

РЕЗЮМЕ АНАЛІТИЧНОГО ЗВІТУ

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



(за результатами біоповедінкового
дослідження 2013 року)

Київ 2014

РЕЗЮМЕ АНАЛІТИЧНОГО ЗВІТУ

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

(за результатами біоповедінкового дослідження 2013 року)

Київ 2014

*Авторський колектив: О.М. Балакірєва, к. соціол. н., Т.В. Бондар, к. соціол. н.,
І.І. Локтева, Я.О. Сазонова, Ю.В. Середа, к. соціол. н.*

ЗМІСТ

Перелік скорочень	3
Методологія дослідження.....	4
Соціальний портрет споживачів ін'єкційних наркотиків	5
Практика вживання наркотиків ін'єкційним шляхом	6
Сексуальна поведінка та ризик інфікування ВІЛ при сексуальних контактах	8
Користування профілактичними послугами	10
Рівень знань щодо ВІЛ	11
Звернення за послугами ДКТ.....	12
Рівень інфікування ВІЛ та іншими соціально небезпечними хворобами.....	13
Чинники, що пов'язані з інфікуванням ВІЛ	16
Чинники, що пов'язані з інфікуванням вірусом гепатиту С	17
Обговорення результатів та обмеження дослідження	18
Рекомендації	19

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини

ДІ – довірчий інтервал

КІТ (добровільне консультування та тестування) – медично-психологічне консультування певної особи з приводу ВІЛ-інфекції/СНІДу та пов'язане з консультуванням медичне тестування цієї особи на наявність антитіл до ВІЛ

ГО – громадські організації

ЗПТ – замісна підтримуюча терапія

СІН – споживачі ін'єкційних наркотиків

RDS (respondent-driven sample) – вибірка, що спрямовується респондентами

СШ – співвідношення шансів

МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

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

Дизайн дослідження: крос-секційне дослідження, що включає індивідуальні інтерв'ю за методикою віч-на-віч та тестування респондентів на ВІЛ та гепатит С швидкими тестами. Рекрутинг респондентів до дослідження відбувався відповідно до методики RDS. Методологія RDS передбачає участь респондентів двох категорій: респонденти-СІН, рекрутинг яких здійснено відповідно до певних характеристик (первинні), та респонденти, рекрутинг яких здійснено самими респондентами-СІН (вторинні). Первинні респонденти були відібрані відповідно до таких критеріїв:

- представники вікової групи до 25 років;
- наявність серед первинних респондентів СІН обох статей;
- вживання різних типів наркотиків: опіоїдні наркотики, наркотики-стимулятори та змішане вживання наркотичних речовин;
- проживання в різних районах міст дослідження;
- серед первинних респондентів мали бути як клієнти, так і неклієнти програм;
- ВІЛ-негативний статус (за свідченням самих СІН).

Вибірка: 9502 респонденти у 29 містах України.

Термін реалізації польового етапу дослідження: травень–жовтень 2013 р.

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.

Аналіз даних. Обробка даних здійснювалася за допомогою статистичних пакетів RDSAT (розрахунки для міст) та SPSS 17 (національні розрахунки). Значущість усіх відмінностей у відсотках між різними групами перевірено за статистичним тестом хі-квадрат. Для визначення чинників інфікування ВІЛ та вірусом гепатиту С побудовано багаторівневі логістичні регресії, що враховують структуру дизайну дослідження: групування СІН у містах опитування.

Табл. 1. Реалізована вибірка сукупність

Місто	Реалізована вибірка	Місто	Реалізована вибірка
Біла Церква	300	Полтава	300
Васильків	150	Рівне	300
Вінниця	250	Севастополь	350
Дніпропетровськ	501	Сімферополь	400
Донецьк	500	Суми	350
Житомир	350	Тернопіль	250
Запоріжжя	30	Ужгород	200
Івано-Франківськ	299	Фастів	150
Київ	499	Харків	350
Кіровоград	250	Херсон	300
Луганськ	300	Хмельницький	300
Луцьк	350	Черкаси	348
Львів	350	Чернівці	250
Миколаїв	501	Чернігів	300
Одеса	400	Всього	9502

СОЦІАЛЬНИЙ ПОРТРЕТ СПОЖИВАЧІВ ІН'ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ

- Популяція СІН у статевому розрізі представлена більшою мірою чоловіками. Порівняно з минулою хвилею опитування спостерігається зменшення частки жінок.
- Середній вік СІН становить 33 роки. Питома частка підлітків-СІН (14–19 років) – 2,5%.
- Більшу частку (28%) складають респонденти, які офіційно не одружені/не заміжні, але живуть разом із сексуальним партнером.
- Кожний п'ятий з опитаних (19,2%) має дітей, з якими проживає разом (серед жінок таких 37%, серед чоловіків – 14%).
- Відсоток СІН, які працюють, становить 69%, проте більшість з них мають лише випадкові заробітки. Частка учнів/студентів залишається на рівні минулого опитування (3%).
- Більшість респондентів (56%) за останні три місяці проживали у власному помешканні, близько третини (31%) – у помешканні родичів/друзів, за яку не сплачували оренду.

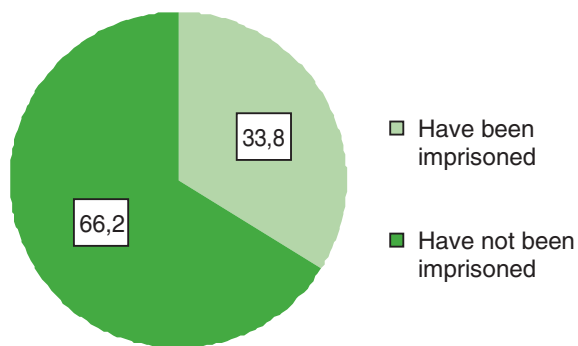


Рис. 1. Розподіл СІН за досвідом перебування у місцях позбавлення волі, % (2013 р.)

Табл. 2. Соціально-демографічні характеристики СІН, % (2013 р.)

Стать	Чоловіча	76,4
	Жіноча	23,6
Вік	14–19 років	2,5
	20–24 роки	10,9
	25–34 роки	44,0
	35 років та старше	42,6
	Середній вік	33,4 року
Освіта	Початкова	3,2
	Базова (неповна) середня	16,9
	Повна загальна середня	5,4
	Базова вища	14,2
	Повна вища	6,3
Сімейний стан	Одружений/заміжня або живу разом з жінкою/чоловіком	14,2
	Одружений/заміжня, але маю іншого сексуального партнера/партнерів	1,6
	Офіційно не одружений/незаміжня, але живу разом із сексуальним партнером	27,5
	Одружений/заміжня, не живу разом ні з жінкою/чоловіком, ні з іншим сексуальним партнером	3,6
	Неодружений/незаміжня, не живу разом із сексуальним партнером	53,0
Наявність дітей	Так, проживають зі мною	19,2
	Так, проживають не зі мною	25,7
	Немає	55,2
Рід діяльності	Учень/иця школи	0,0
	Учень/иця ПТНЗ	0,6
	Студент/ка технікуму	0,6
	Студент/ка ВНЗ	1,4
	Маю постійну роботу	23,0
	Маю випадкові заробітки	46,1

ПРАКТИКА ВЖИВАННЯ НАРКОТИКІВ ІН'ЄКЦІЙНИМ ШЛЯХОМ

- Більшість СІН починають вживання наркотичних речовин із неін'єкційних наркотиків та поступово переходять до ін'єкційного вживання. Середній вік початку вживання наркотичних речовин неін'єкційним шляхом складає 19 років, ін'єкційних наркотиків – 20,4 року.
- Є досвід поступового старіння популяції СІН в Україні: у порівнянні з 2011 роком середній стаж вживання ін'єкційних наркотиків збільшується з 12,5 до 13,6 року. Майже 60% опитаних СІН мають стаж вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, який перевищує 10 років.
- 6% СІН вказали, що вони мали передозування за останні 12 місяців.

Табл. 3. Динаміка наркосцени за основними типами наркотиків, які вживають ін'єкційним шляхом, залежно від статі, віку та стажу вживання наркотичних речовин (2011–2013 рр.), %

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

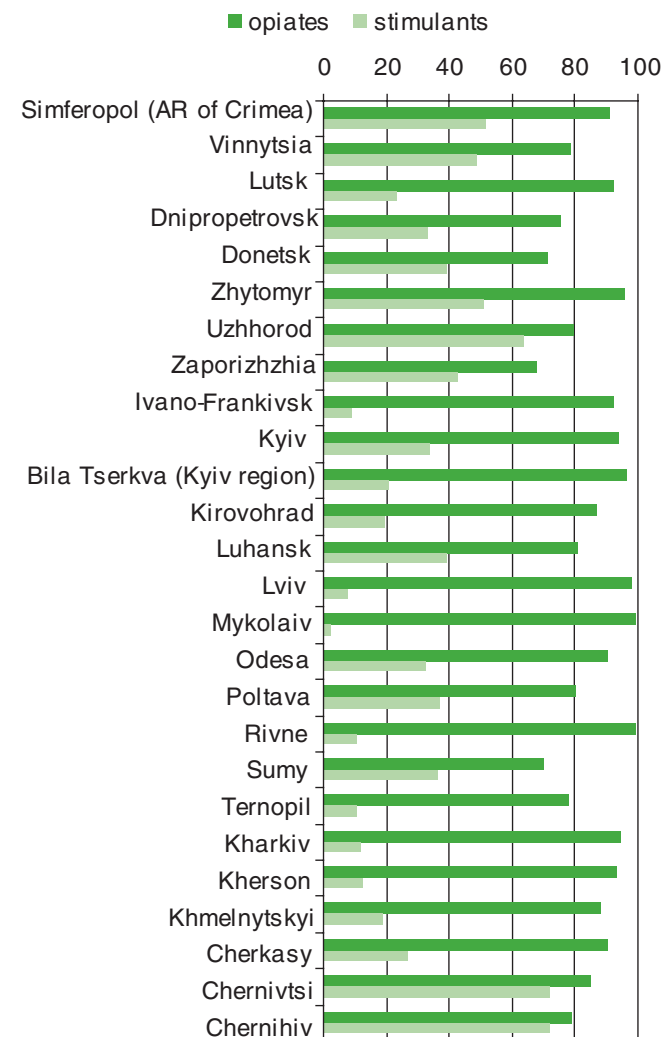


Рис. 2. Споживання опіатів та стимуляторів протягом останніх 30 днів, за містами опитування (2013 р.), %

ПРАКТИКА ВЖИВАННЯ НАРКОТИКІВ ІН'ЄКЦІЙНИМ ШЛЯХОМ

- 97% опитаних СІН повідомили, що використовували стерильні шприц/голку під час останнього вживання наркотиків ін'єкційним шляхом. Тільки 6% повідомили про наявність хоча б одного випадку користування спільним шприцом/голкою за останні 30 днів.
- Високі показники використання стерильних голок/шприців не означає відсутність ризикових практик. Наприклад, доволі поширеною є практика отримання ін'єкції із шприца, який респонденти не бачили як був наповнений (55%). Майже половина СІН (48%) використовували спільне обладнання для приготування/розподілу наркотиків.

81% СІН мали ризик інфікування внаслідок небезпечних щодо ВІЛ практик вживання ін'єкційних наркотиків¹

Табл. 4. Ризикована ін'єкційна поведінка серед СІН у динаміці, 2008/2009–2013 рр., %

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

¹ Наявність досвіду принаймні однієї з таких практик: використання спільного шприца/голки; отримання ін'єкції з уже наповненого шприца; використання шприца, який хтось наповнював своїм вже використаним шприцом; використання шприца, про який невідомо, як він наповнювався; використання спільного посуду для приготування та розподілу наркотичної речовини.

СЕКСУАЛЬНА ПОВЕДІНКА ТА РИЗИК ІНФІКУВАННЯ ВІЛ ПРИ СЕКСУАЛЬНИХ КОНТАКТАХ

- 84% розпочали статеве життя до настання повноліття. Середній вік початку статевих відносин – 15,7 року.
- Переважна більшість опитаних СІН має тільки одного постійного партнера та не схильні до полігамних стосунків. За останні 90 днів:
 - 76% СІН мали статеві контакти з постійними сексуальними партнерами;
 - 34% СІН мали статеві контакти з випадковими партнерами;
 - 5% чоловіків-СІН платили винагороду за сексуальні послуги, а 7% жінок-СІН отримували винагороду за надання послуг.
- Про досвід групового сексу повідомили 2,7% (276 осіб). Серед тих, хто практикував груповий секс, 49,1% відповіли, що використовували нові презервативи при зміні кожного сексуального партнера.
- 0,5% (48 осіб) чоловіків-СІН мали статеві контакти з особами чоловічої статі протягом останнього року.



Рис. 3. Використання презервативів з різними типами партнерів серед СІН під час останнього контакту та регулярно («завжди за останні 90 днів»), % (2013 р.)

СЕКСУАЛЬНА ПОВЕДІНКА ТА РИЗИК ІНФІКУВАННЯ ВІЛ ПРИ СЕКСУАЛЬНИХ КОНТАКТАХ

Табл. 5. Відсоток СІН, які використовували презервативи під час останнього статевого контакту, %, динаміка 2011–2013 рр.

Міста	2011 рік	2013 рік
Сімферополь	60,4	55,0
Вінниця	44,0	67,5
Луцьк	40,7	72,8
Дніпропетровськ	28,4	39,1
Донецьк	40,7	55,8
Житомир	25,1	21,0
Ужгород	20,9	41,2
Запоріжжя	30,9	26,8
Івано-Франківськ	45,5	63,4
Біла Церква	–	48,8
Київ	35,9	61,8
Кіровоград	54,2	52,1
Луганськ	47,8	47,4
Львів	33,5	63,9
Миколаїв	43,8	63,2

Міста	2011 рік	2013 рік
Одеса	43,0	60,7
Полтава	48,7	48,0
Рівне	41,6	43,1
Суми	61,8	69,7
Тернопіль	42,5	45,1
Харків	39,5	40,7
Херсон	43,5	64,0
Хмельницький	39,1	47,1
Черкаси	71,1	49,7
Чернівці	59,0	73,1
Чернігів	35,4	46,5
Фастів *	–*	38,5
Васильків *	–*	77,4
Севастополь *	–*	37,8

* Опитування у 2011 році у таких містах не проводилось

Причини відмови від використання презерватива суттєво відрізняються в залежності від типу партнера.

- У випадку *постійного* партнера це головним чином «свідоме рішення». Ймовірно, відмова від презерватива у таких стосунках є певним показником довіри до партнера.
- Щодо *випадкового* партнера переважає така причина, як відсутність презерватива під рукою.
- Відмова від презерватива під час *надання сексуальних послуг* за винагороду в більшості випадків мотивована побажанням клієнта.
- СІН, які відмовлялися від презерватива, коли самі *платили за секс*, наголошували на тому, що презерватив зменшує чуттєвість.

КОРИСТУВАННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИМИ ПОСЛУГАМИ

- 35,7% є клієнтами громадських організацій. Відсоток клієнтів громадських організацій дещо збільшився у порівнянні з 2011 роком (29,3%).
- 44,6% СІН охоплені профілактичними програмами². Є незначне покращення у порівнянні з 2011 роком (41,8%).
- Протягом останнього місяця самостійно купували презервативи 28,5% серед загалу СІН, а шприци та голки – 70,8%.

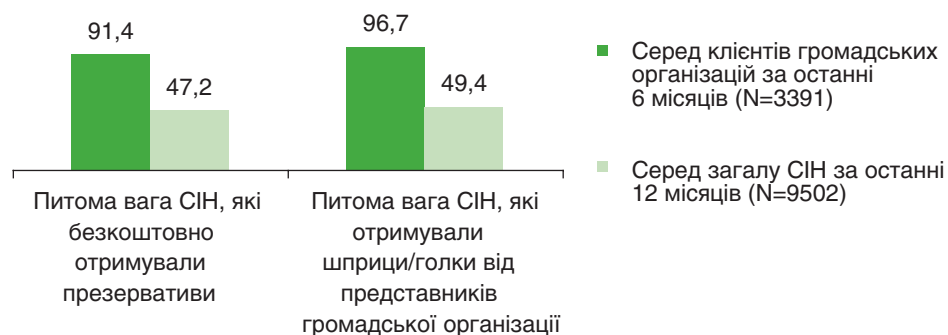


Рис. 4. Практики отримання презервативів та шприців/голок серед загалу СІН та СІН – клієнтів громадських організацій, % (2013 р.)

Найнижчий відсоток охоплених профілактичними програмами зафіксовано серед підлітків-СІН (24%).

Табл. 6. Розподіл СІН за статусом клієнта громадської організації у містах опитування, %

Місто	2011 рік	2013 рік
Сімферополь	45,8	63,8
Вінниця	8,0	13,2
Луцьк	65,3	51,1
Дніпропетровськ	4,7	30,9
Донецьк	27,1	31,0
Житомир	34,9	12,3
Ужгород	5,3	8,5
Запоріжжя	30,5	10,9
Івано-Франківськ	34,8	44,3
Біла Церква	30,3	43,3
Київ	29,9	56,4
Кіровоград	12,8	6,0
Луганськ	11,0	10,7
Львів	4,4	16,9
Миколаїв	17,9	19,6

Місто	2011 рік	2013 рік
Одеса	18,6	64,3
Полтава	25,9	46,7
Рівне	5,3	28,0
Суми	69,9	46,3
Тернопіль	28,9	28,0
Харків	6,9	24,3
Херсон	33,3	18,7
Хмельницький	18,9	38,3
Черкаси	72,4	26,6
Чернівці	62,1	96,4
Чернігів	26,3	68,3
Фастів *	–	20,0
Васильків *	–	62,0
Севастополь *	–	38,9

* Опитування у 2011 році у таких містах не проводилось

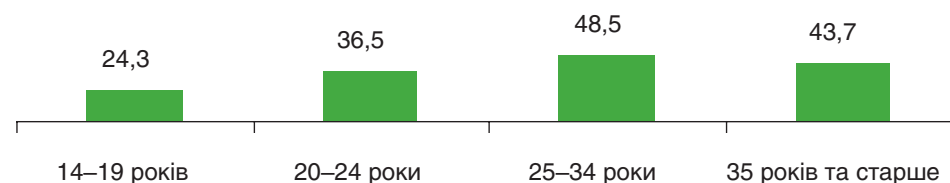


Рис. 5. Питома вага СІН, охоплених профілактичними програмами за віком, %

² Показник розрахований за системою Національних показників – «Відсоток СІН, які охоплені профілактичними послугами» (Див. методичні рекомендації з проведення досліджень для моніторингу відповіді країни на епідемію ВІЛ-інфекції / [Балакірева О.М., Варбан М.Ю., Довбах Г.В. та ін.]; МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». – К., 2008. – 96 с.).

РІВЕНЬ ЗНАНЬ ЩОДО ВІЛ

61% СІН правильно визначають шляхи передачі ВІЛ.

- Правильність відповідей щодо шляхів передачі ВІЛ практично не пов'язана зі статтю, але залежить від віку. Зокрема, у віці 14–19 років правильно визначили шляхи передачі ВІЛ 43% СІН, у віці 20–24 років – 55,1%, у віці 25–34 років – 64,5%, у віці старше 35 років – 60,2%.

Табл. 7. Питома вага СІН, які правильно визначають шляхи передачі ВІЛ, %

Міста	2011 рік	2013 рік	Міста	2011 рік	2013 рік
Сімферополь	65,0	48,9	Одеса	42,7	57,0
Вінниця	74,1	80,0	Полтава	84,5	32,3
Луцьк	71,2	83,7	Рівне	85,4	76,3
Дніпропетровськ	76,8	53,7	Суми	77,2	61,7
Донецьк	70,8	62,0	Тернопіль	55,6	74,4
Житомир	50,0	49,7	Харків	52,2	80,9
Ужгород	54,0	36,5	Херсон	74,8	71,3
Запоріжжя	49,1	57,1	Хмельницький	58,7	78,7
Івано-Франківськ	67,8	63,7	Черкаси	85,9	62,9
Біла Церква	59,1	52,7	Чернівці	82,9	89,2
Київ	53,0	73,8	Чернігів	48,9	70,7
Кіровоград	60,5	66,4	Фастів *	–	30,7
Луганськ	65,3	40,7	Васильків *	–	46,0
Львів	30,2	30,9	Севастополь *	–	64,3
Миколаїв	59,4	59,0			

* Опитування у 2011 році у даних містах не проводилось

ЗВЕРНЕННЯ ЗА ПОСЛУГАМИ ДКТ

- 91,6% СІН заявили, що знають, де можна пройти тест на ВІЛ, а 94,2% СІН вважають тестування на ВІЛ доступним для себе.

Табл. 8. Досвід тестування на наявність ВІЛ, % (2013 р.)

Серед усіх		73,5
Стать	Чоловіки	72,2
	Жінки	77,4
	<i>p</i>	<0,001
Вік	14–19 років	37,6
	20–24 роки	59,3
	25–34 роки	76,7
	35 років та старше	75,8
	<i>p</i>	<0,001
Стаж вживання наркотиків ін'єкційним шляхом	До 2-х років	45,6
	3–5 років	58,7
	6–10 років	72,3
	11 років та більше	80,7
	<i>p</i>	<0,001
Наявність статусу клієнта ГО	Так	91,7
	Ні	63,3
	<i>p</i>	<0,001

- Респондентів, які ніколи не проходили тест на ВІЛ, попросили зазначити причини того, чому вони не пройшли тестування. Серед усіх опитаних 44,5% СІН вказали, що вони не мають бажання проходити тестування, ще 27,5% зазначили, що їхня сексуальна поведінка була безпечною, 25,4% – що їхня ін'єкційна поведінка була безпечною.

42,8% серед загалу опитаних СІН протягом останніх 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ та одержали його результат (у 2011 році – 35,7%):

- 41,6% серед чоловіків**
- 46,8% серед жінок**

Табл. 9. Питома вага СІН, які протягом останніх 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ та одержали його результат, %

Міста	2011 рік	2013 рік
Сімферополь	26,9	18,7
Вінниця	58,8	69,7
Луцьк	52,5	33,9
Дніпропетровськ	16,5	34,7
Донецьк	36,3	24,3
Житомир	26,3	45,4
Ужгород	11,6	25,5
Запоріжжя	26,6	15,3
Івано-Франківськ	66,1	49,8
Біла Церква	29,4	34,7
Київ	32,5	62,3
Кіровоград	24,0	37,8
Луганськ	62,3	31
Львів	8,7	42
Миколаїв	43,1	39

Міста	2011 рік	2013 рік
Одеса	26,4	51,4
Полтава	44,8	33
Рівне	10,8	43,4
Суми	69,9	18,6
Тернопіль	38,9	18,6
Харків	16,0	51,5
Херсон	38,4	36,6
Хмельницький	42,0	42,7
Черкаси	86,6	36,9
Чернівці	67,5	67,1
Чернігів	26,4	64,5
Фастів *	—*	24,7
Васильків *	—*	28
Севастополь *	—*	21,5

* Опитування у 2011 році у даних містах не проводилось

РІВЕНЬ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ ТА ІНШИМ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИМИ ХВОРОБАМИ

- 15% СІН повідомили, що хворіли на гепатит В впродовж життя або хворіють на час опитування, а ще 7% не знали, чи мали таку хворобу.
- 28% СІН повідомили, що хворіли на гепатит С впродовж життя, а 10% вагалися, чи мали таке захворювання.
- 12% СІН хворіли раніше або на час опитування туберкульозом.



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

Рис. 6. Динаміка захворюваності СІН на туберкульоз за самодекларацією серед загалу опитаних, % (2011–2013 рр.)*

Табл. 10. Питома вага СІН, які хворіли або хворіють на гепатит С та туберкульоз за самодекларацією, % (2013 р.)

Міста	Гепатит В	Гепатит С	Туберкульоз	Міста	Гепатит В	Гепатит С	Туберкульоз
Сімферополь	18,7	8,8	22,3	Одеса	4,9	16,7	8,0
Вінниця	21,6	40,2	7,9	Полтава	9,3	21,8	12,9
Луцьк	12,1	23,5	7,8	Рівне	4,1	20,7	4,0
Дніпропетровськ	19,9	23,1	29,3	Суми	4,3	32,5	24,0
Донецьк	26,5	18,6	8,8	Тернопіль	18,4	25,3	14,6
Житомир	5,0	21,8	5,2	Харків	26,5	34,9	20,8
Ужгород	0,9	15,7	1,0	Херсон	14,6	20,	11,8
Запоріжжя	6,9	10,9	6,2	Хмельницький	9,5	26,8	11,5
Івано-Франківськ	18,6	17,3	8,7	Черкаси	4,1	39,6	3,0
Біла Церква	30,1	60,1	8,7	Чернівці	5,5	49,1	12,4
Київ	7,8	9,1	6,1	Чернігів	10,9	21,7	8,2
Кіровоград	7,7	30,4	1,3	Фастів	6,8	43,2	3,7
Луганськ	12,0	14,4	9,8	Васильків	9,3	18,2	15,4
Львів	23,5	29,4	16,8	Севастополь	24,3	32,0	6,8
Миколаїв	19,1	48,5	18,1				

РІВЕНЬ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ ТА ІНШИМИ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИМИ ХВОРОБАМИ

За результатами зв'язаного дослідження³, у 2013 р. поширеність ВІЛ-інфекції серед СІН становить **19,7%**.

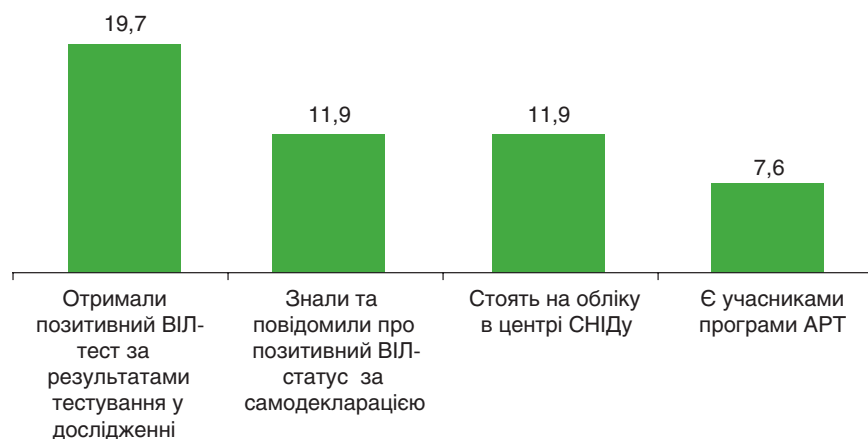


Рис. 7. Поширеність ВІЛ та охоплення центрами СНІДу, %

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

Табл. 11. Поширеність ВІЛ-інфекції серед СІН за містами опитування, % (2008–2013 р.)

Місто	2008/2009	2011	2013
Сімферополь	23,5	22,6	22,5
Вінниця	4,	13	12,7
Луцьк	26,7	18	20,3
Дніпропетровськ	22,1	33,4	31,2
Донецьк	33,2	20,9	26,5
Житомир	25,3	19	18,9
Ужгород	3	1,3	1,8
Запоріжжя	10,7	5,8	2,2
Івано-Франківськ	29,6	16,9	17
Київ	22,1	25,8	14,9
Кіровоград	13,2	9	9,2
Луганськ	6,7	2,4	3,2
Львів	2	27,6	23,5
Миколаїв	56,4	40,2	31,8
Одеса	36,8	32	30,2

Місто	2008/2009	2011	2013
Полтава	23,7	22,8	2,6
Рівне	22,4	9,2	19,8
Суми	9,3	4,2	5,1
Тернопіль	6,2	17,2	18
Харків	10,6	8,4	10,3
Херсон	26,7	28,4	22,6
Хмельницький	26,8	33,7	28,2
Черкаси	11,1	26,2	19,8
Чернівці	6,2	3,	2,2
Чернігів	27,2	33,1	18,6
Біла Церква	–	27,7	19,7
Васильків	–	–	5,7
Севастополь	–	–	16,3
Фастів	–	–	21,7

³ Зв'язане дослідження – це поєднання опитування представників груп ризику з їх тестуванням, що дозволяє підтвердити статус, який декларується респондентом, отримати інформацію у разі незнання респондентом його статусу або відмови респондента називати результати попередніх тестувань та більш детально проаналізувати чинники інфікування.

РІВЕНЬ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ ТА ІНШИМИ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИМИ ХВОРОБАМИ

За результатами зв'язаного дослідження⁴, у 2013 р. поширеність гепатиту С серед СІН становить **54,9%**.

- Серед загалу СІН, які до тестування повідомили про наявність гепатиту С, 86,3% підтвердили свій діагноз.
- Принаймні 31% від загалу опитаних СІН або 56,6% від загалу інфікованих на гепатит С за результатами тестування вперше дізналися про свій результат тестування (нові випадки інфікування). Така оцінка є приблизною, оскільки ми не маємо інформацію про осіб, які знали про інфікування вірусом гепатиту С, проте вирішили не повідомляти про це або зазначили статус, що не відповідає реальному.

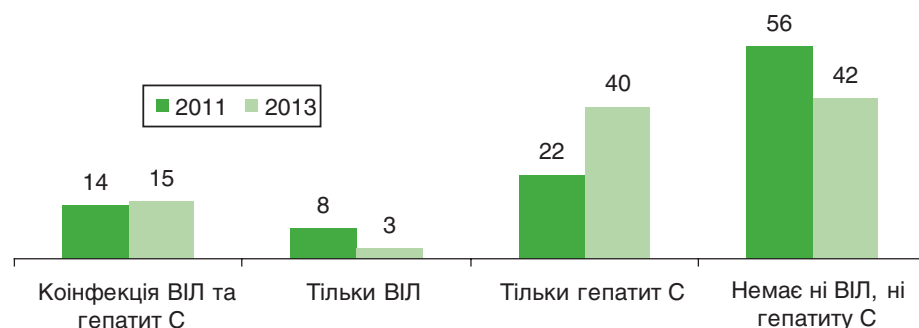


Рис. 8. Перетини груп СІН, інфікованих ВІЛ та вірусом гепатиту С серед загалу СІН, динаміка впродовж 2011–2013 рр., %

Табл. 12. Поширеність гепатиту С серед СІН за містами опитування, % (2011–2013 р.)

Місто	2011	2013
Сімферополь	27,8	62,5
Вінниця	50,3	83,1
Луцьк	24,6	26,6
Дніпропетровськ	45,6	65,5
Донецьк	43,7	55,2
Житомир	33,6	26,1
Ужгород	2,8	30,9
Запоріжжя	53,1	57,7
Івано-Франківськ	39,4	59,8
Київ	58,6	77,7
Кіровоград	6,8	52,7
Луганськ	38,1	63,8
Львів	37,3	58,1
Миколаїв	34,9	65,8
Одеса	47,5	63,3

Місто	2011	2013
Полтава	7,1	48,2
Рівне	2,7	46,0
Суми	37,2	41,7
Тернопіль	32,7	64,3
Харків	4,7	23,7
Херсон	51,4	52,5
Хмельницький	32,2	36,6
Черкаси	45,4	53,4
Чернівці	20,6	48,4
Чернігів	67,7	70,9
Біла Церква	46,4	59,0
Васильків	–	66,
Севастополь	–	47,7
Фастів	–	55,5

ЧИННИКИ, ЩО ПОВ'ЯЗАНІ З ІНФІКУВАННЯМ ВІЛ

За результатами багаторівневого логістичного регресійного аналізу статистично значущими чинниками наявності ВІЛ є жіноча стать, більший вік та стаж вживання наркотиків, наявність сексуального ризику (непостійне використання презерватива), наявність таких ін'єкційних ризиків, як отримання/купівля ін'єкції в уже наповненому шприці та використання шприца, який особисто або хтось інший наповнював(ли) наркотиком із вже використаного шприца, а також наявність досвіду перебування в місцях позбавлення волі.

- Шанси чоловіків отримати позитивний результат тесту на ВІЛ на 44% менші у порівнянні з жінками, якщо контролювати за ризиковими практиками та стажем вживання наркотиків.
- 14–19-річні та 20–24-річні СІН не відрізняються у шансах отримати позитивний результат тесту на ВІЛ, проте шанси 25–34-річних СІН на інфікування ВІЛ у 2,69 раза вищі за шанси 20–24-річних (95% ДІ [1,99; 3,64]), враховуючи інші чинники. Якщо порівнювати 35-річних та старших з 20–24-річними, СШ щодо ВІЛ зростає до 3,84 з 95% ДІ [2,83; 5,22].
- Якщо порівнювати СІН з нетривалим стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (до 2-х років) та тих, що мають більш тривалий стаж вживання, останні мають майже втричі більші шанси отримання позитивного тесту на ВІЛ, контролюючи за рештою змінних (СШ 2,80 з 95% ДІ [1,77; 4,43]).
- Шанси мати позитивний результат тесту на ВІЛ у 1,23 раза вищі серед СІН, які отримували/купували ін'єкцію в уже наповненому шприці, не знаючи, як цей шприц наповнювався, або використовували шприц, наповнений особисто або кимось іншим із вже використаного шприца, у порівнянні з СІН, які не мали таких практик.
- Непостійне використання презервативів при сексуальних контактах з регулярними, випадковими або комерційними партнерами протягом останніх 90 днів підвищує шанси мати позитивний результат тесту на ВІЛ на 17%, якщо порівнювати СІН, які мали таку практику та решту СІН, контролюючи за іншими чинниками.
- СІН, які відбували покарання у місцях позбавлення волі, у середньому мають вдвічі (СШ 1,96 з 95% довірчим інтервалом [1,52; 2,52]) більші шанси отримати позитивний результат тесту на ВІЛ у порівнянні з СІН, які не мали такого досвіду, враховуючи ефекти статі, віку, стажу та ризикових практик.

Регіональні відмінності

- В 11 містах використання спільного обладнання як чинник ризику взагалі не має статистичної значущості, у двох містах (Львів та Хмельницький) є чинником ризику, а у 16 містах СІН з такою практикою мали менші шанси наявності ВІЛ. Вочевидь, це наслідок різних практик приготування наркотику по окремих містах.
- У Луганську, Луцьку, Полтаві, Харкові та Чернівцях досвід ув'язнення не має зв'язку з ВІЛ-інфекцією, якщо контролювати за іншими чинниками. В інших містах СШ варіюється від 1,40 у Севастополі (з 95% ДІ [1,09; 1,80]) до 7,16 у Львові (з 95% ДІ [5,57; 9,20]). Цей чинник є більш вагомим у Рівному, Кіровограді, Черкасах, Донецьку, Одесі, Білій Церкві та Івано-Франківську, де СІН з досвідом позбавлення волі мають у 3–5 разів вищі шанси отримати позитивний результат тесту на ВІЛ.

ЧИННИКИ, ЩО ПОВ'ЯЗАНІ З ІНФІКУВАННЯМ ВІРУСОМ ГЕПАТИТУ С

За результатами багаторівневого логістичного регресійного аналізу статистично значущими чинниками наявності гепатиту С є жіноча стать, більший вік та стаж вживання наркотиків, наявність сексуального ризику (непостійне використання презерватива), наявність такого ризику, як використання спільного обладнання або матеріалів для розподілу або приготування наркотичної речовини, а також наявність досвіду перебування в місцях позбавлення волі.

- Шанси чоловіків отримати позитивний результат тесту на гепатит С на 26% менші у порівнянні з жінками, якщо контролювати за ризиковими практиками та стажем вживання наркотиків.
- 14–19-річні та 20–24-річні СІН не відрізняються у шансах отримати позитивний результат тесту на гепатит С; шанси 25–34-річних СІН, а також 35-річних та старших на інфікування вірусом гепатиту С удвічі вищі за шанси 20–24-річних, враховуючи інші чинники.
- У середньому по країні СІН з нетривалим стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (до 2-х років) мають майже втричі менші шанси позитивного тесту на гепатит С у порівнянні з СІН з більш тривалим стажем.
- Практика використання спільного обладнання або матеріалів для розподілу або приготування наркотичної речовини є чинником ризику щодо гепатиту С. СШ для цього чинника становить 1,16 з 95% ДІ [1,05; 1,29]: особи, які використовували спільне обладнання або матеріали для розподілу чи приготування наркотика, мають більші шанси на інфікування вірусом гепатиту С.
- Непостійне використання презервативів при сексуальних контактах з регулярними, випадковими або комерційними партнерами протягом

останніх 90 днів підвищує шанси мати гепатит С на 11%, якщо порівнювати СІН, які мали таку практику, та інших СІН, враховуючи решту чинників.

- СІН, які відбували покарання у місцях позбавлення волі у середньому мають понад вдвічі (СШ 2,37 з 95% ДІ [2,00; 2,80]) більші шанси отримати позитивний результат тесту на ВІЛ у порівнянні з СІН, які не мали такого досвіду, враховуючи ефекти статі, віку, стажу та ризикових практик.

Регіональні відмінності

- СШ щодо стажу вживання наркотиків ін'єкційним шляхом варіюється від 1,48 у Львові (95% ДІ [1,03; 2,12]) до 6,58 у Донецьку (95% ДІ [4,59; 9,44]). Відмінності у шансах наявності гепатиту С відносно стажу вживання наркотиків є доволі критичними у Чернівцях, Полтаві, Запоріжжі та Дніпропетровську, де СШ перевищує 4,00. У Рівному, Кіровограді, Луганську та Києві зв'язок між стажем та шансами мати гепатит С не спостерігається, якщо контролювати за рештою чинників.
- СШ для чинника «досвід перебування у місцях позбавлення волі» варіюється від 1,49 у Києві (з 95% ДІ [1,26; 1,77]) до 4,26 у Сумах (з 95% ДІ [3,60; 5,03]). Серед міст, де СШ інфікування гепатитом С у контексті досвіду відбування покарання у місцях позбавлення волі перевищує 3,00, – Донецьк, Полтава, Чернівці, Черкаси, Львів та Суми.

ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Обговорення результатів

- Зважаючи на високий рівень охоплення центрами СНІДу, включаючи АРТ, та досить високий рівень знань щодо ВІЛ, наразі проблема полягає не стільки у недоступності профілактичних послуг чи низькій поінформованості про інфекцію, скільки у слабкій мотивації до збереження власного здоров'я: поширеності ризикових практик і відсутності культури систематичного тестування серед СІН.
- Повідомлення про захворювання з опитувань СІН не стільки відображають реальний рівень інфікування, скільки є його мінімальною оцінкою, а також, у порівнянні з даними тестувань, можуть свідчити про рівень поінформованості щодо діагнозу та поширеності поведінки, спрямованої на пошук і отримання медичної допомоги. Так, результати тестування виявили вдвічі вищий рівень інфікування вірусом гепатиту С, якщо порівнювати результати зв'язаного дослідження та самодекларації.
- Щодо оцінки рівня знань стосовно ВІЛ слід розуміти, що цей показник безпосередньо пов'язаний з охопленням профілактичними програмами. Так, міста, у яких менше половини СІН правильно визначали шляхи передачі та профілактики ВІЛ (наприклад, Ужгород, Полтава, Луганськ) – це міста, де відносно мала частка опитаних була клієнтами ГО чи користувалася послугами таких організацій.

Обмеження дослідження

- Крос-секційний дизайн дослідження дозволяє оцінити основні поведінкові показники серед СІН на конкретний період часу, але обмежує дослідників у виявленні факторів та причинно-наслідкового зв'язку. Всі дані щодо наявності ризикованої або безпечної щодо ВІЛ поведінки отримані шляхом самодекларації СІН під час опитування, що може зумовлювати отримання соціально очікуваних відповідей від респондентів. Зважаючи на це, дані щодо використання стерильного інструментарію та презерватива можуть бути дещо завищеними.
- Розмір реалізованих вибірок у містах опитування не є достатнім для впевненості в репрезентативності даних на регіональному рівні. Зважаючи на це, про репрезентативність отриманих результатів можна стверджувати лише щодо даних національного рівня. Регіональні дані не можна вважати репрезентативними, але вони можуть трактуватися як описові та такі, що характеризують моделі поведінки та інші показники для певної частки СІН в тому чи іншому місті опитування.

РЕКОМЕНДАЦІЇ

1) Акцент на роботі з підлітками та молоддю

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

2) Посилення профілактичних втручань серед СІН в установах пенітенціарної системи

За умов відсутності програм обміну шприців та ЗПТ в установах пенітенціарної системи важливо регулярно забезпечувати ув'язнених дезінфектантами для стерилізації ін'єкційного інструментарію. Дезінфектанти мають бути легко доступні для ув'язнених в різних місцях колоній/СІЗО разом з інформаційно-освітніми матеріалами щодо їх використання.

3) Урахування гендерного аспекту в профілактичних втручаннях серед СІН

Жінки-СІН частіше потребують специфічних профілактичних програм, які будуть містити поряд із традиційними методами роботи елемент психологічної допомоги та мотивації на ініціювання використання презерватива та стерильного ін'єкційного інструментарію, особливо з постійним сексуальним партнером.

4) Посилення профілактики, діагностики і лікування вірусних гепатитів і туберкульозу

Дуже важливим є поширення безкоштовного тестування на гепатит С та туберкульоз серед СІН, розробка профілактичних програм, які підвищують рівень знань щодо вірусних гепатитів та туберкульозу як серед самих

СІН, так і надавачів послуг, пошук шляхів забезпечення безкоштовного лікування таких захворювань для найбільш уразливих СІН (підлітків, ув'язнених тощо).

5) Удосконалення наявних програм обміну шприців за рахунок їх поширення шприців з малою «мертвою зоною» (LDSS)

Кількість крові, що залишається у LDSS після натискання поршня та промивки шприца, практично у 100 разів менше, ніж у звичайному шприці. Це зменшує ризик передачі ВІЛ/гепатиту С у випадку спільного використання шприців.

6) Поширення програм обміну досвідом та систематичного підвищення кваліфікації серед безпосередніх надавачів послуг для СІН

Зважаючи, що громадські організації, які надають послуги СІН, є фактично ключовим джерелом поширення знань про ВІЛ/гепатит С, персонал таких організацій повинен мати доступ до навчання щодо актуальних методик кейс-менеджменту, успішних практик мотивування до зменшення ризикової поведінки та проходження тестування.

7) Удосконалення системи моніторингу поведінки та поширення ВІЛ/гепатиту С за рахунок аналізу нових випадків інфікування додатково до поширеності

Доцільно розширити біологічний компонент дослідження з метою проведення спеціальних процедур для оцінки нових випадків інфікування ВІЛ, розрізнення гострих і хронічних гепатитів. У цьому контексті актуальною є методика дослідження генетичного матеріалу вірусу на основі сухої краплі крові (СКК). Витрати на збирання СКК є меншими, ніж цільної крові, при цьому фактичні витрати на процес тестування в лабораторії залишаються незмінними.