнт не є статистично значимим. Для вікової групи 14–19 років коефіцієнт не розрахований через низьку кількість респондентів у цій віковій категорії.

Таблиця 6.3.15. Результати логістичної регресії на ймовірність зараження ВІЛ, місто Черкаси, (N=224), коефіцієнти (exp(B))

	коефіцієнти (exp(B))
Жінки (у порівнянні з чоловіками)	2,29*
Вікова група 14–19 років (у пор. з групою 20–24 роки)	0,23
Вікова група 25–34 роки (у пор. з групою 20–24 роки)	0,55
Вікова група 35 і більше років (у пор. з групою 20–24 роки)	3,75**
Протягом останніх 30 днів користувався/лася шприцом, яким уже робила ін'єкцію інша людина	0,27*
Intercept (B)	-3,07***
Pseudo R-sq: Cox & Snell	0,082
Pseudo R-sq: Nagelkerke	0,168

Рівень значимості: *: <0.1, **: < 0.05, ***: < 0.01.

У Черкасах ми спостерігаємо таку картину інфікування: жінки мають приблизно в два рази більшу вірогідність заразитися ВІЛ, ніж чоловіки; старші респонденти мають вищу вірогідність зараження, ніж молодші (вікова група 35 і більше років приблизно в 4 рази мають вищі шанси зараження, ніж вікова група 20–24 років). Інші фактори зараження є статистично не значимими.

Таблиця 6.3.16. Результати логістичної регресії на ймовірність зараження ВІЛ, місто Чернівці (N=100), коефіцієнти (exp(B))

	коефіцієнти (exp(B))
Жінки (у порівнянні з чоловіками)	0,78
Вікова група 14–19 років (у пор. з групою 20–24 роки)	--
Вікова група 25–34 роки (у пор. з групою 20–24 роки)	3,58
Вікова група 35 і більше років (у пор. з групою 20–24 роки)	2,15
Протягом останніх 30 днів користувався/лася шприцом, яким уже робила ін'єкцію інша людина	78,00***
Intercept (B)	-3,50*
Pseudo R-sq: Cox & Snell	0,000
Pseudo R-sq: Nagelkerke	0,000

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

У Чернівцях жоден предиктор, окрім використання чужого шприца, не показав значущих коефіцієнтів. Коефіцієнт для використання чужого шприца є дуже великим, це пояснюється надто малою кількістю тих, хто використовував шприц після того, як його використав хтось іще (5 осіб) та ВІЛ-інфікованих у Чернівцях (11 осіб). Такі малі кількості роблять рівняння нестабільним.

Таблиця 6.3.17. Результати логістичної регресії на ймовірність зараження ВІЛ, місто Чернігів (N=245), коефіцієнти (exp(B))

	коефіцієнти (exp(B))
Жінки (у порівнянні з чоловіками)	1,39
Вікова група 14–19 років (у пор. з групою 20–24 роки)	–
Вікова група 25–34 роки (у пор. з групою 20–24 роки)	6,46***
Вікова група 35 і більше років (у пор. з групою 20–24 роки)	1,83
Протягом останніх 30 днів користувався/лася шприцом, яким уже робила ін'єкцію інша людина	0,50
Intercept (B)	-2,47***
Pseudo R-sq: Cox & Snell	0,145
Pseudo R-sq: Nagelkerke	0,207

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

У Чернігові єдиним фактором зараження є вікова категорія респондентів: група 25–34 років у 6–5 разу має більші шанси заразитися ВІЛ, ніж вікова група 20–24 років. Інших закономірностей (за статтю і вживанням чужого шприца) виявлено не було.

ВИСНОВКИ

Це дослідження присвячено вивченню специфіки поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків, зокрема досвіду вживання наркотиків, використання стерильного інструментарію для ін'єкцій та презервативів при сексуальних стосунках.

Аналіз соціально-демографічного складу СІН показав, що у 2009 р., як і раніше, споживання ін'єкційних наркотиків притаманне переважно чоловікам – їх частка серед СІН становить 75%.

Середній вік опитаних становить 30 років: від 22 у Червонограді до 37 у Кривому Розі. Можна стверджувати, що наймолодші СІН проживають у Західному та Центральному регіонах України, а найстаріші – у східних та південних областях.

Зміни, спостережені у шести великих містах України у 2007–2009 рр. головним чином сигналізують про постаріння популяції СІН. Можна констатувати значне постаріння популяції СІН у великих містах Східної та Південної України майже до повного зникнення групи молодших 25 років. За два роки трохи збільшився вік початку ін'єкцій, що деякою мірою пояснює постаріння популяції СІН.

Серед досліджуваної сукупності надзвичайно великою є частка СІН зі стажем споживання – ін'єкційних наркотиків понад 10 років – майже половина. При цьому вік початку ін'єкцій дещо підвищився.

Приблизно четверту частину СІН складають ті, хто вважає своїм основним наркотиком стимулятори, решта таким наркотиком вважають опіати. Споживачів стимуляторів від споживачів опіатів відрізняє більша частка жінок, молодих споживачів та менше частота ін'єкцій.

Переважна кількість СІН (85%) повідомляє, що не використовували нестерильних шприців під час останньої ін'єкції. Проте 57% визнає, що отримували наркотик з наповненого шприца, а 69% визнають використання спільного посуду для приготування розчину для ін'єкцій.

З віком СІН переходять на більш інтенсивний режим ін'єкцій. Ті, хто вживає нестерильний інструментарій, з віком частіше його дезінфікують. З віком СІН використовують щораз більше стерильних шприців, але й більше користуються спільним посудом.

Поведінка споживачів опіатів є набагато більш ризикованою у практиці ін'єкцій, ніж у споживачів стимуляторів, – вони частіше роблять ін'єкції, передають один одному шприци та використовують спільний посуд для приготування наркотику. З іншого боку, стимуляторники починають ін'єкційні практики раніше, ніж опіатники, та частіше вживають алкоголь.

Зміни у структурі споживання говорять про збільшення споживання як опіатів (Київ, Сімферополь, Кривий Ріг, Миколаїв, Чер-

каси), так і стимуляторів (Київ та Черкаси). Отже постаріння популяції СІН супроводжується майже повним переходом на опіати в одних містах та зростанням змішаного споживання опіатів та стимуляторів – в інших.

Дані показують значну схильність СІН до випадкових, багатопартнерних та комерційних сексуальних зв'язків. Середня кількість сексуальних партнерів протягом трьох місяців перед опитуванням становить 2,5. Ця схильність більшою мірою проявляється серед чоловіків, молодих СІН та неодружених СІН. Жінки- СІН декларують більшу частку випадків сексу за оплату. Майже третина СІН, опитаних у Сімферополі, Запоріжжі та Черкасах, декларували випадки комерційного сексу протягом 3 місяців перед опитуванням, що становить значний відрив від решти регіонів.

44% опитаних повідомили про те, що їх постійний статевий партнер є СІН.

Використання презерватива під час останнього статевого акту становить 58%. З віком та стажем регулярність використання презервативів зменшується. Цей показник дав негативну динаміку протягом 2 років зокрема в Дніпропетровську та Києві з числа порівнюваних шести міст.

Респонденти досить добре знають симптоматику ІПСШ. Серед жінок, старших респондентів і респондентів з більшим досвідом споживання наркотиків, знання про симптоматику вище, ніж серед чоловіків та молодших СІН.

Щодо рівня захворюваності: найчастіше респонденти повідомляли про наявність протягом останніх 12 місяців гепатиту В (9,5%) та гепатиту С (12%). Найрідше згадувався сифіліс (5%). Можна стверджувати, що одні й ті ж самі респонденти хворіли протягом року одразу на кілька ІПСШ.

Чоловіки частіше хворіють на туберкульоз, тоді як жінки – частіше на ІПСШ. З віком кількість хворих на туберкульоз зростає, досягаючи максимуму в групі 35 і більше років. А от пік венеричних захворювань та гепатитів припадає на вікову групу 20–24 років. Більше 90% респондентів лікували свої захворювання, проте гепатит С лікували тільки три чверті хворих. Близько 2% опитаних показали позитивну реакцію при тестуванні на сифіліс. Наявність сифілісу підвищує ймовірність інфікування ВІЛ.

87% респондентів повідомили, що тестування на ВІЛ є для них доступним. 43% опитаних повідомили, що вже проходили тестування на ВІЛ, половина з них зробила це протягом 2009 р. Показник тестування протягом останніх 12 місяців становить 26%; варіативність між містами – надзвичайно висока. Серед тих, хто погодився повідомити свій ВІЛ-статус за результатами попереднього тестування, 20,5% виявилися ВІЛ-позитивними.

Результати зв'язаного дослідження показують, що 22% усіх опитаних мають ВІЛ-позитивний статус. Жінки та старші за віком і стажем СІН мають вищу вірогідність зараження ВІЛ, ніж чоловіки та молодші СІН.

Використання вже наповненого шприца, використання спільного посуду, з якого набирали наркотик, а також використання чужого, вже використаного шприца є статистично значимими фактором зараження.

Наявність ризикованих сексуальних зв'язків та використання презервативів не показують безпосереднього впливу на рівень зараження ВІЛ.

У Дніпропетровську, Житомирі, Рівному і Чернівцях змінна «користування чужим шприцом» мала вплив на зараження ВІЛ, тоді як жіноча стать – ні. У Івано-Франківську і Сімферополі змінна «користування чужим шприцем» мала вплив нарівні зі статтю. Можна припустити, що в цих містах статевий шлях зараження присутній нарівні з колективними практиками вживання наркотиків як шлях передачі ВІЛ.

У Кривому Розі, Києві, Миколаєві передусім жінки та старші СІН наражаються на найвищий ризик зараження.

У Вінниці, Ужгороді, Запоріжжі, Червонограді, Тернополі жоден фактор зараження не превалює над іншим.

Більшу обізнаність про шляхи передачі ВІЛ демонструють СІН із більшим стажем вживання, з вищою або середньою освітою, а також ті, що зазначили опіати як основний вид наркотику для себе.

Рівень охоплення СІН профілактичними програмами становить 40%. Споживачі опіатів охоплені профілактичними програмами краще, ніж споживачі стимуляторів. Дуже нерівномірним є охоплення програмами в розрізі міст проживання – від 1,5% у Житомирі до 94,5% у Чернівцях.

ДИСКУСІЯ ТА ОБМЕЖЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проблема зі збором даних за методом RDS полягає у тому, що порівняння двох масивів даних як репрезентативних є ненадійним. Цілком можливо, що застосування методу у 2007 р. дало можливість охопити один зріз популяції СІН, а опитування 2009-го – інший. Така ситуація є можливою завдяки тому, що в кожному із 17 досліджуваних міст, можливо, існує не одна, а кілька важко-досяжних популяцій СІН. До таких субпопуляцій можуть належати споживачі стимуляторів, споживачі дорогих наркотиків, неповнолітні СІН, СІН, які проживають у передмістях, тощо. Відтак, постаріння популяції СІН у Сімферополі, Миколаєві та Києві, можливо, і не відбулося, просто було охоплено інший зріз популяції, представники якого були більш досяжними. Це, відповідно, мало наслідки для репрезентації таких змінних, як тип наркотиків, які споживають СІН, рівень охоплення профілактичними програмами та рівень зараження ВІЛ, оскільки ці змінні є пов'язаними з віком та стажем споживання наркотиків.

Аналіз чинників зараження ВІЛ показав змішану картину у 17 містах. Вік СІН та стаж вживання наркотичних речовин є домінуючим фактором зараження ВІЛ. Це означає акумуляцію різного роду ризиків – незахищеного сексу та небезпечних ін'єкцій, – результатом чого є зростання шансу того, що у віці 35 років або зі стажем понад 10 років СІН буде заражений ВІЛ. Проте в 7 містах із 17 значимим фактором зараження була також і жіноча стать. Можна припустити, що в цих містах статевий шлях зараження присутній нарівні з колективними практиками вживання наркотиків як шлях передачі ВІЛ.

Суттєвим обмеженням цього дослідження є те, що воно служить практичним цілям і не охоплює всіх можливостей аналізу, який можливо виконати на основі зібраних даних. Завданням цього моніторингу є представлення читачеві результатів опитування СІН та аналізу зразків їх крові на ВІЛ та на сифіліс, проведених у 2009 р., що разом становить близько 270 змінних. Предметом аналізу також є встановлення зв'язків поведінкових змінних із соціально-демографічними змінними у формі, зручній для розуміння, формулювання висновків і прийняття рішень фахівцями сфери охорони здоров'я та соціальної роботи на національному та локальному рівнях. Це дослідження не має на меті аналіз довготривалих трендів, побудування повних прогностичних моделей для різних підгруп СІН та вивчення взаємодії різних факторів (таких, як стаж нарковживання та вік), які формують ризиковану поведінку та впливають на шанси заразитися ВІЛ. Вирішення згаданих проблем залишилося поза увагою цього дослідження з міркувань необхідності вирішувати практичні завдання профілактики та через відсутність відповідних даних. Здійснені нами аналізи факторів

поведінкового ризику та змін деяких індикаторів у шести містах у 2007–2009 рр. не претендують на всеохопність, але є достатніми для отримання репрезентативної картини для тих, хто має потребу у щорічному плануванні своєї роботи з профілактики ВІЛ.

Саме з міркувань практичності цього аналізу та через відсутність даних поза межами цього звіту залишилися такі важливі дослідницькі завдання:

1. Вивчення довготривалих трендів. Тільки наявність даних, зібраних за методом RDS на вибірках з тих самих міст, уможлиблює аналіз тенденцій, який дає би можливість говорити про сталість трендів різних показників та їх конгруентність. Аналіз змін, які відбулися у 6 містах протягом двох років, такої можливості не дає, адже всі спостережені тенденції можуть бути тільки короткотривалими коливаннями.
2. Відокремлення змін у когортах від змін пов'язаних з віком. За відсутності порівняльних даних для значного періоду часу (10 років) не можливо отримати відповіді на запитання, чи ті поведінкові змінні, які ми спостерігаємо, змінюються з віком для всіх СІН, чи є ознакою поведінкових змін у нових когортах СІН. Наприклад, неможливо, спираючись на дані моніторингу тільки 2009 р., відповісти на запитання, чи збільшився вік початку ін'єкційних практик. Адже серед СІН, яким було у 2009-му 15–19 років, ми не знайдемо тих, хто розпочав ін'єкції у віці 20 років та старше. Відповідно, завжди в старших групах вік початку ін'єкцій буде вищим, ніж у молодших. Тільки порівняння віку початку ін'єкцій у тотожних вікових групах (наприклад, 15–19 років), опитаних, наприклад, у 1999-му та 2009 рр., дало б змогу робити висновок про поколінні зміни. Те саме стосується використання стерильного інструментарію та презервативів.
3. Вивчення проблеми взаємодії різних соціально-демографічних та поведінкових ознак, зокрема стажу та віку. Проблема полягає у відрізанні впливу, який має на поведінку дорослішання та старіння респондента, від того впливу, який має на неї тривале практикування ін'єкцій. Оскільки у цьому дослідженні кореляція віку СІН та стажу ін'єкцій є високою – 0,825, то вплив віку на залежні змінні мало відрізняється від впливу стажу, як це видно з таблиць. Включення їх до однієї пояснювальної моделі спричинило б статистичну проблему мультиколінеарності – нестабільності статистичної моделі. Перед авторами цього звіту не стояло завдання вирішити цю статистичну проблему, а тільки представити фактори поведінки та ризику зараження. Отже, перед нами не стояло питання складних взаємозв'язків, а виявлення надійних факторів поведінки, важливих для прийняття рішень. Як вік, так і стаж є такими індикаторами, адже показують помітні відмінності у поведінці та шансах бути зараженим ВІЛ. Вік є найбільш наочною категорією для проведення профілактичної стратегії, а стаж показує вплив накопичення факторів ризику, пов'язаних з ін'єкціями. Право вибору належить тим, хто буде стратегію профілактики.

Завданням цього дослідження було також удосконалення методології опитування за допомогою методу рекрутингу RDS та приготування баз даних на підставі зважування результатів за розміром мережі опитуваного. Ця процедура дозволяє більш точно оцінити довірчі інтервали для невеликих су-

купностей, якими є опитані СІН в окремих містах, та дозволяє робити більш точний аналіз на базі національної вибірки за допомогою вагів, імпортованих з баз даних для окремих міст. Проте розвиток методології багатовимірного аналізу не стояв на меті цього звіту. Існує багато методів аналізу кореляцій та класифікацій ознак, проте ми зупинилися на варіанті логістичної регресії як методу, який дає легкі для інтерпретації результати та широко застосовується у міжнародній практиці¹⁶. Саме ця міжнародна практика рекомендує обрання біноміальної змінної «ВІЛ-статус» як залежної у такому аналізі. Коefіцієнти, отримані в результаті логістичного моделювання, дають можливість оцінити шанси, або ймовірність, знайти респондента з окресленими характеристиками серед тих, хто має позитивний результат тесту на ВІЛ.

¹⁶ Booth R.E., Kwiatkowski C.F., J T. Brewster, Sinitsyna L. and S. Dvoryak.2006.Predictors of HIV sero-status among drug injectors at three Ukraine sites.//AIDS, 20:2217–2223.

ДОДАТОК 1

СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ РЕСПОНДЕНТІВ

Таблиця 1. Розподіл СІН за освітою, шість міст, 2007–2009 рр.,
відсотки

Освіта	2007 (N=1329)	2009 (N= 1653)
Початкова освіта (неповних 9 класів)	6,5	5,3
Базова(неповна) середня освіта (повних 9 класів)	19,8	15,7
Повна загальна середня освіта, незакінчена вища освіта	57,9	61,5
Базова вища освіта(ВНЗ I,II рівнів акрид.,технікум)	12,0	11,5
Повна вища освіта(ВНЗ III,IV рівнів акредитації)	3,8	6,1

Таблиця 2. Розподіл СІН за сімейним станом, шість міст, 2007–2009,
відсотки

Сімейний стан	2007 (N=1329)	2009 (N= 1656)
Одружений/заміжня або живе разом з жінкою/чоловіком	15,3	13,4
Одружений/заміжня, але має ін- шого секс.партнера(ів)	4,4	3,6
Одружений/заміжня, але не живу разом ні з жінкою/чоловіком, ні з іншим сексуальним партнером	6,8	3,5
Офіційно не одружений, але живу разом із секс.партнером	32,3	34,4
Неодружений/незаміжня, не живу разом із сексуальним партнером	41,1	45,0

Таблиця 3. Розподіл СІН за родом діяльності, шість міст, 2007–2009 рр., відсотки

	2007 (N=1329)		2009 (N=1656)	
Учень/ниця школи	1,5	Навчання – 9%	1,1	Навчання – 4,2%
Учень/ниця ПТУ	1,1		0,9	
Студент/ка технікуму	1,8		0,6	
Студент/ка ВНЗ	4,6		1,6	
Маю постійну роботу	21,8	Працюють – 52%	18,5	Працюють – 49,6%
Маю випадкові заробітки	30,2		31,1	
Безробітний/на	29,7	Не працюють і не навчаються – 39%	34,8	Не працюють і не навчаються – 46,2%
Займаюся домашнім господарством	5,5		4,6	
Непрацездатний/на (інвалід)	3,2		5,7	
Інше	0,6		1,1	

ДОДАТОК 2

Таблиця 1. Показник «Кількість респондентів, які вказали, що вони користувались стерильним ін'єкційним інструментарієм під час останньої ін'єкції», вибірка та оціночна частка, довірчі інтервали та показник гомофільії

Місто	Частка у вибірці	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	Гомофільія
Сімферополь	92,9	92,0	87,7–95,9	0,139
Миколаїв	96,8	95,4	91,8–98,5	0,254
Дніпропетровськ	85,9	88,5	81,3–93,1	-0,020
Кривий Ріг	91,6	93,1	89,8–97,2	-0,010
Запоріжжя	88,4	85,5	78,7–91,3	0,241
Сєверодонецьк	94,1	92,1	86,0–96,7	0,233
Київ	98,3	100,0	–	–
Вінниця	96,8	97,2	94,7–99,1	-0,005
Житомир	58,2	60,9	52,9–68,2	0,039
Черкаси	90,4	82,6	74,1–90,6	0,589
Чернігів	93,6	91,8	86,4–96,3	0,288
Червоноград	92,4	92,0	88,4–96,4	0,033
Ужгород	98,0	98,3	95,2– 100	-0,004
Івано-Франківськ	90,8	89,7	85,1–93,7	-0,002
Рівне	94,5	94,4	90,4–97,4	0,000
Тернопіль	79,2	89,4	78,0 – 94,7	-0,016
Чернівці	99,0	98,6	95,6–100	0,268

Таблиця 2. Показник «Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про використання презерватива під час останнього статевого акту», вибіркова та оціночна частка, довірчі інтервали та показник гомофілії

Місто	Частка у вибірці	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	Гомофілія
Сімферополь	64	64,2	57,3–71,5	0,105
Миколаїв	65,5	65,4	58,3–73	0,003
Дніпропетровськ	32,7	24,2	16,5–32,3	0,163??
Кривий Ріг	45,1	51	42,5–60,6	0,049
Запоріжжя	35	38,3	29,8– 47,1	-0,054
Сєверодонецьк	29,5	27	19,3–35,8	0,156
Київ	41	41,6	35,5–48,1	-0,038
Вінниця	41,1	43,4	33,9–52,3	0,248
Житомир	34,9	36,8	27–44,8	0,078
Черкаси	63,5	61,7	54–71,1	0,129
Чернігів	37,4	34,9	25,4–42,4	-0,157
Червоноград	45,8	47,7	38,3–55,2	-0,032
Ужгород	46,8	46,8	31,5–61	0,153
Івано-Франківськ	71,5	71,4	64,8–77,4	-0,016
Рівне	49,3	46,3	38,4–53,7	0,124
Тернопіль	26,8	30,5	10,8–52,6	0,201
Чернівці	59,4	67,8	53,6–78,8	0,033

Таблиця 3. Показник «Кількість споживачів ін'єкційних наркотиків, які протягом останніх 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ та одержали його результати», вибіркова та оціночна частка, довірчі інтервали та показник гомофілії

Місто	Частка у вибірці	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	Гомофілія
Сімферополь	18,7	14,7	9,9–19,7	0,024
Миколаїв	22,8	19,8	14,1–25,8	0,060
Дніпропетровськ	42,6	37,7	29,0–46,5	0,030
Кривий Ріг	8	5,4	2,7–8,8	0,068
Запоріжжя	24,5	21,5	14,1–28,1	0,083
Севєродонецьк	10,3	8,9	5,0–15,2	0,089
Київ	35,4	29,4	23,6–35,9	0,140
Вінниця	27,2	22,4	16,1–29,0	0,129
Житомир	4	1,9	0,60–3,7	-1,0
Черкаси	47,8	40	30,4–51,5	0,500
Чернігів	24,4	22,5	15,2–30,5	0,154
Червоноград	16,9	11,2	7,3–15,6	0,073
Ужгород	24	13,1	3,9–24,2	0,406
Івано-Франківськ	59,6	55,9	47,8–65,2	0,315
Рівне	65,7	62,2	54,7–70,9	0,294
Тернопіль	20,8	14,3	5,8–26,1	0,327
Чернівці	82,2	84,5	73,4–93,4	0,170

Таблиця 4. Показник «Відсоток ВІЛ-інфікованих СІН», вибіркова та оціночна частка, довірчі інтервали та показник гомофілії

Місто	Частка у вибірці	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	Гомофілія
Сімферополь	28,6	23,5	18,1–29,0	0,035
Миколаїв	55,2	56,4	47,9–64,8	0,121
Дніпропетровськ	30,9	22,1	15,4–30,2	0,218
Кривий Ріг	42,2	42,2	31,2–53,1	0,125
Запоріжжя	9,2	10,7	4,8–17,5	0,253
Сєверодонецьк	10,3	6,7	2,4–10,9	0,183
Київ	25,6	22,1	16,6–27,9	0,285
Вінниця	7,2	4,8	2,2–8,1	0,007
Житомир	30,1	25,3	18,0–32,9	0,222
Черкаси	16,9	11,1	6,4–16,8	0,197
Чернігів	31,2	27,2	17,9–37,4	0,251
Червоноград	11,6	7,1	3,3–11,4	0,184
Ужгород	5,0	3,0	0,2–7,3	-1,0
Івано-Франківськ	30,0	29,6	22,0–37,6	0,098
Рівне	22,4	22,4	17,5–32,4	0,069
Тернопіль	7,9	6,2	1,5–13,5	0,035
Чернівці	10,9	6,2	2,5–0,8	-1,0

Таблиця 5, Показник «Кількість споживачів ін'єкційних наркотиків, які відповіли, що знають, де можна пройти тестування на ВІЛ, та протягом останніх 12 місяців безкоштовно отримали презерватив та шприц», вибіркова та оціночна частка, довірчі інтервали та показник гомофілії

Місто	Частка у вибірці	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	Гомофілія
Сімферополь	80,2	79,3	73,1–84,6	-0,001
Миколаїв	32,0	23,4	17,5–31,0	0,304
Дніпропетровськ	51,4	41,5	32–50,1	0,25
Кривий Ріг	45,8	39,1	29,8–48,3	0,351
Запоріжжя	24,7	17,3	10,8–24,1	0,213
Сєверодонецьк	13,0	13,5	8–20,1	0,052
Київ	60,9	50	42,1–57,1	0,339
Вінниця	24,8	16,2	10,7–22,8	0,245
Житомир	4,4	1,5	0,6–2,9	-1
Черкаси	71,5	60	51,1–69,5	0,395
Чернігів	35,2	31,6	23,8–39,7	-0,001
Червоноград	17,3	13,1	8,2–18,9	0,137
Ужгород	36	30,3	19,6–42,4	0,322
Івано-Франківськ	88,4	88	82,5–92,5	0,202
Рівне	68,9	64,1	56,8–71,4	0,146
Тернопіль	30,7	20,7	9,4–33,6	0,37
Чернівці	93,1	94,5	89,2–98,6	-0,011

Таблиця 6. Показник "Відсоток осіб, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають як вона не передається серед споживачів ін'єкційних наркотиків", вибіркова та оціночна частка, довірчі інтервали та показник гомофілії

Місто	Частка у вибірці	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	Гомофілія
Сімферополь	67,5	63,6	56,7–70,1	0,036
Миколаїв	73,2	63,4	55,5–71,2	0,259
Дніпропетровськ	54,6	54,5	45,7–63,3	0,090
Кривий Ріг	26,5	25,3	17,1–34,1	0,168
Запоріжжя	60,2	60,0	52,0–68,0	0,051
Сєверодонецьк	41,5	41,6	33,3–50,2	0,119
Київ	61,7	61,1	54,6–67,7	0,007
Вінниця	41,6	41,9	33–47,9	0,083
Житомир	54,6	56,5	48,1–63,4	-0,038
Черкаси	59,4	54,5	46,1–63,1	0,222
Чернігів	54,8	54,5	44,8–63,1	0,159
Червоноград	74,3	71,1	62,7–79,3	0,315
Ужгород	37,0	33,4	20,3– 46,9	0,231
Івано-Франківськ	83,6	79,6	73,3– 85,8	0,255
Рівне	85,8	84,8	78,0–90,0	0,143
Тернопіль	58,4	64,0	52,8–79,7	0,166
Чернівці	77,2	83,2	71,1–92,2	0,140