

ДЕРЖАВНИЙ ІНСТИТУТ
ПРОБЛЕМ СІМ'Ї ТА МОЛОДІ

УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ
СОЦІАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ



АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ

МОНІТОРИНГ ПОВЕДІНКИ СПОЖИВАЧІВ ІН'ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ
ЯК КОМПОНЕНТ ЕПІДНАГЛЯДУ ДРУГОГО ПОКОЛІННЯ



Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні

ДЕРЖАВНИЙ ІНСТИТУТ
ПРОБЛЕМ СІМ'Ї ТА МОЛОДІ

УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ
СОЦІАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ

МОНІТОРИНГ ПОВЕДІНКИ СПОЖИВАЧІВ ІН'ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ ЯК КОМПОНЕНТ ЕПІДНАГЛЯДУ ДРУГОГО ПОКОЛІННЯ

Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епіднадзора другого покоління / Артюх О.Р., Балакірева О.М., Бочкова Л.В., Галич Ю.П., Галустян Ю.М., Дікова-Фаворська Д.М., Злобіна О.Г., Левчук Н.М., Лютий В.П., Марциновська В.А., Микитюк Т.П., Морозов В.Ф., Петровський О.М., Шамота Т.С., Яременко О.О. - Київ: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2005. - 68 с.

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

вул. Димитрова, 5, корпус 10А, 03680, Київ, Україна

Тел.: (+380 44) 490 5485 (6, 7, 8)

Факс: (+380 44) 490 5489

E-mail: office@aidsalliance.org.ua

<http://www.aidsalliance.org.ua>

Наклад – 2 000 пр.

Розповсюджується безкоштовно

Обкладинка: фото Гідеона Менделя для Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД, 2004

За підтримки:

Investing in our future



The Global Fund

To Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria

Дослідження здійснено за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», підтриманої Глобальним Фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією в рамках грантової угоди UKR-102-G04-H-00 від 15 березня 2004 року.

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

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

МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» та колектив авторів висловлює щиру подяку членам Експертної групи з соціальних досліджень, створеної за підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» та за координації ЮНЕЙДС за експертну роботу та активну участь у обговоренні та узгодженні методичних рекомендацій із проведення дослідження, розробці інструментарію та обговоренні основних висновків аналітичного звіту. Дана серія досліджень із моніторингу поведінки та відповіді на епідемію стала можливою завдяки спільній методичній роботі спеціалістів із провідних дослідницьких та міжнародних організацій, центральних органів виконавчої влади:

Лідія Андрущак,	ЮНЕЙДС
Ольга Балакірева,	Український Інститут соціальних досліджень
Лариса Бочкова,	Український Центр профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІД
Марина Варбан,	Аналітичний центр «Социс»
Олексій Ганюков,	«Статінформконсалтинг»
Ганна Довбах,	МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»
Ірина Демченко,	Аналітичний центр «Социс»
Олег Єресько,	Міністерство освіти та науки України
Наталія Кожан,	Державний департамент з питань виконання покарань
Юрій Круглов,	Український Центр профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІД
Олена Лисенко,	Центр соціальних експертиз та прогнозів при Інституті соціології
Тетяна Петренко,	Київський міжнародний інститут соціології
Наталя Погоріла,	ЦСПД-Социс
Юрій Саєнко,	Центр соціальних експертиз та прогнозів при Інституті соціології НАН України
Олег Семерик,	проект ПОЛІСІ
Павло Смирнов,	МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»
Наталія Харченко,	Київський міжнародний інститут соціології
Микола Чурилов,	TNS Україна

ЗМІСТ

ВСТУП	7
СТИСЛИЙ ВИКЛАД	9
РОЗДІЛ 1. ХАРАКТЕРИСТИКИ ЦІЛЬОВОЇ ГРУПИ ДОСЛІДЖЕННЯ	14
1.1. Канали рекрутування та оцінка можливостей поширення отриманих результатів на національний рівень	14
1.2. Соціально-демографічні характеристики опитаних	14
1.3. Структура СІН за особливостями поведінки	16
РОЗДІЛ 2. РІВЕНЬ ПОІНФОРМОВАНOSTІ ПРО ВІЛ/СНІД, ШЛЯХИ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ІНФІКУВАННЯ	17
2.1. Обізнаність цільової групи щодо проблеми ВІЛ/СНІД	17
2.2. Обізнаність щодо шляхів передачі ВІЛ-інфекції та шляхів попередження	19
2.3. Аналіз факторів, що впливають на підвищення рівня поінформованості з проблем	22
РОЗДІЛ 3. СТАВЛЕННЯ ДО ПРОБЛЕМИ ВІЛ/СНІД	25
3.1. Оцінка ризику інфікування ВІЛ та заходи попередження інфікування представниками цільової групи	25
3.2. Рівень толерантності СІН щодо ЛЖВС	27
РОЗДІЛ 4. РІВЕНЬ ОХОПЛЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИМИ ПРОГРАМАМИ ЦІЛЬОВОЇ ГРУПИ	28
4.1. Рівень поінформованості щодо існування програм профілактики, які проводяться як урядовими, так і неурядовими організаціями	28
4.2. Охоплення СІН програмами профілактики	28
4.3. Спектр послуг	28
4.4. Оцінка впливу програм профілактики на рівень знань, сформованих уявлень та поведінку представників цільових груп	29
РОЗДІЛ 5. ДОБРОВІЛЬНЕ ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ ТА КОНСУЛЬТУВАННЯ СІН	31
РОЗДІЛ 6. ПРАКТИКА ВЖИВАННЯ НАРКОТИКІВ ІН'ЕКЦІЙНИМ ШЛЯХОМ	32
6.1. Початок, чинники та місця вживання	32
6.2. Види наркотичних речовин та рівень їх поширення серед СІН	34
6.3. Придбання наркотиків: основні канали та оцінка ступеня ризику інфікування ВІЛ	35
6.4. Виготовлення наркотику: існуюча практика та ризик інфікування ВІЛ	35
6.5. Розподіл наркотику	35
6.6. Динаміка змін щодо спільного використання шприців	36
6.7. Доступність нових (одноразових) шприців	39
6.8. Практика утилізації шприців	43

РОЗДІЛ 7. ДОТРИМАННЯ ЗАХОДІВ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПЕРЕДАЧІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ПІД ЧАС СЕКСУАЛЬНИХ КОНТАКТІВ	.44
7.1. Рівень сексуальної активності СІН	.44
7.2. Практика використання презервативів під час гетеросексуальних контактів та оцінка ризику інфікування ІПСШ та ВІЛ	.45
7.3. Причини відмови від презервативів	.47
7.4. Практика придбання презервативів	.47
7.5. Гомосексуальні контакти серед чоловіків — СІН	.48
РОЗДІЛ 8. САМОПОЧУТТЯ СІН, РІВЕНЬ ОБІЗНАНОСТІ ТА КОРИСТУВАННЯ ПОСЛУГАМИ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ	.49
8.1. Особистісний потенціал СІН	.49
8.2. Фізичне здоров'я та фізична активність СІН	.50
8.3. Досвід звернення СІН до установ та організацій, які надають медичні послуги, і вартість цих послуг	.52
РОЗДІЛ 9. ОСНОВНІ ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА РІВЕНЬ ЗНАНЬ, ФОРМУВАННЯ СТАВЛЕННЯ ТА ПОВЕДІНКОВІ ПРАКТИКИ СІН	.54
9.1. Суб'єктивна оцінка ризику ВІЛ-інфікування	.54
9.2. Рівень знань цільової групи щодо ВІЛ/СНІД	.55
9.3. Чинники впливу на поведінкові практики СІН	.56
ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ	.58
Стратегічні рекомендації щодо розвитку програм інформування, профілактики, лікування та догляду серед СІН	.61

Авторський колектив

Артюх О. Р.	Державний інститут проблем сім'ї та молоді
Балакірева О. М.	канд. соціол. наук, науковий керівник проекту, Державний інститут проблем сім'ї та молоді
Бочкова Л. В.	зав. відділенням профілактики і моніторингу Українського центру профілактики і боротьби зі СНІД МОЗ України
Галич Ю. П.	Київська клінічна наркологічна лікарня «Соціотерапія»
Галустьян Ю. М.	канд. соціол. наук, Державний інститут проблем сім'ї та молоді
Дікова-Фаворська Д. М.	Державний інститут проблем сім'ї та молоді
Злобіна О. Г.	канд. філос. наук, ст. науковий співробітник відділу соціальної психології Інституту соціології НАН України
Левчук Н. М.	канд. екон. наук, провідний науковий співробітник Інституту демографії та соціальних досліджень НАН України
Лютій В. П.	Академія праці та соціальних відносин Федерації профспілок України
Марциновська В. А.	епідеміолог, Український центр профілактики та боротьби зі СНІД
Микитюк Т. П.	Український інститут соціальних досліджень
Морозов В. Ф.	завідувач відділення організаційно-методичної, профілактичної роботи та епідмоніторингу Київської міської лікарні № 5
Петровський О. М.	епідеміолог, Голосіївський районний ЦССМ в м. Києві
Шамота Т. С.	Державний інститут проблем сім'ї та молоді
Яременко О. О.	канд. екон. наук, Державний інститут проблем сім'ї та молоді

ВСТУП

Статистичні дані Українського центру профілактики і боротьби зі СНІД свідчать про те, що основним шляхом передачі ВІА-інфекції в Україні залишається ін'єкційне введення наркотиків і 2/3 від загального числа нових випадків інфікування ВІА в Україні складають СІН. На 1 вересня 2004 року в Україні офіційно зареєстровано 70 283 ВІА-інфікованих громадян України, з них 44 099 осіб (62,7%) — внутрішньовенні наркомани.

На жаль, дані офіційної статистики не відображають реальну ситуацію щодо розповсюдження ВІА серед ін'єкційних наркоманів. Серопозитивні наркомани, які здали кров на тестування ВІА, частіше не приходять за результатами аналізу, не з'являються на прийом лікаря, не здають кров для підтвердження первинного позитивного результату та, як наслідок, не потрапляють до офіційного реєстру ВІА-інфікованих/хворих на СНІД. Однак отримані офіційні дані дають змогу простежити динаміку й тенденції розвитку епідемії серед цієї групи ризику, а також здійснити моніторинг за проведеними заходами протидії епідемії ВІА-інфекції серед СІН.

Епідеміологічний аналіз ситуації з ВІА/СНІД показав, що епідемія починає набирати швидких темпів на всій території України, у тому числі в регіонах, які до останнього часу не були вразливими. Питома вага СІН змінюється в динаміці — з тенденцією до зменшування в регіонах з високим рівнем поширеності ВІА та до збільшування в регіонах із середнім і низьким рівнями поширеності ВІА. Таким чином, у регіонах, де розпочала своє поширення епідемія ВІА-інфекції в Україні, настала відносна стабілізація епідемічної ситуації серед СІН, водночас у регіонах, куди ВІА проник пізніше, кількість інфікованих серед ін'єкційних наркоманів продовжує поступово зростати.

Незважаючи на те, що протягом останніх семи років питома вага нових випадків офіційно зареєстрованих ВІА-інфікованих СІН, які інфікувалися шляхом ін'єкційного споживання наркотиків, зменшується з кожним роком — з 83,6% у 1997 році до 48,1% у 2003 році, за даними сероепідеміологічного моніторингу, кількість ВІА-позитивних осіб, які вживають наркотичні речовини ін'єкційним шляхом, продовжує збільшуватися. Так, у 1995 році відсоток серопозитивних СІН від числа обстежених на ВІА наркозалежних осіб в Україні складав 2,02%, у 1999 році — 6,61%, у 2003 році — 14,71%.

Сьогодні епідемія ВІА-інфекції в Україні все ще продовжує концентруватися у «групі-джерелі» — тобто у групі осіб, які вживають або вживали раніше ін'єкційні наркотики та які є основною ланкою розповсюдження вірусу з середовища СІН у різні верстви населення країни.

Дослідження проводилися у регіонах з різним рівнем поширеності ВІА, які умовно були розділені на 4 територіальні групи (надалі — т/г):

т/г № 1 — з високим рівнем поширеності ВІА (понад 200 на 100 тис. населення) — Одеська, Миколаївська, Дніпропетровська, Донецька області, АР Крим.

На території цієї групи з 1987 року, моменту реєстрації перших випадків ВІА-інфекції в Україні, поширення ВІА-інфекції почалося швидкими темпами, і на 2003 рік близько 70% офіційно зареєстрованих ВІА-позитивних осіб в Україні припадало саме на вищезгадані регіони;

т/г № 2 — з помірно високим рівнем поширеності ВІА

(90-200 на 100 тис. населення) — Черкаська, Херсонська області та місто Київ.

З початку поширення ВІА-інфекції в Україні епідемія характеризувалася поодинокими випадками реєстрації нових інфікованих на території цієї групи, але з 1995 року стався масовий вибух інфекції ВІА серед СІН, епідемія ВІА-інфекції набула стрімких темпів зростання;

т/г № 3 — з середнім рівнем поширеності ВІА (40-90 на 100 тис. населення) — Полтавська, Харківська, Волинська області.

Поширення ВІА-інфекції на території цих областей має тенденцію до поступового зростання випадків інфікування ВІА протягом усіх років розвитку епідемії, але рівень поширеності ВІА серед СІН набагато вищий, ніж серед загального населення;

т/г № 4 — з низьким рівнем поширеності ВІА (нижче 40 на 100 тис. населення) — Сумська, Тернопільська, Рівненська області.

Ці області залишаються найменш ураженими епідемією, кількість ВІА-інфікованих жителів набагато менша, ніж в інших регіонах України. Епідемія мало поширена, з низьким темпом розповсюдження ВІА-інфекції, але основна питома вага ВІА-інфікованих осіб офіційно зареєстрована серед СІН.

З 16 серпня по 15 вересня 2004 року проведено польовий етап дослідження в 14 областях: Київській, Черкаській, Волинській, Тернопільській, Рівненській, Херсонській, Одеській, Миколаївській, Полтавській, Харківській, Донецькій, Дніпропетровській, Сумській областях та АР Крим. Польовий етап здійснювався підготовленими інтерв'юерами з числа постійно діючої мережі інтерв'юерів ДІПСМ. В Одеській, Донецькій, Сумській, Полтавській, Рівненській областях та АР Крим опитування здійснювалося одночасно із співпрацею з фахівцями Центрів з профілактики та боротьби зі СНІД, які проводять відбір біомаркерів. Доступ до цільової групи відбувався у співробітництві з громадськими організаціями, які працюють із СІН, забезпечуючи вимоги збереження конфіденційності та анонімності.

Основними завданнями дослідження були: збір даних для аналізу факторів ризику інфікування ВІА-ін'єкційних споживачів наркотиків; визначення сучасного стану та відстеження тенденцій змін знань, ставлень, практик та моделей поведінки серед СІН; забезпечення збору даних за індикаторами з переліку Національних показників моніторингу та оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль за епідемією ВІА/СНІД; оцінювання впливів програм профілактики, лікування, догляду та підтримки на цільові групи; забезпечення різних цільових груп, які беруть участь у подоланні епідемії ВІА/СНІД, стратегічними даними для планування подальших дій у подоланні епідемії ВІА/СНІД, стратегічними даними для планування подальших дій з профілактики ВІА, догляду та лікування ВІА-інфікованих.

Населені пункти у кожній з областей для реалізації проекту обиралися за такими критеріями: наявність представників цільової групи, наявність проектів, спрямованих на реалізацію програм «зменшення шкоди», різне географічне розташування населених пунктів у межах області.

Загальна кількість опитаних СІН становить 3542. Для реалізації проекту було обрано від 1 до 4 різних типів населених пунктів у кожній з областей за такими критеріями:

- ◆ наявність представників цільової групи;
- ◆ наявність проектів зменшення шкоди, що реалізуються громадськими організаціями, благодійними фондами, центрами соціальних служб для молоді, які забезпечили доступ до цільових груп;
- ◆ різне географічне розташування населених пунктів у межах областей.

Для проведення польового етапу дослідження було залучено інтерв'юерів постійної мережі Державного інституту проблем сім'ї та молоді. Партнерами в реалі-

зації польового етапу дослідження виступали громадські організації, благодійні фонди, центри СНІД, центри соціальних служб для молоді, які працюють з представниками цільових груп за проектами зниження рівня інфікування ВІЛ та надають різні соціальні й медичні послуги.

Результати моніторингу можуть використовуватися для поліпшення організації та планування роботи, керування нею, як допомога у прийнятті рішень при розробці політики, виявлення галузей, яким необхідна допомога, поліпшення системи самого моніторингу поведінки, забезпечення інформаційної підтримки, поповнення інформаційної бази стосовно груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ та їх соціального оточення.

СТИСЛИЙ ВИКЛАД

Пропоноване дослідження є результатом співпраці Державного інституту проблем сім'ї та молоді й низки громадських організацій, благодійних фондів, центрів СНІД, центрів соціальних служб для молоді, які працюють з представниками цільової групи за проектами зниження рівня інфікування ВІЛ та надають різні соціальні й медичні послуги. Дослідження було проведено за підтримки Міжнародного благодійного фонду «Міжнародний Альянс із ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках проекту «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні». Мета дослідницького компонента дослідження — проведення моніторингу поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків.

Мета і завдання дослідження розкриті у вступі. Перед основною частиною роботи подається розрахунок основних індикаторів із числа національних показників моніторингу та оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль за епідемією ВІЛ/СНІД в Україні. Усього звіт містить 9 розділів. Розділ 1 подає характеристики цільової групи дослідження. Розділ 2 пропонує аналіз рівнів поінформованості про ВІЛ/СНІД та шляхів попередження інфікування. Розділ 3 розглядає ставлення до проблем ВІЛ/СНІД. Розділ 4 містить аналіз рівнів охоплення профілактичними програмами цільової групи. Добровільне тестування на ВІЛ та консультування СІН і практика вживання наркотиків ін'єкційним шляхом розглянуто в розділах 5, 6. Дотримання заходів попередження передачі ВІЛ-інфекції під час сексуальних контактів висвітлюється в розділі 7. У розділі 8 визначаються самопочуття СІН, рівень їх обізнаності та користування послугами медичних закладів. Розділ 9 — заключний. В ньому аналізуються основні фактори, що впливають на рівень знань та поведінкові практики СІН. На завершення пропонуються деякі висновки рекомендації. Більш детальну інформацію про інструментарій та методику проведення дослідження читач може знайти в технічних додатках.

Емпіричну базу дослідження склали результати опитування споживачів ін'єкційних наркотиків (3452 респонденти).

Метод збору інформації — анкетування цільових груп. Опитування проводилося серед представників цільової групи з 16 серпня по 15 вересня 2004 року в таких областях — Київській, Черкаській, Волинській, Тернопільській, Рівненській, Херсонській, Одеській, Миколаївській, Полтавській, Харківській, Донецькій, Дніпропетровській, Сумській та АР Крим.

Завдяки проведеному дослідженню були отримані такі дані:

- ♦ Загальне співвідношення жінок та чоловіків, споживачів ін'єкційних наркотиків, становить приблизно 1:3 (середній показник по всіх областях).
- ♦ Результати дослідження свідчать про зменшення питомої ваги молоді серед СІН за останні роки. Так, зокрема, за соціальним статусом кожний десятий респондент належить до категорії учнів або студентів (9%); ідентифікували себе як безробітні 31% СІН; лише 17% мають постійну роботу; 37,5% живуть за рахунок випадкових заробітків; 3% СІН зазначили, що займаються домашнім господарством.
- ♦ Серед СІН з вищою освітою найвища питома вага (42%) тих, хто має постійну роботу. Серед безробітних та тих, хто має випадкові заробітки, переважно СІН з загальною середньою освітою.
- ♦ Серед СІН тих, хто неодружений і не живе разом із сексуальним партнером, 51%; тих, що мають сім'ю, тобто одружені і живуть разом із чоловіком/дружиною — 12%. Офіційно неодружені, але живуть разом із сексуальним партнером — 27%.
- ♦ За результатами проведеного опитування виявилось, що жінки СІН більш сексуально активні, ніж чоловіки.
- ♦ Серед СІН 6% надають сексуальні послуги за плату. Серед усіх жінок СІН питома вага тих, які мали сексуальні контакти за винагороду, становить 20%. Серед чоловіків СІН також є ті, хто надавав сексуальні послуги за плату — 1,5%.
- ♦ СІН знайомі з проблемою ВІЛ/СНІД, але лише половина з них вважає свої знання цілком достатніми. Це стосується однаковою мірою як чоловіків, так і жінок. Однак існує чіткий зв'язок між рівнем знань та віком респондентів. Так, якщо у віці 18 років і молодше частка тих, хто задоволений своїми знаннями, становить 41,1%; серед 21-24-річних — 49,1%, то серед наркоспоживачів віком 30 років і старше вона досягає 60,7%. Найнижчий рівень обізнаності згідно з самооцінкою СІН характерний для наймолодших респондентів (у віці до 18 років).
- ♦ 83-86% респондентів погодились із твердженнями про те, що обов'язкове використання презерватива під час сексуального контакту, перехід на неін'єкційне споживання наркотиків та відмова від спільного використання інструментарію для приготування і введення наркотику дозволяють зменшити ризик інфікування. Водночас третина опитаних не знає, що дезінфікування інструментів у хлорному розчині є одним із шляхів попередження ВІЛ-інфікування; лише половина з них знає, що негативний результат обстеження на ВІЛ не завжди є доказом відсутності ВІЛ-інфекції у людини.
- ♦ Кожен п'ятий СІН (20%) упевнений, що лікування не запобігає передачі вірусу від ВІЛ-інфікованої вагітної жінки до дитини, а кожний четвертий (24%) не обізнаний з цього питання. Причому рівень знань з цієї проблеми значно вищий серед жінок, ніж серед чоловіків, в усіх вікових категоріях СІН.
- ♦ Половина чоловіків і 2/3 жінок, які тільки починають вживати ін'єкційні наркотики, у регіоні з низьким рівнем поширеності ВІЛ-інфекції взагалі не використовують дезінфекційних розчинів для профілактики ВІЛ-інфекції.
- ♦ Найбільший відсоток ВІЛ-інфікованих серед усіх респондентів виявився у віковій групі 30 років і старше та в групі СІН зі стажем уживання наркотиків більше семи років.
- ♦ Найбільший відсоток серед усіх запропонованих відповідей був отриманий на зміну в поведінці щодо використання одноразових шприців та голів — 54%. Майже кожен третій почав уникати спільного користування ін'єкційним інструментарієм (33%) і використовувати презерватив (27%).
- ♦ Трохи більше половини з опитаних (55,3%) СІН знають про існування громадських організацій в їхніх містах.
- ♦ Частка респондентів, які зазначили, що користуються психологічними послугами, складає 29%. З них найбільшою популярністю користуються консультації психолога (14%).
- ♦ Близько 20% загальної кількості опитаних зазначили, що використовують презерватив під час сексуальних

контактів із постійним партнером. З них трохи більше половини (54,1%) є користувачами послуг ПОШ та КП «Довіра» менше року.

- ♦ Загалом 82% СІН мають можливість пройти конфіденційний тест на ВІЛ, 8% не мають такої можливості, а 10% було важко відповісти.
- ♦ З опитаних представників цільової групи СІН вживали наркотичні речовини за допомогою шприца протягом останнього місяця — 3429, що становить 97% опитаних. Відсотки між чоловіками та жінками майже рівні: чоловіки — 96,9%, жінки — 97,3%.
- ♦ Серед опитаних респондентів найбільшими є групи, які почали вживати наркотики у віці 16-17 років (25%) та 18-19 років (23%).
- ♦ Чинником, який найбільше спонукає до вживання ін'єкційних наркотиків, 50% учасників дослідження назвали залежність, звичку.
- ♦ 10% респондентів вважають ін'єкційний шлях єдиним можливим для доступних їм наркотиків. Впливовим фактором щодо формування ін'єкційного споживання 14% респондентів вважають доступність інструментарію, сировини, наркотика; для 8% учасників анкетування ін'єкції наркотиків — «модно і круто», 8% — зазначили, що це певний ритуал, обов'язкове «дійство», 6% — не знають, як перейти на неін'єкційні наркотики.
- ♦ Посуд для розподілу (приготування) наркотиків, яким до них користувався хтось інший, використовували протягом останнього місяця 27%. Причому чоловіки частіше, ніж жінки, користуються спільним посудом (співвідношення становить 29% і 22% відповідно).
- ♦ Лише 11% серед усіх респондентів стверджували, що статистично забезпечені новими шприцями безкоштовно; 13% респондентів відповіли, що частка безкоштовних шприців складає 76-99% від усіх отриманих; 9% респондентів відзначили, що половину нових шприців вони отримали безкоштовно.
- ♦ Лише 49,9% респондентів використовують новий шприц для кожної ін'єкції; кожен четвертий серед опитуваних (26%) користується пунктом обміну шприців з метою отримання нового інструментарію; 23% залишають використаний шприц безпосередньо на тому місці, де вживали наркотик.
- ♦ СІН ведуть досить активне сексуальне життя. Так, переважна більшість (88%) СІН мали сексуальні контакти за останні 12 місяців. Причому кожний четвертий опитаний (24%) вступав у сексуальний контакт з трьома або більше сексуальними партнерами за останні три місяці, а ще майже 8% респондентів взагалі не пам'ятають або не знають, скільки сексуальних партнерів у них було протягом цього періоду.
- ♦ Дослідження, яке провів Український інститут соціальних досліджень, засвідчило, що 30% серед усіх опитаних ніколи або дуже рідко користуються презервативом під час сексуальних контактів з постійними партнерами; лише кожний сьомий опитаний (15%) використовує презерватив під час статевих контактів з чоловіком чи дружиною або постійним сексуальним партнером.
- ♦ Загальна кількість тих, хто є потенційним джерелом поширення СНІД гомосексуальним шляхом, становить близько 2% СІН чоловічої статі. Загалом 69,8% всіх тих, хто мав сексуальні контакти з чоловіками, здійснювали їх з другом (знайомим).
- ♦ Якщо проаналізувати роботу неурядових організацій, то, за результатами опитування, кожний 10-й респондент користувався їхніми послугами: безкоштовні послуги отримали 83%, офіційно заплатили лише 0,3% опи-

туваних (максимальна плата становить 38 грн.). До консультативного пункту «Довіра» зверталися 8% осіб, причому відсоток безкоштовних послуг найбільший серед інших організацій і становить 88%.

- ♦ Якщо окремо виділити заклади, які надають безкоштовні консультативні послуги, то серед найчастіше обраних на першому місці знаходяться КП «Довіра» (88%), неурядові організації (83%) та центри СНІД (71%).

Результати дослідження дали можливість виробити стратегічні та цільові рекомендації щодо розвитку програм інформування, профілактики, лікування й догляду серед споживачів ін'єкційних наркотиків:

- ♦ у регіонах із середнім і низьким рівнями поширеності ВІЛ — невідкладне впровадження програм первинної (для тих, хто не є ВІЛ-інфікованим), вторинної (для ВІЛ-інфікованих, хто не хоче відмовитися від своєї ризикованої поведінки), третинної (для ВІЛ-інфікованих, які хочуть пройти лікування та реабілітацію) профілактики ВІЛ-інфекції;
- ♦ координація зусиль та співробітництво всіх організацій у діяльності з профілактики наркоспоживання та ВІЛ-інфекції, особливо в молодіжному середовищі серед СІН;
- ♦ розробка і запровадження системи моніторингу та контролю за станом наркоспоживання в суспільстві, у тому числі ін'єкційних наркотиків, і створення окремих державних стандартів щодо контролю за рівнем ВІЛ-інфекції серед СІН;
- ♦ створення системи соціального супроводу та соціальної допомоги наркоспоживачам, у тому числі ВІЛ-інфікованим;
- ♦ більш активне залучення ЗМІ. Розробка інформаційно-освітньої концепції підготовки суспільства до тривалого співіснування з ВІЛ-інфікованими/хворими на СНІД. Проведення потужної інформаційно-пропагандистської кампанії з викорінення дискримінації та стигматизації ВІЛ-інфікованих людей. Посилення контролю держави за якістю соціальної реклами щодо ВІЛ/СНІД з метою подолання дискримінаційних проявів у ставленні до ВІЛ-інфікованих осіб;
- ♦ створення регіонального координаційного органу, який має контролювати діяльність державних та неурядових організацій з питань розширення профілактичних дій та охоплення ними СІН, а також оцінювати ефективність конкретних проєктів, програм, заходів, їхнього впливу на ситуацію щодо цієї проблеми за допомогою визначених критеріїв ефективності кожного окремого заходу чи проєкту.
- ♦ проведення аналізу ситуації щодо наркоспоживання та ВІЛ-інфекції на рівні міста і, за результатами, розробка конкретних планів дій — як короткотермінових, так і стратегічних:
 - ♦ залучення всіх органів місцевого самоврядування, установ, підприємств, що співпрацюють у сфері виконання програми забезпечення протидії епідемії ВІЛ-інфекції, до роботи з формування толерантного ставлення в суспільстві до ВІЛ-інфікованих і сімей, у яких вони живуть;
 - ♦ створення реабілітаційних центрів (центрів ресоціалізації) для СІН;
 - ♦ розширення спектра послуг (медичних, соціальних, юридичних, психологічних тощо) для СІН, які б надавалися безкоштовно;
 - ♦ розробка профілактичних програм, спрямованих на підвищення фізичної активності СІН;
 - ♦ згідно з концепцією проєктів зменшення шкоди, вивчення можливості декриміналізації «легких» наркотичних речовин з метою зниження ін'єкційного наркоспоживання.

УЦГ1,8

Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які почали дотримуватися поведінки, що знижує ризик передачі ВІЛ

Джерело даних: тип — поведінкове опитування**Джерело даних:** соціальне дослідження " Моніторинг поведінки СІН та ЖКС як компонент епідагляду другого покоління"**Термін, за який було зібрано дані:** 15.08.2004—16.09.2004

Опитування проведено серед СІН у 14 областях України, до яких увійшли: Волинська, Дніпропетровська, Донецька, Миколаївська, Одеська, Полтавська, Рівненська, Сумська, Тернопільська, Харківська, Херсонська, Черкаська області, м. Київ та АР Крим. Загальна кількість опитаних складає: 3542 СІН. Вікові групи від 13 до 50 років, найбільш чисельна група — СІН віком від 21 до 24 років та від 25+ років (26% та 54% відповідно). Співвідношення між чоловіками і жінками становить 74:26. Рівень досягнення респондентів — 85%.

Етапи розрахунку чисельника:	Чоловіки			Жінки			Обидві статі		
Вимога до даних	до 25 років	25+	всі вікові групи	до 25 років	25+	всі вікові групи	до 25 років	25+	всі вікові групи
Вживали наркотики впродовж останнього місяця	1044	1315	2359	523	555	1078	1567	1870	3437
Вживали наркотики і не використовували спільний ін'єкційний інструментарій за останній місяць	418	735	1153	246	310	556	664	1045	1709
Вживали ін'єкційні наркотики та мали статеві контакти за останній місяць	799	1038	1837	432	454	886	1231	1492	2723
Вживали наркотики і не використовували спільний ін'єкційний інструментарій, але мали статеві контакти за останній місяць	331	585	916	208	258	466	539	843	1382
Вживали ін'єкційні наркотики та використовували презерватив під час останнього статевих контакту за останній місяць	316	394	710	180	131	311	496	525	1021
Вживали ін'єкційні наркотики і ніколи не користувалися спільним ін'єкційним інструментарієм та використовували презерватив під час останнього статевих контакту за останній місяць	146	214	360	92	79	171	238	293	531
Не користувалися спільним інструментарієм та використовували презерватив під час останнього статевих контакту за останній місяць	146	214	360	92	79	171	238	293	531
Не використовували спільний інструментарій та/або не мали статевих контактів або використовували презерватив під час останнього статевих контакту (всі за останній місяць)	208	334	542	111	121	232	319	455	774
Чисельник:									
Не користувалися спільним інструментарієм та використовували презерватив під час останнього статевих контакту за останній місяць	146	214	360	92	79	171	238	293	531
Знаменник:									
Кількість респондентів, які вказали, що споживали ін'єкційні наркотики протягом останнього місяця і мали сексуальні стосунки протягом останнього місяця	799	1038	1837	432	454	886	1231	1492	2723
Розрахунок показника:									
Розділити число респондентів, які вказали, що ніколи не користуються спільним ін'єкційним інструментарієм та не мали незахищених статевих контактів за останній місяць, на загальне число респондентів, які вказали на те, що вони вживали ін'єкційні наркотики та мали статеві контакти за останній місяць, і помножити отриманий результат на 100	18%	21%	20%	21%	17%	19%	19%	20%	19,5%

За результатами проведеного опитування відсоток СІН, які почали дотримуватися поведінки, що знижує ризик передачі ВІЛ, становить **19,5 %**. Питома вага СІН, які вживали наркотики і не використовували спільний ін'єкційний інструментарій за останній місяць, становить **63 %**. Питома вага СІН, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту, становить **37 %**.

Питома вага СІН, які почали дотримуватися поведінки, що знижує ризик передачі ВІЛ, серед тих, які охоплені профілактичними програмами (користуються послугами «Довіри», пункту обміну шприців) складає **24 %**, серед тих, які не охоплені профілактичними програмами, —

16 %. Суттєвої відмінності за гендерними та віковими ознаками не спостерігається.

За даними опитування ін'єкційних наркоманів у 2002 р.¹, які були охоплені програмами профілактики щодо ВІЛ/СНІД, **28 %** СІН дотримувалися поведінки, що знижує ризик передачі ВІЛ.

За результатами опитування СІН у рамках дослідження «Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідагляду другого покоління» 2002 року² **14 %** опитаних зазначили, що дотримувалися поведінки, яка знижує ризик передачі ВІЛ.

УЦГ2,19

Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які правильно зазначили шляхи попередження передачі ВІЛ

Джерело даних: тип — поведінкове опитування

Джерело даних: соціальне дослідження " Моніторинг поведінки СІН та ЖКС як компонент епідагляду другого покоління"

Термін, за який було зібрано дані: 15.08.2004-16.09.2004

Опитування проведено серед СІН у 14 областях України, до яких увійшли: Волинська, Дніпропетровська, Донецька, Миколаївська, Одеська, Полтавська, Рівненська, Сумська, Тернопільська, Харківська, Херсонська, Черкаська області, м. Київ та АР Крим. Загальна кількість опитаних складає: 3542 СІН. Вікові групи від 13 до 50 років, найбільш чисельна група — СІН віком від 21 до 24 років та від 25+ років (26% та 54% відповідно). Співвідношення між чоловіками і жінками становить 74:26. Рівень досягнення респондентів — 85%.

Етапи розрахунку чисельника:	Чоловіки			Жінки			Обидві статі		
	до 25 років	25+	всі вікові групи	до 25 років	25+	всі вікові групи	до 25 років	25+	всі вікові групи
Зменшити вживання наркотиків ін'єкційним шляхом	855	1156	2011	449	488	937	1304	1644	2948
Обробляти хлорним розчином інструменти для вживання наркотиків ін'єкційним шляхом	611	851	1462	328	354	682	939	1205	2144
Уникати спільного користування ін'єкційним інструментарієм	883	1213	2096	454	501	955	1337	1714	3051
Чисельник:									
Число респондентів, які у відповідь на запитання щодо шляхів попередження ВІЛ-інфікування зазначили водночас: перехід на неін'єкційні наркотики, відмову від спільного використання ін'єкційного обладнання та дезінфекцію ін'єкційного обладнання у хлорному розчині	494	738	1232	281	307	588	775	1045	1820
Знаменник:									
Загальна кількість опитаних СІН	1076	1358	2434	535	573	1108	1611	1931	3542
Розрахунок показника:									
Розділити число респондентів, які у відповідь на запитання щодо шляхів попередження ВІЛ-інфікування зазначили водночас: перехід на неін'єкційні наркотики, відмову від спільного використання ін'єкційного обладнання та дезінфекцію ін'єкційного обладнання у хлорному розчині, на загальне число респондентів і помножити отриманий результат на 100	46%	54%	51%	53%	54%	53%	48%	54%	51%

¹ Йдеться про опитування ін'єкційних наркоманів у рамках спільного проекту Державного центру соціальних служб для молоді та Представництва ЮНІСЕФ в Україні "Профілактика ВІЛ/СНІД серед молодих людей, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом", що проводилося Державним інститутом проблем сім'ї та молоді у 2002 році за підтримки Фонду розвитку програм ЮНЕЙДС. Проект реалізовувався в 11 містах України. Загальна кількість опитаних — 1997 осіб.

² Опитування в рамках дослідження "Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідагляду другого покоління" 2002 року, яке проводилося Державним інститутом проблем сім'ї та молоді й Українським центром профілактики і боротьби зі СНІД за сприяння ЮНІСЕФ та фінансової підтримки ЮНЕЙДС. Загальна кількість опитаних — 1407 осіб.

Відсоток осіб серед СІН-респондентів, які правильно зазначали шляхи попередження передачі ВІЛ, склав **51%**.

Відсоток осіб по окремо зазначених у чисельнику шляхах знижування ризику інфікування ВІЛ був значно вищим: відсоток осіб, які правильно зазначили, що перехід на неін'єкційні наркотики знижує ризик інфікування ВІЛ, склав **83%**, відсоток осіб, які зазначили, що уникнення спільного використання ін'єкційного обладнання знижує ризик інфікування ВІЛ — **86%**, відсоток осіб, які зазначили, що використання хлорного розчину для дезінфекції ін'єкційного обладнання знижує ризик інфікування, — **60%**. За гендерними ознаками відмінностей не спостерігається.

Однак серед тих СІН, які одночасно зазначили правильно усі три шляхи знижування ризику інфікування ВІЛ, вікової групи до 25 років, **41%** користуються послугами КП «Довіра» або ПОШ; питома вага СІН серед вікової групи після 25 років, які правильно зазначили всі шляхи попередження передачі ВІЛ та охоплені профілактичними програмами, становить **59%**. Саме тому відсоток СІН, які правильно зазначили шляхи попередження передачі ВІЛ, серед вікової групи після 25 років становить **54%**, серед вікової групи до 25 років — **48%**.

Однак відсоток СІН, які зазначили одночасно усі три шляхи знижування ризику інфікування ВІЛ, складає тільки половину з опитаних, причому гендерних відмінностей практично не спостерігається. Відсоток осіб серед чоловіків, які правильно зазначали шляхи попередження передачі ВІЛ, склав **51%**, серед жінок — **53%**.

Таким чином, половина респондентів (**51%**), які надали одночасну відповідь на дані запитання, по-перше, засвідчили цим позитивний вплив профілактичних програм на підвищення рівня обізнаності щодо шляхів попередження передачі ВІЛ, по-друге, мають найменший ризик інфікування ВІЛ при вживанні ін'єкційних наркотиків. Другу половину респондентів (**49%**) можна розглядати як менш обізнану щодо шляхів попередження передачі ВІЛ та як групу з більшим ризиком інфікування ВІЛ при вживанні ін'єкційних наркотиків.

Оцінити основні тенденції стосовно знань СІН щодо шляхів попередження передачі ВІЛ немає можливості, оскільки при опитуванні СІН в 2002 р.³ показник за даними запитаннями не розраховувався.

ДКТ1,17

Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які звернулися за тестуванням на наявність ВІЛ та отримали його результати

Джерело даних: тип — поведінкове опитування

Джерело даних: соціальне дослідження " Моніторинг поведінки СІН та ЖКС як компонент епідагляду другого покоління"

Термін, за який було зібрано дані: 15.08.2004-16.09.2004

Етапи розрахунку чисельника:	Чоловіки			Жінки			Обидві статі		
	до 25 років	25+	всі вікові групи	до 25 років	25+	всі вікові групи	до 25 років	25+	всі вікові групи
Робив тест на ВІЛ	427	894	1321	222	358	580	649	1252	1901
Знаю результат тесту	389	823	1212	206	331	537	595	1154	1749
Чисельник:									
Робив тест та знаю результат	389	823	1212	206	331	537	595	1154	1749
Знаменник:									
Загальна кількість опитаних СІН	1076	1358	2434	535	573	1108	1611	1931	3542
Розрахунок показника:									
Розділити число респондентів, які робили тест на ВІЛ та одержали результати, на загальне число респондентів та помножити отриманий результат на 100	36%	61%	50%	39%	58%	48%	37%	60%	49%

9% СІН звернулися за тестуванням на наявність ВІЛ та отримали його результати, серед цієї категорії **37%** — СІН до 25 років, **60%** СІН старше 25 років. Така різниця за віковими ознаками пояснюється тим, що серед споживачів ін'єкційних наркотиків старше 25 років більша половина (**52%**) охоплена профілактичними програмами, серед СІН віком молодше 25 років тільки **38%** користуються послугами програм профілактики ВІЛ/СНІД. Питома вага СІН, які знають

свій результат тесту на ВІЛ, серед тих, хто його робив, складає **92%**. За гендерними та віковими ознаками відмінностей не спостерігається. За результатами дослідження «Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідагляду другого покоління» 2002 року⁴ **53%** опитаних робили тестування та знали результат; питома вага тих СІН, які знали свій результат тестування, серед усіх, хто робив тест, становить **90%**.

³ Опитування в рамках дослідження "Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків, як компонент епідагляду другого покоління" 2002 року, яке проводилося Державним інститутом проблем сім'ї та молоді й Українським центром профілактики і боротьби зі СНІД за сприяння ЮНІСЕФ та фінансової підтримки ЮНЕЙДС. Загальна кількість опитаних — 1407 осіб.

⁴ Опитування в рамках дослідження "Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків, як компонент епідагляду другого покоління" 2002 року, яке проводилося Державним інститутом проблем сім'ї та молоді й Українським центром профілактики і боротьби зі СНІД за сприяння ЮНІСЕФ та фінансової підтримки ЮНЕЙДС. Загальна кількість опитаних — 1407 осіб.

РОЗДІЛ 1. Характеристики цільової групи дослідження

1.1. Канали рекрутування та оцінка можливостей поширення отриманих результатів на національний рівень

Для реалізації дослідження було залучено рекрутерів, що допомагали встановити зв'язок інтерв'юєрів з представниками цільової групи споживачів ін'єкційних наркотиків і провести опитування. На рис. 1.1.1 показано, хто виступив рекрутером при опитуванні СІН. Це переважно були представники цільової групи — 32%, соціальні працівники (до яких належать як соціальні працівники неурядових організацій, так і представники державних структур і медичних закладів) — 28%, представники громадських організацій — 6,5%, волонтери — 6,5%, медичні працівники — 6%, інші інтерв'юєри — 3,4%, інші таксисты — 0,8%, інші офіціанти/бармени — 0,3%, інші: коменданти гуртожитків — 0,2%.



Рис. 1.1.1. Питова вага тих, хто виступив рекрутером при опитуванні СІН, %

1.2. Соціально-демографічні характеристики опитаних

Опитування проводилось серед СІН у 14 областях України. Загальна кількість опитаних становить 3542 СІН.

При опитуванні було дотримано вибірку, що розроблялася окремо для кожної області. Було задано опитати по 250 споживачів ін'єкційних наркотиків у кожній області, співвідношення жінок і чоловіків — 1:3.

Для коригування пропорцій у сукупності різних груп об'єктів (з метою відповідності відносних частот тих чи тих груп у вибірці та у вихідній сукупності) використовується процедура зважування.

Задля забезпечення представницької щодо цільової групи вибіркової сукупності було зібрано та проаналізовано наявну інформацію стосовно цільової групи СІН на рівні областей. Було заповнено відповідну форму за кількістю СІН в областях, згідно з якою співвідношення СІН за статтю складає 74% — чоловіки, 26% — жінки. Було здійснено аналіз результатів попередніх досліджень цієї проблематики, за даними яких співвідношення між чоловіками і жінками становить 74:26. («Внутрішнє споживання наркотиків»: Харків, 09.2001; «СІН, які користуються послугами пункту «Довіра», 06-09.2002; «Опитування СІН (програма «зменшення шкоди»», 11.2002; «СІН — масове опитування», 09.2002; «60% охоплення «Захват СІН» — 1 етап, 09.2002; «60% охоплення «Повторний захват СІН» — 2 етап, 09.2002; «Епіднадгляд другого покоління», 10.2002; «Вивчення потреб та проблем споживання ін'єкційних наркоти-

ків», 09.2001; «Споживання ін'єкційних наркотиків» (60%, 06-09.2002)).

Ці дані було прийнято за стандартні значення і статеве співвідношення, за результатами дослідження, було приведено до стандартного.

Отже, за даними проведеного опитування СІН, у межах даної оцінки загальне співвідношення жінок та чоловіків становить приблизно 1:3 (середній показник по всіх областях).

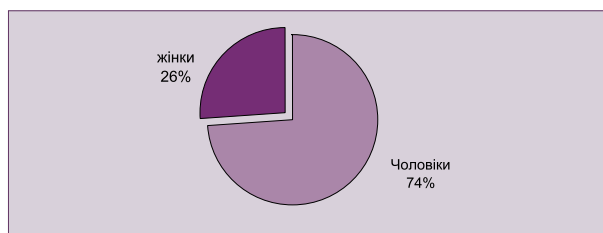


Рис. 1.2.1. Статевий розподіл респондентів серед СІН, %

Результати дослідження свідчать, що питова вага жінок серед споживачів ін'єкційних наркотиків вища за середній показник у таких областях, як Харківська, Дніпропетровська.

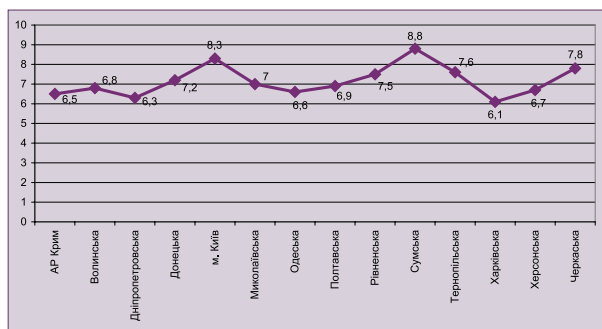


Рис. 1.2.2. Питова вага чоловіків серед споживачів ін'єкційних наркотиків, %

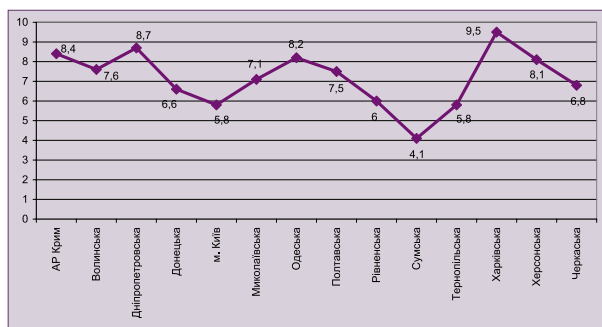


Рис. 1.2.3. Питова вага жінок серед споживачів ін'єкційних наркотиків, %

Вікові особливості

У розподілі опитаних СІН за віковим показником також спостерігаються суттєві відмінності між містами.

Слід звернути увагу, що питома вага споживачів ін'єкційних наркотиків вікової групи 13-18 років вища за середній показник у таких містах, як Ялта (24,8%), Умань Черкаської області (36,7%). Питома вага споживачів ін'єкційних наркотиків вікової групи 25+ років вища за середній показник у таких містах — Миколаїв (75%), Полтава (81%), Кременчук Полтавської області (85%), Острого Рівненської області (83%). Хоча це до певної міри може бути зумовлено й особливостями діяльності тих організацій, які забезпечували контакт із цільовою групою для проведення опитування.

Соціальний статус

Відповідно до результатів проведеного дослідження за соціальним статусом кожний десятий респондент належить до категорії учнів або студентів (9%) (для порівняння: за результатами дослідження «Оцінка можливостей розвитку програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків» 2002 року, кожний п'ятий СІН серед опитаних у межах цього проекту належить до категорії учнів або студентів (18%)). Тобто питома вага молоді серед споживачів ін'єкційних наркотиків значно зменшилася за останні роки. Ідентифікували себе як безробітні — 31% СІН. Лише 17% мають постійну роботу. Живуть за рахунок випадкових заробітків 37,5%. 3% СІН зазначили, що займаються домашнім господарством. Зазначили, що займаються злочинними видами діяльності — 0,1%; віднесли себе до бізнесменів — 0,1%; до бомжів — 0,2%.

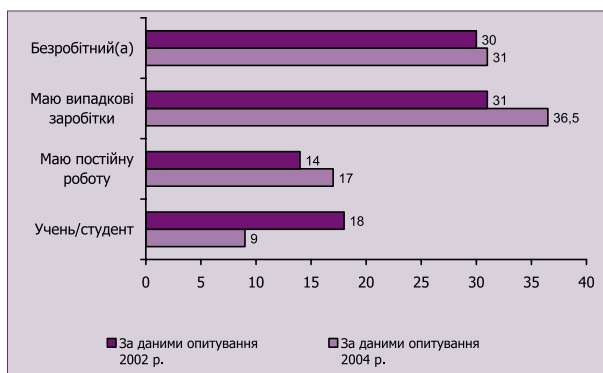


Рис. 1.2.4. Розподіл СІН за соціальним статусом за результатами дослідження, %

Соціальне походження

За результатами проведеного опитування, 80% респондентів віднесли себе до корінних мешканців, 3% зазначили, що до міста приїжджають час від часу, 5% СІН мешкають у місті більше ніж 15 років.

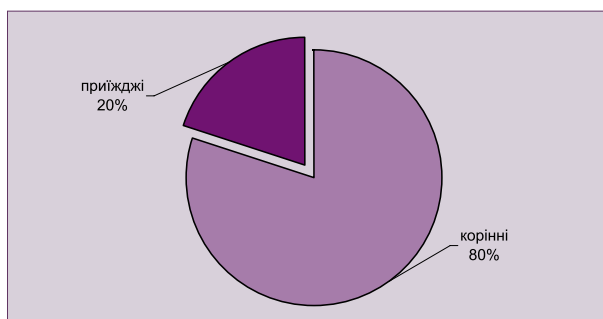


Рис. 1.2.5. Співвідношення корінних та приїжджих серед СІН, %

Серед тих, хто приїхав до міста — 6% з міста іншої області, 5% з іншого міста цієї ж області, 5% з села цієї області. У процесі аналізу серед областей, де проводилося опитування, було виокремлено три групи залежно від поширення ВІЛ-інфікування. До першої групи (з низьким рівнем поширення ВІЛ-інфекції) були віднесені Сумська, Тернопільська та Рівненська області. До другої групи (з середнім рівнем поширеності ВІЛ-інфекції) віднесені — Полтавська, Харківська, Волинська області. До третьої групи (з високим рівнем поширення ВІЛ-інфекції) — Одеська, Миколаївська, Дніпропетровська, Донецька, Черкаська, Херсонська, м. Київ та АР Крим.

Результати дослідження свідчать, що найвища питома вага приїжджих серед СІН у третій групі областей. Тобто міграція СІН з різних причин з міст, селищ до інших населених пунктів підвищує поширеність ВІЛ-інфікування в Україні.

Таблиця 1.2.1. Розподіл відповідей респондентів на запитання «У це місто Ви приїхали...», %

Варіанти відповіді	Серед усіх опитаних
З іншого обласного центру	3
З іншого міста цієї області	5
З села цієї області	5
З міста іншої області (країни)	6
З села іншої області (країни)	1
Немає відповіді	—

Матеріальне становище

1% СІН оцінили своє матеріальне становище порівняно із середнім по Україні як високе, 7% як дуже низьке, 17% як низьке, 29% нижче середнього, 39% оцінили своє матеріальне становище як середнє.

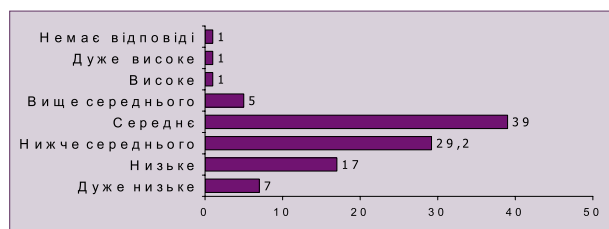


Рис. 1.2.6. Розподіл СІН за матеріальним становищем, %

Результати дослідження свідчать про парадоксальні явища: найвища питома вага споживачів ін'єкційних наркотиків, які оцінюють своє матеріальне становище як дуже високе, та тих, які оцінюють своє становище як дуже низьке, за статусом безробітні — 50% та відповідно 52%. Серед тих, хто оцінив своє матеріальне становище як високе, 51,6% мають постійну роботу, 12,9% живуть за рахунок випадкових заробітків, 12,9% безробітні, 12,9% ідентифікували себе як студенти.

Освітній рівень

Аналіз результатів дослідження показав, що більше половини опитаних СІН (57%) мають загальну середню або професійно-технічну освіту (див. рис. 1.2.7.), 17% мають базову середню освіту (повних 9 класів), 16% опитаних закінчили технікум або ВНЗ III-IV рівнів акредитації, 5% респондентів мають лише початкову освіту (менше 9 класів), 5% мають повну вищу освіту.

Освітні характеристики СІН різняться за регіональним розподілом. Так, найвища питома вага СІН з вищою (ба-

зовою вищою) освітою в Херсонській області, найнижча — в м. Києві. Найвища питома вага СІН з початковою освітою в Одеській області, найнижча — в Сумській.

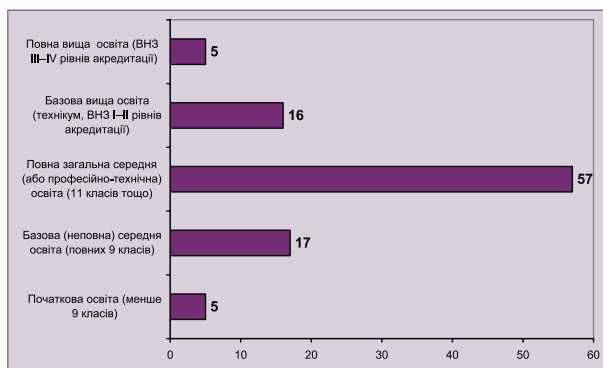


Рис. 1.2.7. Розподіл СІН за освітою, %

Серед СІН з вищою освітою найвища питома вага (42%) тих, хто має постійну роботу. Серед безробітних та тих, хто має випадкові заробітки, переважно СІН з загальною середньою освітою.

Сімейний стан

Серед споживачів ін'єкційних наркотиків тих, хто неодружений і не живе разом із сексуальним партнером, 51%; таких, які мають сім'ю, тобто одружені і живуть разом із чоловіком/дружиною — 12%. Офіційно неодружені, але живуть разом із сексуальним партнером — 27%. За результатами проведеного опитування виявилось, що жінки СІН більш сексуально активні, ніж чоловіки (див. рис. 1.2.8.).

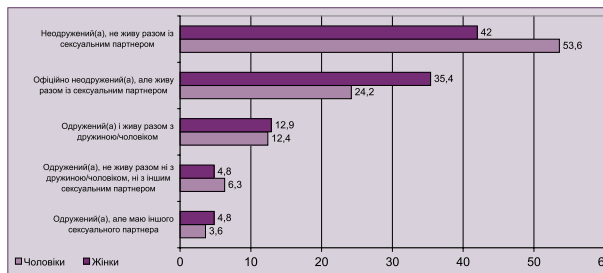


Рис. 1.2.8. Розподіл СІН за сімейним станом, %

1.3. Структура СІН за особливостями поведінки

За результатами дослідження виявилось, що серед споживачів ін'єкційних наркотиків 6% надають сексуальні послуги за плату (див. рис. 1.3.2.). Серед усіх жінок СІН питома вага тих, які мали сексуальні контакти за винагороду, становить 20%. Серед чоловіків СІН також є ті, хто надавав сексуальні послуги за плату — 1,5%.



Рис. 1.3.1. Розподіл споживачів ін'єкційних наркотиків за наданням сексуальних послуг за плату, %

Опитування серед СІН та ЖКС в областях України проводилось одночасно. Результати дослідження свідчать, що серед опитаних є підгрупа, яка демонструє перетин двох типів поведінки, що призводить до підвищеного ризику інфікування ВІЛ (ін'єкційне споживання наркотиків та надання сексуальних послуг за плату).



Рис. 1.3.2. Підгрупа, яка вживає наркотики ін'єкційним шляхом і надає сексуальні послуги за плату

Порівнюючи кількість партнерів, від яких отримували винагороду ЖКС, та серед СІН (жінок) (див. рис. 1.3.3.), можна зробити такі висновки: серед СІН найвища питома вага тих, що мали від 1 до 4 партнерів на тиждень — 58%. Серед ЖКС найвища питома вага тих, які мають від 5 до 9 клієнтів протягом тижня — 24%.

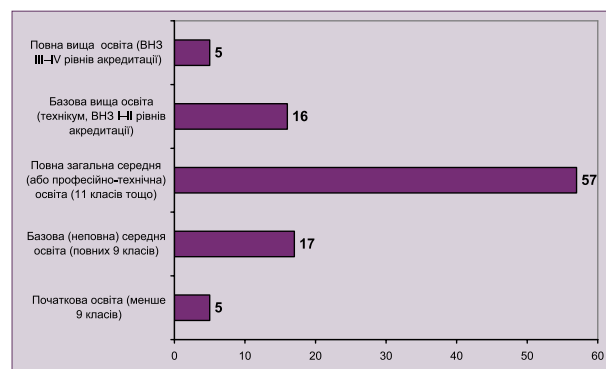


Рис. 1.3.3. Питома вага сексуальних партнерів за винагороду за тиждень серед ЖКС та СІН (жінок), %

При порівнянні двох груп, а саме: СІН, які надають сексуальні послуги за плату, та ЖКС, ми можемо побачити, що кількість клієнтів у тій та іншій підгрупі дуже відрізняється. Кількість сексуальних партнерів за винагороду та аналіз частоти надання сексуальних послуг за плату серед СІН свідчить, що ця підгрупа має бути аналізована як компонент генеральної сукупності споживачів ін'єкційних наркотиків.

РОЗДІЛ 2. Рівень поінформованості про ВІЛ/СНІД, шляхи попередження інфікування

2.1. Обізнаність цільової групи щодо проблеми ВІЛ/СНІД

Якщо ще наркоманії, в тому числі ін'єкційної, протягом останнього десятиріччя набуло в Україні значного поширення. Негативні соціально-демографічні наслідки, пов'язані з наркотизацією молоді, не обмежуються зростанням рівня захворюваності, криміналізацією та соціальною дезадаптацією осіб, які вживають наркотичні речовини. Саме ін'єкції наркотиків відіграли фатальну роль у стрімкому поширенні ВІЛ-інфекції в Україні у 90-х роках. Оскільки ризик передачі ВІЛ тісно пов'язаний із способом введення наркотичних препаратів, споживачі ін'єкційних наркотиків мають найвищий ступінь ураження ВІЛ. Незважаючи на те, що кількість випадків ВІЛ-інфікування через сексуальні контакти останніми роками має тенденцію до зростання, парентеральний шлях все ще залишається провідним серед шляхів передачі ВІЛ. Проблема ін'єкційної наркоманії, що на тлі епідемії ВІЛ/СНІД набула нового загрозливого відтінку, ускладнюється тим, що активні наркоспоживачі зазнають комбінованого впливу таких основних чинників зараження ВІЛ та іншими інфекційними захворюваннями, як ризикована практика споживання наркотиків (при приготуванні, вживанні наркотиків і використанні ін'єкційного інструментарію), з одного боку, та ризикована сексуальна поведінка — з другого. Наявність подвійного ризику призвела до того, що ін'єкції наркотиками нині безпосередньо асоціюються з ВІЛ/СНІД, а споживачі ін'єкційних наркотиків створюють основний потенціал поширення ВІЛ-інфекції в українському суспільстві.

Як відомо, рівень та якість знань щодо шляхів інфікування та методів запобігання передачі ВІЛ значною мірою детермінують поведінку щодо вживання наркотиків і, таким чином, окреслюють основні напрямки та можливості профілактики ВІЛ/СНІД у середовищі СІН. Підвищення рівня поінформованості, доступність достовірної інформації щодо ВІЛ/СНІД серед осіб, які споживають наркотики, є необхідною передумовою зміни їхньої поведінки з метою переходу на безпечні ін'єкції або відмови від ін'єкційного введення наркотику та засвоєння безпечної сексуальної поведінки. Саме цим зумовлено потребу у проведеному нами опитуванні СІН щодо їхньої обізнаності з проблеми ВІЛ/СНІД.

Як свідчать результати дослідження, споживачі ін'єкційних наркотиків знайомі з проблемою ВІЛ/СНІД, але лише половина з них вважає свої знання цілком достатніми. Це стосується однаковою мірою як чоловіків, так і жінок. Проведений аналіз не виявив помітних статевих розбіжностей стосовно поінформованості з питань ВІЛ/СНІД. Водночас існує чіткий зв'язок між рівнем знань та віком респондентів. Якщо у віці 18 років і молодше частка тих, хто задовольнений своїми знаннями, становить 41,1%, серед 21-24-річних — 49,1%, то серед наркоспоживачів віком 30 років і старше вона досягає 60,7% (рис. 2.1.1.). Таким чином, з віком поінформованість та впевненість СІН у своїх знаннях щодо проблеми ВІЛ/СНІД помітно зростає.

Найнижчий рівень обізнаності, згідно із самооцінкою СІН, характерний для наймолодших респондентів (у віці до 18 років). Викликає тривогу, що третина з них визнала свої знання недостатніми і майже кожен п'ятий (20%) не визначився з відповіддю, тобто також виявився невпевненим у своїх знаннях. Зважаючи на той факт, що віковий

«профіль» споживачів наркотиків є досить молодим, а початок вживання наркотиків за результатами різних досліджень має тенденцію до помолодшання, низький рівень знань серед підлітків обумовлює високу вразливість цієї вікової групи СІН щодо ВІЛ.

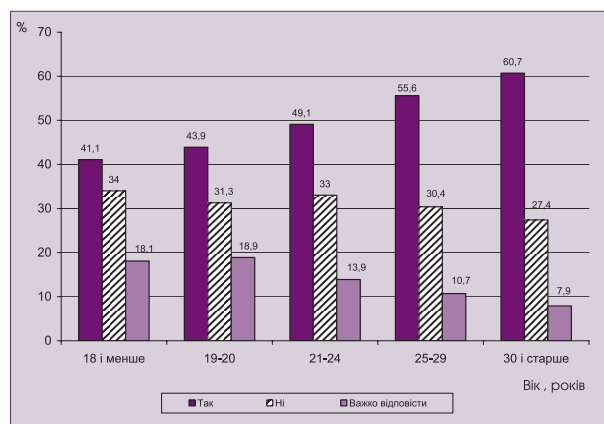


Рис. 2.1.1. Розподіл відповідей СІН на запитання «Чи вважаєте Ви свої знання про ВІЛ/СНІД достатніми?» залежно від віку респондентів, %

Як відомо, підлітковий вік є дуже відповідальним життєвим етапом, коли відбуваються не лише важливі фізіологічні зміни організму, але й формуються життєві установки та соціальні навички молодої людини. Цей вік, зазвичай, називають критичним періодом, оскільки процес подорослішання молодої людини супроводжується багатьма труднощами і суперечностями. Небезпека полягає в тому, що через бажання експериментувати підлітки досить часто вдаються до різних форм девіантної поведінки, стаючи на шлях саморуйнування. Не розуміючи цінності життя, незворотності зробленого, вони розпоряджаються здоров'ям і життям на свій лад. Ситуація ускладнюється й тим, що значна частина молодих людей, незважаючи на незадоволеність рівнем своїх знань, водночас вважає ймовірність ВІЛ-інфікування для себе досить низькою, що, очевидно, можна пояснити соціальною незрілістю та відсутністю життєвого досвіду у підлітковому віці.

Низький рівень знань щодо ВІЛ/СНІД серед підлітків викликає занепокоєння як з точки зору формування підвищеної сприйнятливості до ВІЛ, так і з огляду на засвоєння ними небезпечних моделей поведінки з високим ризиком для життя і здоров'я в цілому. Різноманітні дослідження засвідчують наявність зв'язку між вживанням наркотиків та інших психоактивних речовин, досить часте поширення серед підлітків поєднання кількох форм ризикованої поведінки (наркоманії, тютюнопаління, зловживання алкоголем, практики незахищеного сексу). Це суттєво ускладнює можливості профілактики ВІЛ/СНІД у середовищі СІН, оскільки інші види психоактивних речовин (наприклад, зловживання алкоголем) негативно впливають на здатність молодої людини зробити правильний вибір на користь безпечних форм сексуальної поведінки та практики вживання наркотиків.

Важливе значення при цьому має рівень освіти споживачів ін'єкційних наркотиків. Як відомо, освіта здебільшого визначає соціальний статус людини, рівень її культури,

що у підсумку впливає на формування тієї чи іншої структури потреб та реалізацію відповідної поведінки і способу життя. Дослідження показало, що самооцінка респондентами своїх знань щодо ВІА/СНІД зростає в міру підвищення їхнього освітнього статусу. Якщо серед опитаних з вищою освітою більше половини (58,3%) задоволені рівнем своїх знань, то серед респондентів з неповною середньою освітою — лише 42,1% (рис. 2.1.2.).

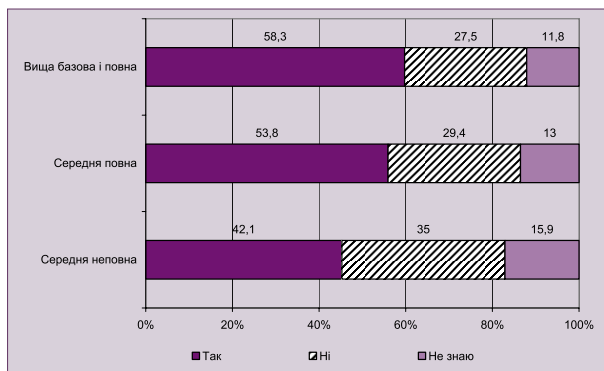


Рис. 2.1.2. Розподіл відповідей СІН на запитання «Чи вважаєте Ви свої знання про ВІА/СНІД достатніми?» залежно від освіти респондентів, %

Проведене опитування дало змогу встановити такі особливості рівня обізнаності та поінформованості споживачів ін'єкційних наркотиків стосовно ВІА/СНІД.

По-перше, опитані СІН добре знайомі із основними шляхами запобігання передачі ВІА. Зокрема, 83-86% респондентів погодились із твердженнями про те, що обов'язкове використання презерватива під час сексуального контакту, перехід на неін'єкційне споживання наркотиків та відмова від спільного використання інструментарію для приготування і введення наркотику дозволяє зменшити ризик інфікування. Водночас третина опитаних не знає, що дезінфікування інструментів у хлорному розчині є одним із шляхів попередження ВІА-інфікування (табл. 2.1.1.).

По-друге, помітно, що респонденти недостатньо знайомі з певними епідеміологічними особливостями перебігу ВІА. Зокрема, лише половина з них знає, що негативний результат обстеження на ВІА не завжди є доказом відсутності ВІА-інфекції у людини. При цьому кожен п'ятий дав помилкову відповідь і чверть опитаних не змогли відповісти. Найменше правильних відповідей було отримано серед наймолодшої вікової групи СІН. Так, якщо серед осіб віком 18 років і менше лише 30% знає про можливість негативного результату обстеження у ВІА-інфікованої людини через існування так званого періоду «вікна» (коли організм ще не почав виробляти антитіла до вірусу), то серед респондентів у віці 25 років і старше — 58% (рис. 2.1.3.). Рівень обізнаності СІН з вищою освітою щодо зазначеного явища помітно перевищує відповідний показник серед опитаних з неповною середньою освітою.

По-третє, значну частину хибних відповідей було отримано на запитання, що торкалися взаємозв'язку і можливості запобігання передачі ВІА від вагітної жінки до плоду та від матері до новонародженої дитини. Зокрема, майже половина респондентів не знають, що відповідне лікування вагітної жінки з ВІА-позитивним статусом суттєво знижує ризик ВІА-інфікування майбутньої дитини.

Загалом рівень та якість знань споживачів ін'єкційних наркотиків щодо ВІА/СНІД оцінюються як посередні. При цьому варто звернути увагу на ту обставину, що обізнаність СІН стосовно двох основних шляхів передачі ВІА — практики споживання ін'єкційних наркотиків та сексуаль-

ної поведінки — дещо відрізняється. Як відомо, основним шляхом передачі ВІА у середовищі наркозалежних вважається ризикова практика споживання ін'єкційних наркотиків.

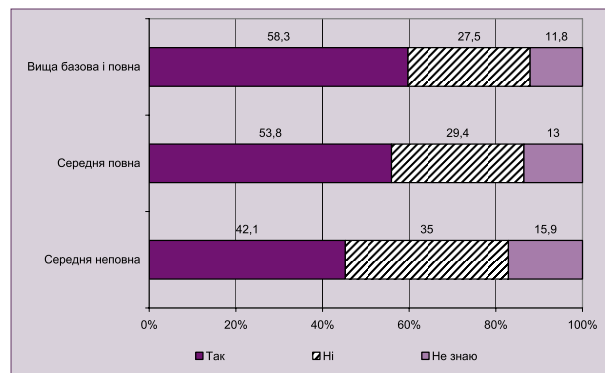


Рис. 2.1.3. Розподіл відповідей СІН на запитання «Чи завжди негативний результат обстеження на ВІА свідчить, що людина не інфікована?» залежно від віку респондентів, %

Тим часом результати різних досліджень свідчать, що вплинути на практику споживання наркотиків легше, ніж на характер сексуальних стосунків, які, зазвичай, відзначаються усталеними і довготривалими моделями поведінки.

Відповідь	Так	Ні	Не знаю
Протизаплідні засоби (за винятком презерватива) є ефективним захистом проти венеричних хвороб і ВІА-інфекції	16	62	22
Якщо вагітна жінка є ВІА-позитивною, то відповідне лікування суттєво знижує ризик ВІА-інфікування майбутньої дитини	52	20	28
Людина, інфікована ВІА, може виглядати як здорова та вести повноцінне життя	79	10	11
Вірус ВІА може передаватися через спільне використання приміщення для помешкання	9	80	11
Дезінфікування інструментів для вживання наркотику ін'єкційним шляхом у хлорному розчині є одним із шляхів попередження ВІА-інфікування	61	17	22

Таблиця 2.1.1. Розподіл відповідей СІН на запитання «Наскільки Ви згодні з такими твердженнями стосовно ВІА/СНІД?», %

Порівняльний аналіз відповідей респондентів щодо шляхів передачі ВІА, з одного боку, поширення сексуальної поведінки та практики вживання наркотиків з підвищеним ступенем ризику (частоти невикористання презерватива під час сексуальних контактів з випадковими і малознайомими особами та поширеності використання шприців або голів інших осіб) — з другого, вказують на існування суттєвих прогалин та недостатній рівень знань саме щодо сексуального шляху передачі ВІА. Зокрема, хоча абсолютна більшість СІН знають, що секс без презерватива є значним фактором ризику, водночас 16% з них переконані, що не лише презерватив, а й інші протизаплідні засоби можуть захистити від ВІА-інфекції та венеричних захворювань. Ще 22% не змогли дати однозначної відповіді. Необізнаність у цьому питанні провокує ризиковану сексуальну поведінку, що суттєво підвищує ризик ураження ВІА. Це стосується, зокрема, кількості статевих партнерів та практики використання презерватива. Питов-

ма вага тих СІН, які помилково розглядають контрацептиви (за винятком презерватива) як ефективний захист проти ВІЛ та ІПСШ, підвищується серед осіб з великою кількістю сексуальних партнерів та тих, хто не використовував презерватив під час останнього сексуального контакту з випадковою чи малознайомою людиною (рис. 2.1.4.).

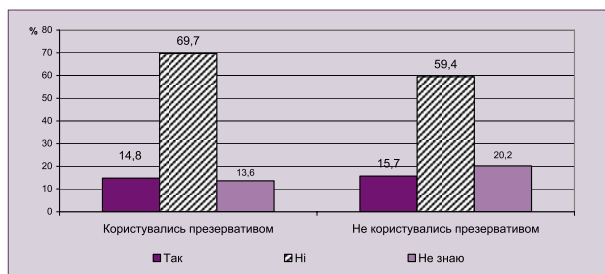


Рис. 2.1.4. Розподіл відповідей СІН на запитання «Чи є проти-запідні засоби (окрім презерватива) ефективним захистом проти ВІЛ та венеричних хвороб?» залежно від використання презерватива під час останнього сексуального контакту з випадковою чи малознайомою особою, %

Недостатня обізнаність СІН з приводу усіх небезпек, пов'язаних із статевим шляхом ВІЛ-інфікування, викликає занепокоєння з огляду на той факт, що більшість СІН є молоддю, яка веде активне сексуальне життя, а вживання наркотиків провокує ризиковану сексуальну поведінку і до того ж певною мірою стимулює сексуальну активність. У цьому контексті профілактичні програми у середовищі СІН, спрямовані тільки на утримання від вживання наркотиків як єдиний шлях попередження передачі ВІЛ, приречені на невдачу. Просвітницька діяльність щодо попередження передачі ВІЛ має передбачати підвищення рівня поінформованості та поліпшення якості знань у сфері як сексуальної поведінки, так і практики вживання наркотиків.

2.2. Обізнаність щодо шляхів передачі ВІЛ-інфекції та шляхів попередження

Зниження ризику інфікування ВІЛ

З метою оцінки рівня обізнаності щодо ризику інфікування ВІЛ респондентам були запропоновані запитання, що показали достатньо високий рівень їх поінформованості в

кожній територіальній групі (середній відсоток правильних відповідей у т/г № 1 — 88%, у т/г № 3 — 86%, у т/г № 2 і № 4 — 83%) (табл. 2.2.1.).

На запитання «Чи можуть люди знизити ризик інфікування ВІЛ, який зумовлює СНІД, шляхом правильного використання презерватива під час кожного сексуального контакту?» найбільш інформованими серед усіх респондентів виявилися жінки з т/г № 1 та № 3 (90% правильних відповідей «так»). Чоловіки з цих груп надали менший відсоток правильних відповідей (88% і 86% відповідно). Загалом обізнаність щодо зниження ризику інфікування ВІЛ шляхом використання презервативів під час сексуальних контактів була вища в опитаних з першої та третьої територіальних груп. Найменший відсоток правильних відповідей на це запитання серед усіх респондентів надали жінки з т/г № 2 та № 4 (80% і 82% відповідно).

Високий відсоток респондентів (від 78% до 88%) погодилися з твердженням, що перехід на неін'єкційні наркотики зменшує ризик інфікування ВІЛ. Чоловіки та жінки з т/г № 4 показали найменшу готовність змінити ін'єкційний наркотик на неін'єкційний — 78% і 79% правильних відповідей «так» на запитання «Чи може людина знизити ризик інфікування ВІЛ, якщо перейде на споживання наркотиків неін'єкційно?».

Певна частка СІН, як серед чоловіків, так і серед жінок, мають знання про те, що при спільному використанні забрудненого кров'ю інструментарію для вживання наркотиків ін'єкційним шляхом існує ризик інфікування ВІЛ — від 84% до 89% респондентів відповіли ствердно на запитання «Чи можуть люди знизити ризик інфікування ВІЛ, якщо відмовляться від використання інструментів для вживання наркотиків ін'єкційним шляхом спільно з іншими особами?». Чоловіки та жінки з т/г № 1 та № 4 набрали однаковий відсоток правильних відповідей на це запитання, у т/г № 2 найбільш обізнаними виявилися чоловіки, у т/г № 3 — жінки.

СІН зі стажем вживання ін'єкційних наркотиків 4-6 років мають найбільший відсоток правильних відповідей «так» (89%), особливо жінки з т/г № 1, які абсолютною всі (100%) погодилися з відмовою від використання спільного інструментарію для вживання ін'єкційних наркотиків (табл. 2.2.2.).

Запитання		територіальні групи											
		1 група			2 група			3 група			4 група		
		Так	Ні	Не знаю	Так	Ні	Не знаю	Так	Ні	Не знаю	Так	Ні	Не знаю
1. Чи можуть люди знизити ризик інфікування ВІЛ, який зумовлює СНІД, шляхом правильного використання презерватива під час кожного сексуального контакту?	чол.	88	7	5	83	2	15	86	3	11	87	6	7
	жін.	90	5	5	80	3	17	90	2	8	82	8	10
2. Чи може людина знизити ризик інфікування ВІЛ, якщо перейде на споживання наркотиків неін'єкційно?	чол.	86	8	6	84	4	12	82	6	12	78	11	11
	жін.	88	7	5	81	5	14	86	4	10	79	10	11
3. Чи можуть люди знизити ризик інфікування ВІЛ, якщо відмовляться від використання інструментів для вживання наркотиків ін'єкційним шляхом спільно з іншими особами?	чол.	89	5	6	88	1	11	82	3	15	85	7	8
	жін.	88	6	6	82	3	15	89	4	7	84	9	7
середній % відповідей		88	6	6	83	3	14	86	4	10	83	9	8

Таблиця 2.2.1. Розподіл відповідей СІН щодо зниження ризику інфікування ВІЛ залежно від статі та належності до територіальної групи респондентів, %

Регіональні групи	% відповідей "так"							
	Серед усіх СІН	Чоловіки / жінки	Стаж вживання ін'єкційних наркотиків, років включно					
			<= 1	1-2	2-4	4-6	6-7	7 +
№ 1	89	чол.	78	92	90	94	84	90
		жін.	86	86	85	100	91	90
№ 2	86	чол.	78	87	77	90	98	92
		жін.	78	82	72	86	93	89
№ 3	85	чол.	75	74	77	90	70	89
		жін.	90	95	91	85	88	86
№ 4	84	чол.	81	85	86	81	97	88
		жін.	76	84	93	83	88	84
середній % відповідей "так"			80	86	84	89	87	86

Таблиця 2.2.2. Розподіл відповідей «так» СІН на запитання «Чи можуть люди знизити ризик інфікування ВІЛ, якщо відмовляться від використання інструментів для вживання наркотиків ін'єкційним шляхом спільно з іншими особами?» залежно від стажу вживання ін'єкційних наркотиків та статі респондентів, %

Як видно з таблиці, найменший відсоток правильних відповідей "так" (80%) відмічається серед СІН зі стажем вживання ін'єкційних наркотиків до 1 року. У респондентів зі стажем вживання ін'єкційних наркотиків більше шести років питома вага правильних відповідей знижується, тобто зменшується оцінка ступеня імовірності власного інфікування ВІЛ при спільному використанні інструментарію для ін'єкційних наркотиків.

При аналізі рівня обізнаності СІН щодо ризику інфікування ВІЛ викликає занепокоєння досить значний відсоток респондентів (крім СІН з т/г № 1), яким невідомі шляхи зниження ризику інфікування ВІЛ. Майже кожний сьомий респондент (14%) з т/г № 2 та кожний десятий (10%) з т/г № 3 обрали варіант відповіді «не знаю» або «важко відповісти». Також 9% СІН з т/г № 4 має ризик бути ВІЛ-інфікованим через неправильне уявлення про засоби запобігання інфікуванню вірусом.

Таким чином, при оцінці рівня обізнаності щодо ризику інфікування ВІЛ відмічається неоднакова поінформованість респондентів у різних територіальних групах. Найбільш поінформованими є СІН з т/г № 1 та № 3, особливо жінки, найменш — з т/г № 2 та 4, особливо чоловіки.

Деякі твердження стосовно ВІЛ/СНІД

На сьогоднішній день у світі немає засобів, у тому числі медикаментозних, якими можна вилікувати людину від ВІЛ-інфекції. Антиретровірусна терапія (АРТ), яка призначається для специфічного етіотропного лікування ВІЛ-інфекції, спрямована на максимальне пригнічення реплікації ВІЛ в організмі, яке приводить до відновлення клітин імунної системи (CD4 лімфоцитів), продовжує стадію безманіфестного носійства ВІЛ, поліпшує стан здоров'я хворого, а також збільшує тривалість і якість його життя.

Протягом останніх десяти років для попередження передачі ВІЛ від ВІЛ-інфікованої жінки до дитини проводять курс антиретровірусної терапії (АРВ-терапія) під час вагітності, при пологах та в післяпологовий період для матері і немовляти. У поєднанні АРВ-терапії з плановим кесаревим розтином у матері і штучним вигодовуванням немовляти ризик вертикальної трансмісії ВІЛ знижується до 2%.

Сьогодні Україна отримує фінансову допомогу щодо купівлі АРВ-препаратів для лікування ВІЛ-інфікованих, але повного доступу для бажаючих одержувати їх досі не і-

снує. Однак АРВ-препарати для профілактики передачі ВІЛ від ВІЛ-інфікованої матері до дитини на теперішній час доступні для кожної вагітної жінки та її майбутньої дитини.

Згідно з даними опитування, найменшу кількість правильних відповідей (52%) дали респонденти стосовно твердження «Якщо вагітна жінка є ВІЛ-позитивною, то відповідне лікування суттєво знижує ризик ВІЛ-інфікування майбутньої дитини». Кожен п'ятий СІН (20%) упевнений, що лікування не впливає на передачу вірусу від ВІЛ-інфікованої вагітної жінки до дитини, а кожний четвертий (24%) — не знає відповіді на це твердження. Аналіз розподілу респондентів за віковими групами та статтю показав, що обізнаність з цього питання набагато вища серед жінок, ніж серед чоловіків, в усіх вікових категоріях СІН (табл. 2.2.3.).

Наскільки Ви згодні з такими твердженнями стосовно ВІЛ/СНІД	Середній СІН	% правильних відповідей						
		Чоловіки / жінки	Вікові групи					
			<=18	19-20	21-24	25-29	30+	
1. Протизаплідні засоби (за винятком презерватива) є ефективним захистом проти венеричних хвороб і ВІЛ-інфекції (правильна відповідь — ні).	62	чоловіки	62	48	50	63	67	67
		жінки	63	47	54	67	66	68
2. Якщо вагітна жінка є ВІЛ-позитивною, то відповідне лікування суттєво знижує ризик ВІЛ-інфікування майбутньої дитини (правильна відповідь — так).	52	чоловіки	49	36	44	46	51	42
		жінки	58	50	57	62	65	57
3. Людина, інфікована на ВІЛ, може виглядати як здорова та вести повноцінне життя (правильна відповідь — так).	79	чоловіки	79	60	74	79	83	82
		жінки	81	70	71	80	84	87
4. Вірус ВІЛ може передаватися через спільне використання приміщення для помешкання (правильна відповідь — ні).	80	чоловіки	80	72	79	79	82	82
		жінки	81	80	76	81	84	84
5. Дезінфікування інструментів для вживання наркотиків ін'єкційним шляхом у хлорному розчині є одним із шляхів попередження ВІЛ-інфікування (правильна відповідь — так).	61	чоловіки	60	53	59	58	61	64
		жінки	62	57	55	66	64	58
середній % правильних відповідей			57	62	6868	71	69	

Таблиця 2.2.3. Розподіл правильних відповідей СІН на деякі твердження стосовно ВІЛ/СНІД залежно від статі та віку респондентів, %

Аналіз отриманих відповідей СІН на твердження «Дезінфікування інструментів для вживання наркотиків ін'єкційним шляхом у хлорному розчині є одним із шляхів попередження ВІЛ-інфікування» також дає підстави для занепокоєння. Серед усіх респондентів тільки 61% погодився із цим твердженням, 17% відповіли «ні», 22% не знали відповіді або вагалися з відповіддю.

Ще складнішою є ситуація щодо обізнаності СІН про цей спосіб обробки інструментів для вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, на що вказує аналіз відповідей в різних територіальних групах (табл. 2.2.4.).

Таблиця 2.2.4. Розподіл правильних відповідей СІН на твердження «Дезінфікування інструментів для вживання наркотику ін'єкційним шляхом у хлорному розчині є одним із шляхів попередження ВІЛ-інфікування» залежно від стажу вживання ін'єкційних наркотиків та статі респондентів, %

Регіональні групи	Серед усіх СІН	% відповідей "так"							
		Чоловіки / жінки	Стаж вживання ін'єкційних наркотиків, років включно						
			<= 1	1-2	2-4	4-6	6-7	7 +	
№ 1	61	чол.	62	64	51	65	59	61	65
		жін.	60	54	55	58	62	64	70
№ 2	70	чол.	69	70	69	65	68	67	72
		жін.	74	74	73	72	69	73	81
№ 3	62	чол.	59	51	63	58	58	59	63
		жін.	66	80	81	65	54	77	56
№ 4	49	чол.	51	46	59	54	59	42	47
		жін.	44	32	42	60	37	5	48
середній % відповідей "так"				53	62	62	58	62	63

Найменш обізнаними з цього питання були респонденти з т/г № 4 — тільки 51% чоловіків і 44% жінок знали про використання хлорного розчину для дезінфікування інструментарію, але серед СІН зі стажем вживання наркотиків до 1 року обізнаність була ще менша — 46% і 32% відповідно. Таким чином, половина чоловіків і 2/3 жінок, які тільки починають вживати ін'єкційні наркотики, у регіоні з низьким рівнем поширеності ВІЛ-інфекції взагалі не використовують дезінфекційних розчинів для профілактики ВІЛ-інфекції.

Існує пряма кореляція між обізнаністю респондентів щодо дезінфікування інструментарію та стажем вживання ін'єкційних наркотиків, особливо вона виражена у т/г № 1, але така залежність має зворотний зв'язок серед жінок т/г № 3 — зниження обізнаності СІН від 80% зі стажем до 1 року до 56% зі стажем більше 7 років.

Слід звернути увагу на досить низку поінформованість щодо твердження «Протизапальні таблетки є ефективним засобом проти венеричних хвороб і ВІЛ-інфекції» як серед чоловіків, так і жінок, особливо серед СІН молодшого віку. Половина респондентів до 20 років правильно не погодилися з цим твердженням.

Однак виявлено досить високу обізнаність серед СІН стосовно зовнішніх проявів захворюваності на ВІЛ/СНІД. Близько 80% респондентів знають, що ВІЛ-інфікована людина може мати здоровий вигляд і вести повноцінне життя. Але запитання щодо зовнішніх проявів ВІЛ є коректним, якщо у ВІЛ-інфікованої особи немає клінічних проявів ВІЛ-інфекції, у тому числі СНІД. Найменш обізнаними щодо зовнішнього вигляду ВІЛ-інфікованої людини виявилися чоловіки, особливо у вікових групах до 18 років (60%), найбільше — жінки, особливо старші 30 років (87%).

Схожа ситуація і з відповідями на твердження «Вірус ВІЛ може передаватися через спільне використання приміщення для помешкання». Було дано 80% правильних відповідей. Практично кожен десятий зі СІН (9%) погодився з хибним твердженням «так», 11% не знали або вагалися з відповіддю.

Взагалі відсоток правильних відповідей на всі твердження стосовно ВІЛ/СНІД, що були запропоновані споживачам ін'єкційних наркотиків, зростає із віком незалежно від статі респондента та належності його до різних територіальних груп. Найменша обізнаність виявлена серед СІН віком до 18 років (57%), найбільша — серед СІН віком 30 років і старше (69%).

Шляхи передачі ВІЛ-інфекції

ВІЛ-інфекція може передаватися від одної людини до іншої трьома основними шляхами, а саме: статевим (гомо— і гетеросексуальним), парентеральним (через кров та інші біологічні речовини) та від ВІЛ-інфікованої матері до дитини (під час вагітності, пологів, при годуванні грудним молоком).

Таблиця 2.2.5. Розподіл відповідей СІН щодо шляхів передачі ВІЛ-інфекції, %

Якими шляхами, на Вашу думку, може передаватися ВІЛ:	Відповіді серед усіх СІН			Правильні відповіді у територіальних групах			
	Так	Ні	Не знаю	1	2	3	4
1. Рукоштовання, обійми (правильне твердження — ні).	3	91	4	94	92	96	91
2. Спільне використання шприців та голки (правильне твердження — так).	96	1	3	98	96	95	96
3. Спільні інструменти та матеріали для приготування наркотику, розчину наркотику (правильне твердження — так).	77	15	8	81	78	76	69
4. Поцілунки без контакту з пошкодженими ділянками, ранами на шкірі партнера (правильне твердження — ні).	28	61	11	59	60	63	65
5. Вагінальні сексуальні контакти без використання презерватива (правильне твердження — так).	94	2	4	96	90	93	95
6. Оральні сексуальні контакти без використання презерватива (правильне твердження — так).	78	12	10	80	74	78	75
7. Гомосексуальні контакти (анальний секс) без використання презерватива (правильне твердження — так).	91	2	7	93	93	89	90
8. Безпосередній контакт з інфікованою кров'ю (правильне твердження — так).	92	4	4	94	87	94	90
9. Від вагітної інфікованої жінки до дитини (правильне твердження — так).	80	6	14	82	77	74	83
10. Під час розмови, кашлю (правильне твердження — ні).	10	81	9	84	82	80	79
11. Переливання крові / продуктів крові (правильне твердження — так).	91	5	4	93	84	91	94
12. Спільне користування туалетом, лазнею, рушником, щіткою, милом (правильне твердження — ні).	13	75	12	77	58	76	65
13. Від ВІЛ-інфікованої матері до новонародженої дитини під час годування груддю (правильне твердження — так).	61	13	26	64	65	57	57
14. Укуси комах (правильне твердження — ні).	18	67	15	72	70	68	56
15. Спільний посуд (правильне твердження — ні).	10	80	10	83	82	78	73
16. Контакт зі слиною іншої людини (правильне твердження — ні).	23	60	17	64	60	56	59
17. "Французький" поцілунок (жорсткий, з укусами, кров'ю) (правильне твердження — так).	81	7	12	86	74	79	80
середній відсоток правильних відповідей				82	78	79	77

Переважає кількість споживачів ін'єкційних наркотиків, котрі брали участь у опитуванні, правильно зазначили шляхи передачі ВІЛ-інфекції — від 61% до 96% правильних відповідей (табл. 2.2.5.).

Найбільша обізнаність щодо шляхів інфікування ВІЛ була виявлена стосовно спільного використання шприців та голів (96% правильних відповідей), вагінальних контактів без використання презерватива (94%) і безпосереднього контакту з інфікованою кров'ю (92%), найменша — стосовно інфікування ВІЛ у випадках контакту зі слиною іншої людини (60%), від ВІЛ-інфікованої матері до новонародженої дитини під час годування груддю (61%), при поцілунках без контакту з пошкодженими ділянками, ранами на шкірі партнера (61%).

Однак 18% респондентів упевнені, що укуси комах можуть призвести до інфікування ВІЛ. Насправді — це абсолютно помилкове ствердження. ВІЛ не передається через укуси комах: комарів, мух, кліщів, бджіл, ос та інших. При укусі ВІЛ-інфікованої людини вірус гине в тілі комахи, тому що може існувати тільки в людських клітинах. Комарі не можуть переносити ВІЛ, тому що вірус гине в його шлунку. Ці факти підтверджуються епідеміологічними даними. У регіонах, де багато комарів і де активно циркулює ВІЛ, поширеність вірусу серед населення не відрізняється від інших регіонів, у тому числі серед дитячого населення та людей похилого віку.

Від 10% до 13% СІН відповіли неправильно стосовно передачі вірусу побутовим шляхом — під час розмови, кашлю, через спільний посуд, спільне користування туалетом, лазнею, рушником, щіткою, милом. Отже, респонденти знають, що вірус знаходиться практично в усіх біологічних секретах інфікованої людини, але не мають чіткого уявлення, що у побуті інфікування ВІЛ практично неможливе. Інфікування може статися за умови потрапляння крові та інших біологічних рідин ВІЛ-інфікованої людини на ушкоджену шкіру та слизові оболонки. Контакт з неушкодженою шкірою абсолютно безпечний.

Найбільш обізнаними щодо шляхів передачі ВІЛ-інфекції виявилися респонденти з т/г № 1. 82% з них цілком правильно вказали шляхи передачі ВІЛ-інфекції. Загалом найменше правильних відповідей щодо можливих шляхів передачі ВІЛ-інфекції дали респонденти з т/г № 4 (77%).

Досить велика кількість відповідей «не знаю» виявилась щодо шляху передачі ВІЛ від ВІЛ-інфікованої жінки до дитини під час годування груддю. Майже кожному четвертому респонденту така інформація невідома (26%). Також 14% СІН схильні вважати, що ВІЛ-інфікована жінка не може народити дитину, не передавши їй ВІЛ-інфекцію.

Таблиця 2.2.6. Розподіл відповідей жінок-СІН щодо шляхів передачі ВІЛ від матері до дитини залежно від віку та стажу вживання ін'єкційних наркотиків матері, %

Якими шляхами, на Вашу думку, може передаватися ВІЛ:	Вікові групи					Стаж вживання ін'єкційних наркотиків, роки						
	<=18	19-20	21-24	25-29	30+	<= 1	1-2	2-4	4-6	6-7	7+	
Від вагітної інфікованої жінки до дитини	73	78	82	84	82	80	82	82	84	90	81	
Від ВІЛ-інфікованої матері до новонародженої дитини під час годування груддю	55	57	67	73	72	61	64	67	75	77	71	

Серед жінок-СІН рівень обізнаності щодо запитань про інфікування дитини ВІЛ від ВІЛ-інфікованої матері корелює з віком респондента та його стажем уживання ін'єкційних наркотиків (табл. 2.2.6.).

Як показує таблиця, відсоток правильних відповідей серед жінок-СІН зростає з віком та збільшенням періоду вживання ін'єкційних наркотиків. Однак обізнаність щодо цих питань у респонденток віком після 30 років і стажем вживання ін'єкційних наркотиків більше 7 років зменшується, що потребує поліпшення інформаційної роботи стосовно шляхів передачі ВІЛ для жінок цієї вікової групи та з більшим стажем вживання ін'єкційних наркотиків.

2.3. Аналіз факторів, що впливають на підвищення рівня поінформованості з проблем

Рівень та якість знань споживачів ін'єкційних наркотиків щодо проблеми ВІЛ/СНІД, як уже зазначалося, формують потребу та детермінують необхідність у тій чи тій моделі поведінки щодо сексуальних стосунків та практики вживання наркотиків. Дослідження рівня обізнаності СІН та пошук чинників його диференціації порівняно з іншими групами населення потребує посиленої уваги як у зв'язку з високим рівнем поширення ВІЛ-інфекції у середовищі наркоспоживачів, так і з огляду на недостатню вивченість явища наркоманії в цілому, що має латентний прихований характер і різко засуджується суспільством.

Результати проведеного дослідження вказують на виражену неоднорідність знань СІН і дозволяють виділити кілька їхніх груп стосовно обізнаності з питань ВІЛ/СНІД. Критерієм групування при цьому слугували відповіді респондентів на запитання щодо підтвердження основних методів зменшення ризику інфікування: правильне використання презерватива під час кожного сексуального контакту, перехід на неін'єкційне споживання наркотиків, відмова від спільного використання інструментарію для приготування наркотику, його дезінфікування у хлорному розчині.

1. Група СІН з **високим** рівнем знань — 48,2%. Це ті респонденти, які погодилися з вищезазначеними шляхами запобігання передачі ВІЛ, тобто дали правильну відповідь на всі чотири запитання.

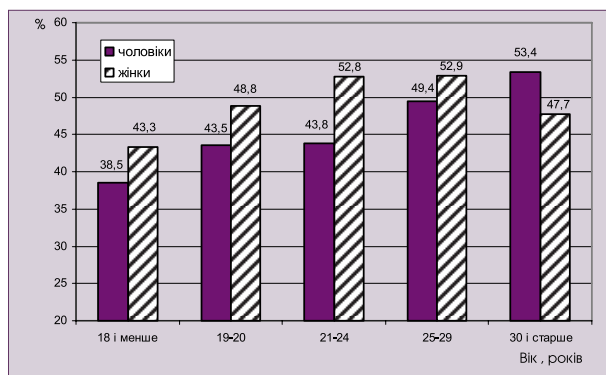
2. Групу СІН з **середнім** рівнем обізнаності (31,2%) утворюють споживачі ін'єкційних наркотиків, які одночасно правильно відповіли лише на два з поставлених запитань: про можливість зменшення ризику ВІЛ-інфікування завдяки регулярному використанню презерватива і відмову від використання інструментів для приготування наркотиків спільно з іншими особами.

3. До групи СІН з **низьким** рівнем знань щодо ВІЛ/СНІД (20,6%) належить решта респондентів, тобто ті, які підтвердили лише один із чотирьох запропонованих методів профілактики ВІЛ-інфекції.

Основними чинниками, що «регулюють» та обумовлюють специфіку поінформованості СІН щодо проблеми ВІЛ/СНІД, є:

— **вік**. Рівень та якість знань помітно поліпшуються з віком: чим старшими були опитані, тим вищою серед них була самооцінка своїх знань і більшою частота правильних відповідей на окремі запитання щодо ВІЛ/СНІД. Неповнолітні мають найнижчий рівень знань і відповідно найвищий ступінь ризику щодо ураження ВІЛ. Так, група з високим рівнем знань серед опитаних СІН у віці 18 років і молодше становила 38-43% (рис. 2.3.1.), а серед респондентів віком 30 років і старше — 48-53% (для чоловіків та жінок відповідно);

Рис. 2.3.1. Частка СІН з високим рівнем знань щодо проблеми ВІЛ/СНІД залежно від віку респондентів, %



— **тривалість споживання ін'єкційних наркотиків.** Цей чинник досить тісно пов'язаний з віком опитаних. Респонденти, які мають менший досвід вживання наркотиків, тобто, здебільшого, наймолодші СІН, відзначаються помітно гіршим рівнем обізнаності щодо питань ВІЛ/СНІД. Зокрема, частка осіб з низьким рівнем знань серед тих, хто вживає наркотики 1 рік та менше, досягає майже 27%, тоді як серед споживачів ін'єкційних наркотиків зі «стажем» вона становить лише 17,5% (рис. 2.3.2.). Така ситуація викликає занепокоєння з огляду на той факт, що серед «початківців» нестача знань поєднується з недостатнім рівнем усвідомлення особистої небезпеки ВІЛ-інфікування. Очевидно, відсутність життєвого досвіду і здорового прагматизму накладають свій негативний відбиток і зумовлюють надмірну оптимістичність настроїв серед споживачів наркотиків з найменшим «трудовим» стажем;

Рис. 2.3.2. Рівень обізнаності СІН щодо проблеми ВІЛ/СНІД залежно від тривалості споживання ін'єкційних наркотиків, %

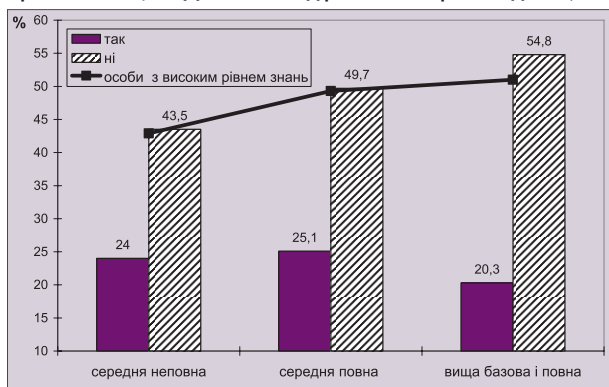


— **освіта.** Рівень освіти виступає важливим «регулятором» обізнаності з питань ВІЛ/СНІД. Частка осіб з високим рівнем обізнаності серед споживачів ін'єкційних наркотиків із середньою неповною освітою помітно поступається відповідному показнику серед респондентів, які здобули вищу освіту: 42,9% проти 51%. Частка тих, хто не погодився з ототожненням ВІЛ-негативного результату обстеження з відсутністю інфекції, становила серед СІН з неповною середньою освітою — 43%, а серед опитаних з вищою освітою — майже 55% (рис. 2.3.3.);

— **місце проживання (тип поселення).** Найкраще поінформованими є споживачі ін'єкційних наркотиків — жителі великих міст та обласних центрів, найменше — мешканці малих міст та сільської місцевості. Фактичною ілюстрацією цього зв'язку може слугувати розподіл відповідей респондентів на запитання «Чи завжди негативний результат тесту на ВІЛ свідчить про те, що людина не інфікована?»

Якщо в обласних центрах помилково відповіли 21% респондентів, то в інших містах — близько 30%. Аналогічну тенденцію можна простежити і на прикладі розподілу відповідей респондентів-мігрантів, прибулих з міських поселень та сіл.

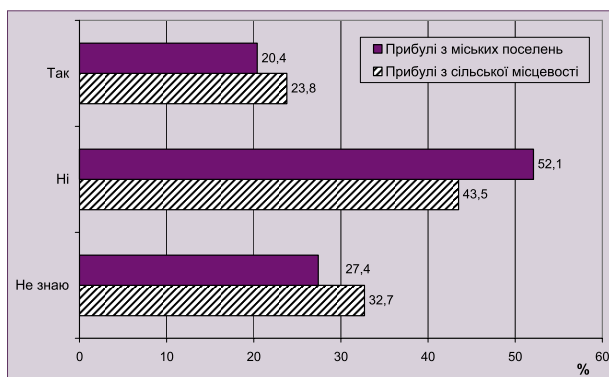
Рис. 2.3.3. Розподіл відповідей СІН на запитання «Чи завжди негативний результат обстеження на ВІЛ свідчить, що людина не інфікована?» та частка осіб з високим рівнем знань щодо проблеми ВІЛ/СНІД залежно від рівня освіти респондентів, %



Зокрема, половина опитаних — приїжджих з інших міст (52,1%) знають, що негативний результат тестування не завжди є підтвердженням ВІЛ-негативного статусу обстеженого, водночас серед вихідців із сільської місцевості відповідний показник становить лише 43,5% (рис. 2.3.4.). Ймовірно, це пов'язано з тим, що у малих населених пунктах та сільській місцевості ситуація з обізнаністю щодо ВІЛ/СНІД загалом є гіршою, ніж у великих містах, тобто небезпідставним є твердження про те, що рівень знань СІН значною мірою відображає рівень обізнаності місцевого населення в цілому;

— **місце проживання (region).** Найвищий рівень обізнаності СІН з питань ВІЛ/СНІД спостерігається в областях з високим рівнем поширення ВІЛ-інфекції, найгірший — в областях з низьким рівнем поширення ВІЛ. Зокрема, за нашою оцінкою, питома вага найбільше обізнаних СІН становить: в областях з низьким рівнем поширення ВІЛ — 35,8%, із середнім рівнем — 46,8%, а в областях з найвищими показниками поширення ВІЛ-інфекції вона досягає 53,5% (рис. 2.3.5.).

Рис. 2.3.4. Розподіл відповідей СІН на запитання «Чи завжди негативний результат обстеження на ВІЛ свідчить, що людина не інфікована?» серед мігрантів, прибулих з міських поселень та сільської місцевості, %

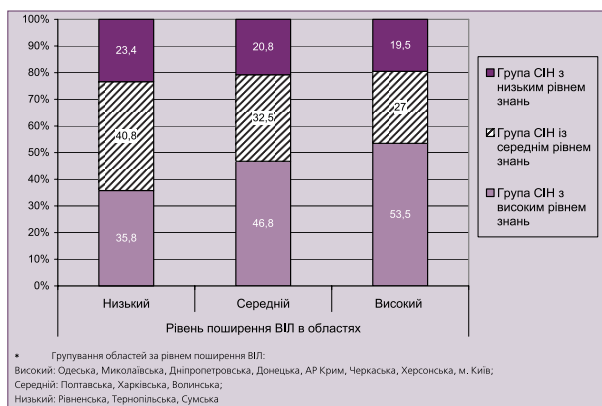


Водночас варто відзначити, що наведені результати дослідження не дають підстав говорити про наявність безпосереднього зв'язку між благополуччними чи неблагополучними показниками поширення ВІЛ-інфекції в регіоні та рівнем знань СІН. Очевидно, вони відображають не

стільки залежність показників обізнаності СІН від стану епідеміологічної ситуації з ВІЛ, скільки є проявом результативності та ефективності діяльності програм, спрямованих на профілактику ВІЛ/СНІД у цьому регіоні;

— поширення та ефективність програм з профілактики ВІЛ/СНІД у регіоні. Саме стан освітньо-просвітницької діяльності, кількість та ефективність профілактичних програм з проблеми ВІЛ/СНІД, рівень охоплення ними споживачів ін'єкційних наркотиків, доступ до ВІЛ-тестування є надзвичайно важливими чинниками, що обумовлюють рівень та якість знань як населення в цілому, так і основних груп ризику зокрема. Підтвердженням такого зв'язку може слугувати частка СІН з високим рівнем обізнаності серед тих, хто знайомий і не знайомий з діяльністю місцевих громадських організацій, які працюють із споживачами ін'єкційних наркотиків. Якщо серед перших зазначений показник становить 55,5%, то серед других — лише 39,2%.

Рис. 2.3.5. Рівень обізнаності СІН у групах областей* з різним ступенем поширення ВІЛ-інфекції, %



За результатами опитування був розрахований один з національних індикаторів, що характеризує відсоток осіб серед СІН, які правильно зазначали шляхи попередження передачі ВІЛ (умовний код УЦГ2, 19).

Чисельник: кількість СІН, які у відповідь на запитання щодо шляхів попередження інфікування ВІЛ зазначили водночас:

- перехід на неін'єкційні наркотики;
- відмову від спільного використання ін'єкційного обладнання;

— дезінфекцію ін'єкційного обладнання у хлорному розчині.

Знаменник: загальна кількість СІН, опитаних під час дослідження.

Відсоток осіб серед СІН-респондентів, які правильно зазначали шляхи попередження передачі ВІЛ (умовний код УЦГ2, 19), склав 51%.

Відсоток осіб по окремо зазначених у чисельнику шляхах знижування ризику інфікування ВІЛ був значно вищий: відсоток осіб, які погодилися з переходом на неін'єкційні наркотики, становив 83%; відсоток осіб, які відмовились від спільного використання ін'єкційного обладнання, — 86%, відсоток осіб, які використовують хлорний розчин для дезінфекції ін'єкційного обладнання, — 60%.

Однак відсоток СІН з одночасною згодою на всі три шляхи знижування ризику інфікування ВІЛ становить тільки половину з опитаних, причому гендерних відмінностей практично не спостерігається. Відсоток осіб серед чоловіків, які правильно зазначали шляхи попередження передачі ВІЛ, склав 50%, серед жінок — 53%.

Таким чином, половина респондентів (51%), які дали одночасну відповідь на ці запитання, по-перше, засвідчили цим позитивний вплив профілактичних програм на підвищення рівня обізнаності щодо шляхів попередження передачі ВІЛ, по-друге, мають найменший ризик інфікування ВІЛ при вживанні ін'єкційних наркотиків.

Другу половину респондентів (49%) можна розглядати як менш обізнану щодо шляхів попередження передачі ВІЛ та як групу з більшим ризиком інфікування ВІЛ при вживанні ін'єкційних наркотиків.

Загалом проведене дослідження дає підстави стверджувати, що відмінності у рівні обізнаності СІН стосовно проблеми ВІЛ/СНІД необхідно вивчати у тісному взаємозв'язку з регіональним суспільним середовищем, в якому вони перебувають. Нерівність СІН щодо знань значною мірою обумовлена наявністю у них певних соціальних ресурсів (вища освіта, проживання у великих містах, діяльність громадських організацій, доступність ВІЛ-тестування і т. д.). У цьому контексті особливої уваги потребує група неповнолітніх СІН, «початківців», значна частина яких може «випадати» з поля зору профілактичних програм і на «залучення» яких мають бути спрямовані превентивні заходи щодо протидії епідемії ВІЛ/СНІД в Україні.

РОЗДІЛ 3.

Ставлення до проблеми ВІЛ/СНІД

3.1. Оцінка ризику інфікування ВІЛ та заходи попередження інфікування представниками цільової групи

Усвідомлення СІН імовірності власного інфікування ВІЛ

Під час опитування було запропоновано оцінити ступінь імовірності власного інфікування ВІЛ (табл. 3.1.1.).

Таблиця 3.1.1. Розподіл відповідей респондентів на запитання "Як Ви вважаєте, наскільки реальним є для Вас особисто ризик ВІЛ-інфікування?", %

Як Ви вважаєте, наскільки реальним є для Вас особисто ризик ВІЛ-інфікування?			Чоловіки / жінки		Вікові групи				
		<=18			19-20	21-24	25-29	30+	
1. Абсолютно реальний	19	чоловіки	19	10	14	15	20	24	
		жінки	20	3	7	17	22	31	
2. Цілком реальний	24	чоловіки	23	15	20	27	26	22	
		жінки	25	14	29	23	28	24	
3. П'ятдесят на п'ятдесят	24	чоловіки	25	24	22	26	24	24	
		жінки	23	12	19	26	21	23	
4. Малоімовірно	20	чоловіки	20	22	23	21	20	17	
		жінки	21	43	24	21	21	11	
5. Мені це абсолютно не загрожує	7	чоловіки	6	16	7	5	5	6	
		жінки	7	15	10	6	5	6	
6. Важко відповісти	5	чоловіки	5	12	9	5	3	3	
		жінки	4	10	4	6	3	3	
7. Інше	1	чоловіки	1	0.5	0.4	1	1	1	
		жінки	1	1	0	0.6	0.6	2	

Реальною перспективою бути ВІЛ-інфікованим вважають 43% СІН — 19% опитаних на запитання щодо вірогідності власного інфікування вибрали відповідь «абсолютно реальний» та 24% — «цілком реальний». Приблизно чет-

верта частина СІН оцінюють ризик власного інфікування ВІЛ «п'ятдесят на п'ятдесят», п'ята частина респондентів визначають можливість бути ВІЛ-інфікованим як малоімовірну.

Гендерних відмінностей серед усіх відповідей практично не спостерігається. Однак є деякі відмінності між респондентами за віковою ознакою. Більш упевнені у тому, що ця загроза їх не торкнеться, споживачі віком до 18 років (16% серед чоловіків і 15% серед жінок). Так, серед СІН цієї вікової групи з малоімовірним ризиком власного інфікування ВІЛ погодилися 43% жінок і 22% чоловіків, абсолютно реальну загрозу бути ВІЛ-інфікованим усвідомлюють тільки 3% жінок і 10% чоловіків. Таким чином, СІН віком до 18 років менше за всіх оцінюють ступінь загрози власного інфікування ВІЛ, тоді як у старіших вікових групах спостерігається найбільше розуміння існуючої для себе загрози й більше усвідомлення особливостей своєї поведінки та ризиків, пов'язаних з нею.

На думку 5% опитаних, перспектива власного інфікування ВІЛ залишається не визначеною для себе, особливо для СІН молодшого віку. Серед респондентів до 18 років кожен десятий (12% чоловіків і 10% жінок) вибрав відповідь «важко відповісти», а серед споживачів після 25 років — тільки 3%.

Тільки близько 1% опитаних визнали, що вони є ВІЛ-інфікованими. Серед них 74% чоловіків і 26% жінок. Аналіз щодо віку та стажу вживання ін'єкційних наркотиків ВІЛ-інфікованих респондентів показав, що питома вага ВІЛ-інфікованих чоловіків більша, ніж ВІЛ-інфікованих жінок, у вікових групах до 30 років і зі стажем вживання ін'єкційних наркотиків до семи років. Найбільший відсоток ВІЛ-інфікованих серед усіх респондентів виявився у віковій групі 30 років і старше та в групі СІН зі стажем вживання наркотиків більше семи років. У цих групах відсоток ВІЛ-інфікованих жінок перевищує відсоток ВІЛ-інфікованих чоловіків на 20% — 43% ВІЛ+ осіб серед чоловіків і 63% ВІЛ+ осіб серед жінок віком 30 років і старше, а також 52% ВІЛ+ осіб серед чоловіків і 76% ВІЛ+ осіб серед жінок зі стажем вживання ін'єкційних наркотиків більше семи років.

Серед СІН до 18 років та стажем до 1 року ніхто не назвався ВІЛ-інфікованим. Незнання свого ВІЛ-статусу або небажання його знати можна пояснити низькою оцінкою ймовірності власного інфікування ВІЛ серед СІН молодшого віку та недостатньою обізнаністю щодо проблеми ВІЛ/СНІД.

Зміна в поведінці СІН

Однією з умов запобігання власному інфікуванню ВІЛ є не тільки потреба знання проблеми ВІЛ/СНІД, а й зміна свого ставлення до неї, у тому числі зміна своєї ризикованої поведінки. Респондентам було запропоновано вказати реальні, практичні кроки, які вони здійснили після того, як дізналися про проблеми ВІЛ/СНІД (табл. 3.1.3.).

За даними опитаних, найбільший відсоток серед усіх запропонованих відповідей був отриманий про зміну в поведінці щодо використання одноразових шприців та голки — 54%. Майже кожен третій почав уникати спільного користування ін'єкційним інструментарієм (33%) і використовувати презерватив (27%). Кожен четвертий став відвідувати пункт «Довіра» / пункт обміну шприців (25%) і зробив тестування на на-

явність ВІЛ-інфекції (24%). Майже кожен п'ятий зменшив кількість сексуальних партнерів (19%).

Таблиця 3.1.3. Розподіл відповідей респондентів на запитання «З того часу, коли вперше почули про ВІЛ/СНІД, чи робили Ви що-небудь для того, щоб уникнути інфікування?», % (респондент міг обрати декілька варіантів відповідей)

Варіанти відповідей	%
1. Почав(ла) використовувати тільки одноразові шприци та голки	54
2. Почав(ла) уникати спільного користування ін'єкційним інструментарієм	33
3. Почав(ла) використовувати презерватив	27
4. Став(ла) відвідувати пункт "Довіра" / пункт обміну шприців	25
5. Зробив(ла) тестування на наявність ВІЛ-інфекції	24
6. Нічого не робив(ла) для того, щоб уникнути інфікування	22
7. Зменшив(ла) кількість сексуальних партнерів	19
8. Зменшив(ла) вживання наркотиків ін'єкційним шляхом	6
9. Почав(ла) відвідувати консультації лікаря з питань безпечного вживання наркотиків	5
10. Почав(ла) відвідувати консультації лікаря з питань ВІЛ/СНІД, захворювань, що передаються статевим шляхом, та шляхів їх попередження	4
11. Почав(ла) обробляти хлорним розчином інструменти для вживання наркотиків ін'єкційним шляхом	4
12. Кип'ячу "ширку"	0,3
13. Промиваю, стерилізую, дезінфікую шприц	0,2
14. Готую наркотик самостійно	0,2

Однак 22% респондентів нічого не робили для того, щоб уникнути інфікування ВІЛ. Аналіз розподілу відповідей СІН на це твердження (нічого не робив) у кожній територіальній групі показав, що найвищий відсоток (28%) був виявлений за даними опитаних т/г № 4, найнижчий — т/г № 3 (15%) (табл. 3.1.4.).

Таблиця 3.1.4. Розподіл відповідей «так» респондентів на твердження «Нічого не робив(ла) для того, щоб уникнути інфікування», %

Територіальні групи	% відповідей "так"							
	Сін	Чоловіки / жінки	Вікові групи					
			<=18	19-20	21-24	25-29	30+	
№ 1	23	чол.	25	40	24	24	23	22
		жін.	20	23	19	22	18	21
№ 2	23	чол.	23	36	28	21	17	24
		жін.	22	29	31	20	14	30
№ 3	15	чол.	16	21	27	22	14	7
		жін.	13	10	5	19	13	12
№ 4	28	чол.	28	54	37	28	26	20
		жін.	27	60	32	32	25	14

Частка респондентів, які нічого не робили для того, щоб уникнути інфікування ВІЛ, зменшується з віком. Чоловіки менше, ніж жінки, дбають про власне здоров'я. Більше серед усіх опитаних СІН недооцінюють ризик своєї поведінки респонденти у віці до 18 років (від 21% до 60% залежно від територіальної групи).

На жаль, тільки 6% респондентів зменшили вживання ін'єкційних наркотиків, 4% стали обробляти хлорним розчином інструменти для вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, 5% опитаних почали відвідувати консультації лікаря з питань безпечного вживання наркотиків, 4% — консультації лікаря з питань ВІЛ/СНІД, захворювань, що передаються статевим шляхом, та способів їх запобігання. Ще менший відсоток СІН (до 1%) вказали на такі профілактичні заходи попередження інфікування ВІЛ, як кип'ятіння «ширки», промивання, стерилізація та дезінфекція шприців, виготовлення наркотиків самостійно.

Таким чином, незважаючи на достатньо високий рівень поінформованості щодо ризику інфікування ВІЛ серед респондентів кожної територіальної групи (розділ 2.2.), насправді знання щодо окремих питань практично не застосовуються або застосовуються в обмеженому обсязі. Це потребує більш якісного проведення профілактичних програм з уникнення інфікування ВІЛ у середовищі ін'єкційних наркоманів і доведення отриманих знань до практичних дій з кожного профілактичного заходу.

Висновки і рекомендації

1. Невід'ємною складовою реалізації програм щодо протидії епідемії ВІЛ/СНІД у середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків є підвищення рівня їхньої поінформованості про шляхи передачі ВІЛ і основні методи запобігання ВІЛ-інфікуванню з метою засвоєння ними навичок безпечної практики вживання наркотиків та безпечної сексуальної поведінки. Оскільки група активних споживачів наркотиків є важкодоступною, зазнає стигматизації і суспільного відчуження, що унеможливорює тісний контакт і спілкування з державними структурами, провідна роль в активізації превентивних заходів у середовищі наркозалежних належить громадським організаціям, які мають забезпечити доступність для СІН достовірної та повної інформації.

2. Особливої уваги потребують СІН-«початківці» (здебільшого неповнолітні), які найгірше обізнані щодо ВІЛ/СНІД і найчастіше перебувають у «підпіллі», а також СІН — жителі малих міст і мігранти-вихідці із сільської місцевості. Оскільки офіційні джерела інформації для них є малодоступними, значна частина таких СІН випадає з поля зору профілактичних програм. Активні зусилля громадських організацій мають бути спрямовані на охоплення СІН-початківців програмами зменшення шкоди з тим, щоб вибір на користь безпечних форм поведінки став невід'ємною частиною їхнього способу життя вже на початку наркотичної «кар'єри».

3. Хоча основним шляхом передачі ВІЛ у середовищі наркозалежних є ризикова практика споживання ін'єкційних наркотиків, проведений аналіз засвідчив наявність істотних прогалин та недостатню обізнаність СІН стосовно статевого шляху інфікування, що провокує ризиковану сексуальну поведінку. З огляду на те, що більшість СІН є молоддю, яке веде активне сексуальне життя, просвітницька діяльність щодо ВІЛ має орієнтуватись на підвищення рівня їхньої поінформованості та якості знань щодо достовірних, а не міфічних шляхів запобігання передачі ВІЛ під час сексуальних контактів.

4. Профілактичні програми у середовищі СІН мають передбачати надання інформації не лише про основні шляхи передачі ВІЛ, а й про реальні й доступні можливості зменшення ризику ВІЛ-інфікування. Зокрема, коли йдеться про практику безпечних ін'єкцій, необхідно не лише акцентувати увагу на відмові від використання спільних шприців та голок, а й інформувати

про можливості дезінфікування інструментарію для виготовлення і вживання наркотиків як засіб запобігання передачі ВІЛ (що, зокрема, для значної частини опитаних СІН виявилось незнайомим).

3.2. Рівень толерантності СІН щодо ЛЖВС

Обмеженість обізнаності стосовно шляхів передачі ВІЛ-інфекції зумовлюють хибні погляди щодо інфікування ВІЛ у побутових умовах. Як показує практика, наслідком незнання та неправильного уявлення про механізм зараження ВІЛ є підвищена обережність при спілкуванні з ВІЛ-інфікованою людиною з проявами щодо неї елементів стигматизації й дискримінації.

Слід запам'ятати, що у побуті інфікування ВІЛ практично неможливе. Передача ВІЛ-інфекції можлива тільки через кров та інші біологічні рідини. З метою попередження зараження, а також у разі спільного перебування ВІЛ-інфікованих і не інфікованих ВІЛ осіб необхідно дотримуватися звичайних гігієнічних вимог.

Людина, яка здійснює догляд, повинна уникати контакту з кров'ю ВІЛ-інфікованої особи та її іншими біологічними рідинами, не допускаючи їх потрапляння на шкіру, особливо ушкоджену, та слизові оболонки. Також потрібно виключити спільне користування членів сім'ї предметами догляду, які можуть бути забруднені кров'ю або біологічними рідинами (ножиці, гребінці, зубні щітки тощо). За наявності у ВІЛ-інфікованого члена сім'ї уражень шкіри, слизових оболонок, шлунково-кишкового тракту необхідно використовувати дезінфікуючі розчини під час миття посуду, прибирання квартири, санвузла. Якщо у людини, яка здійснює догляд за ВІЛ-інфікованим членом сім'ї, є рани на руках, то їх необхідно заклеїти непромокальним лейкопластиром або надіти гумові рукавички, які запобігають контакту з кров'ю і біологічними рідинами. В сім'ях та колективах, де є ВІЛ-інфіковані особи, можна користуватися загальним посудом, постільною білизною, побутовими предметами, при цьому необхідно дотримуватися звичайних правил гігієни.

Серед опитаних 52% побоюються їсти разом з одного посуду з людиною, котра точно є ВІЛ-інфікованою / хворою на СНІД, 32% — їли б разом з одного посуду, 16% — вагаються з відповіддю (табл. 3.2.1.). Таким чином, близько 70% респондентів відмовилися б або утрималися їсти разом з одного посуду з ВІЛ-інфікованим, тобто бояться інфікуватися ВІЛ побутовим шляхом.

Запитання «Якщо член Вашої родини був би ВІЛ-інфікованим, чи погодились би Ви піклуватися про нього / неї у своїй домівці?» набрало 74% відповідей «так», але майже кожен десятий (9%) відмовився б від піклування про ВІЛ-інфікованого члена сім'ї.

Високий відсоток відповідей, які свідчать про існуючу стигматизацію щодо ВІЛ-інфікованої людини у шкільному колективі, становлять відповіді «ні» на запитання «Якщо в учня виявили ВІЛ-інфекцію, але він ще не хворий на СНІД, чи можна йому дозволити й далі відвідувати школу?» (19%) та «Якщо вчитель(ка) інфікований(на) ВІЛ, але не хворіє на СНІД, чи має він (вона) право продовжувати працювати у школі?» (30%). Тільки половина респондентів погодилася з перебуванням ВІЛ-інфікованої вчительки у шкільному колективі, 60% — з продовженням шкільних занять ВІЛ-інфікованого учня.

Найбільше труднощів викликало запитання «Якщо Ви дізнаєтесь, що продавець у продуктовому магазині ВІЛ-інфікований, чи будете Ви купувати в нього продукти?». З відсутністю ризику інфікування ВІЛ через продукти, якщо продавець у продуктовому магазині ВІЛ-інфікований, погодились тільки 45% респондентів з числа СІН, 37% респондентів упевнені, що такий ризик існує.

На запитання «Якщо член Вашої родини був би ВІЛ-інфікованим, чи хотіли б Ви тримати це в секреті?» близько 80% опитаних дали ствердну відповідь, не бажаючи розповідати про позитивний ВІЛ-статус членів своєї родини. Кожен десятий СІН погодився розповісти про свого ВІЛ-інфікованого родича або відповів «не знаю».

Таким чином, серед СІН існує дуже низький рівень толерантності щодо ЛЖВС. Обмеженість знання механізму передачі ВІЛ від однієї людини до іншої призводить до страху бути інфікованим ВІЛ у побуті та стигматизації щодо ВІЛ-інфікованої людини.

Таблиця 3.2.1. Розподіл відповідей респондентів на запитання стосовно толерантності щодо ЛЖВС, %

Запитання	Так	Ні	Не знаю	Немає відповіді
1. Чи їли б Ви разом з одного посуду з людиною, котра, як ви точно знаєте, є ВІЛ-інфікованою / хворою на СНІД?	32	52	15	1
2. Якщо член Вашої родини був би ВІЛ-інфікованим, чи погодились би Ви піклуватися про нього / неї у своїй домівці?	74	9	14	3
3. Якщо в учня виявили ВІЛ-інфекцію, але він ще не хворий на СНІД, чи можна йому дозволити й далі відвідувати школу?	62	19	17	2
4. Якщо Ви дізнаєтесь, що продавець у продуктовому магазині ВІЛ-інфікований, чи будете Ви купувати в нього продукти?	37	45	16	2
5. Якщо вчитель(ка) інфікований(на) ВІЛ, але не хворіє на СНІД, чи має він (вона) право продовжувати працювати у школі?	51	30	18	1
6. Якщо член Вашої родини був би ВІЛ-інфікованим, чи хотіли б Ви тримати це в секреті?	78	10	9	3

РОЗДІЛ 4. Рівень охоплення профілактичними програмами цільової групи

4.1. Рівень поінформованості щодо існування програм профілактики, які проводяться як урядовими, так і неурядовими організаціями

За результатами проведеного дослідження було виявлено, що трохи більше половини з опитаних (55,3%) СІН знають про існування громадських організацій в їхніх містах. Але лише близько двох третин з числа тих, хто зазначив, що знає про роботу таких організацій, (36%) змогли назвати точні назви громадських організацій, які працюють зі споживачами ін'єкційних наркотиків. Тобто фактично реальними знаннями про громадські організації, які надають послуги СІН у містах, де проводилось опитування, володіють 36% респондентів.

За даними проведеного дослідження, про роботу ПОШ та КП «Довіра» знає трохи більше половини СІН, що становить 53% із загальної кількості опитаних. Це свідчить про низький рівень поінформованості щодо профілактичних програм, які здійснюються як державними, так і недержавними організаціями.

Таким чином, можна говорити про необхідність проведення інформаційно-роз'яснювальної роботи на місцевому рівні з боку як державних, так і громадських організацій з метою підвищення рівня поінформованості СІН щодо можливостей участі у профілактичних програмах.

4.2. Охоплення СІН програмами профілактики

Незважаючи на те, що трохи більше половини опитаних СІН зазначили, що знають про роботу ПОШ та КП «Довіра», насправді ж користуються послугами цих організацій менше половини опитаних СІН, що складає 40% від загальної кількості опитаних. Більшість з них віддає перевагу стаціонарним пунктам обміну шприців та КП. Вони становлять 19% усіх опитаних. Ще 15% опитаних користуються послугами так званих «аутріч-пунктів», тобто маршрутів, на яких працюють соціальні працівники та волонтери. І лише 6% користуються послугами мобільних ПОШ.

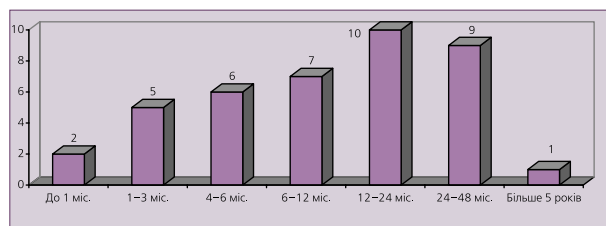


Рис. 4.2.1. Тривалість користування СІН послугами ПОШ та КП «Довіра»

На рис. 4.2.1 зображено діаграму, яка показує тривалість користування СІН послугами ПОШ та КП «Довіра». За даними проведеного дослідження було виявлено, що серед клієнтів ПОШ та КП «Довіра» більшість складають ті, хто постійно звертається по допомогу протягом одного чи двох років. Але не менш значущою є кількість СІН, які мають досвід користування послугами від двох до чотирьох років (9%). Зважаючи на той факт, що КП «Довіра» та ПОШ розпочали свою діяльність у 2001 році, можна говорити про те, що ці респонденти відвідують ПОШ та КП «Довіра» з самого початку їхньої діяльності. Також сюди мож-

на віднести і тих, хто відповів, що користується послугами ПОШ та КП «Довіра» більше п'яти років.

Результати проведеного дослідження, які стосуються частоти звернень респондентів до КП «Довіра» та ПОШ (рис. 4.2.2.), показують, що респонденти користуються послугами цих організацій з частотою від 2 до 4 разів на тиждень. Один раз на тиждень за послугами до ПОШ та КП звертаються лише близько четвертої частини тих респондентів, які вважають себе користувачами послуг цих організацій. Лише 6% респондентів з числа користувачів послуг ПОШ та КП зазначили, що звертаються за послугами щодня. Від 2 до 3 разів на місяць до ПОШ та КП «Довіра» звертається кожен десятий респондент, який вважає себе користувачем послуг даних організацій. Кількість СІН, які відвідують пункти обміну шприців 1 раз на місяць та рідше, складає приблизно 3%.

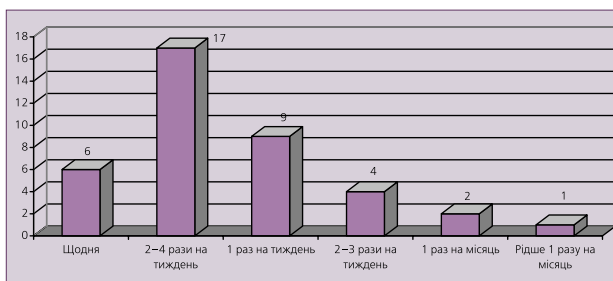


Рис. 4.2.2. Частота звернень споживачів ін'єкційних наркотиків до ПОШ та КП «Довіра»

Зважаючи на кількість СІН, які вважають себе користувачами послуг ПОШ та КП «Довіра», на тривалість користування послугами та частоту звернень, можна говорити про загальном низький рівень охоплення СІН профілактичними програмами і програмами зменшення шкоди зокрема. Хоча в цілому 38% респондентів з числа тих, хто користується послугами ПОШ та КП «Довіра» (40% з усіх опитаних), задоволені роботою цих організацій, планують і надалі користуватися їх послугами, а також порадять звертатися до них своїм друзям з числа СІН.

Аналіз результатів проведеного дослідження показав, що рівні поінформованості та охоплення СІН профілактичними програмами не є однаковими. Як зазначалося раніше, знають 55%, а користуються послугами — 40% опитаних. З цього можна зробити висновок про необхідність проведення мотиваційних програм з метою підвищення рівня безпосереднього охоплення СІН профілактичними програмами та програми зменшення шкоди включно.

4.3. Спектр послуг

За даними проведеного дослідження було виявлено, що 55,3% респондентів знають про існування громадських організацій в їхньому місті. Ці дані дають нам змогу припустити, що СІН, які знають про існування громадських організацій в їхньому місті, зверталися до них за послугами особисто або користувалися їхніми послугами опосередковано, тобто через знайомих, друзів чи родичів. Аналіз відповідей респондентів показав, що більшість респондентів, яка складає 78% загальної кількості опитаних, користуються послугами громадських органі-

зацій. Спектр послуг, за якими звертаються респонденти до громадських організацій, зображено в табл. 4.3.1 «Користування СІН послугами громадських організацій». Для того, щоб визначити, які саме послуги користуються популярністю серед респондентів з числа СІН, їм було запропоновано дати декілька відповідей на запитання «Якими з послуг, котрі надають громадські організації, профілактичні програми, Ви користуєтесь?». Таким чином, вдалося визначити спектр тих послуг, яким СІН віддають перевагу.

Таблиця 4.3.1. Користування СІН послугами громадських організацій

№ з/п	Вид послуг	Кількість користувачів
1	Гуманітарна допомога:	93%
	Обмін шприців	41
	Отримання дез. розчинів	21
	Отримання презервативів	31
2	Інформаційні:	43%
	Отримую інформаційні буклети, брошури	37
	Отримую інформацію щодо допомоги інших організацій	6
3	Медичні:	34,1%
	Отримую медикаменти	25
	Безкоштовне обстеження на ХПШ/ВІЛ	9
	Відвідую лікаря	0.1
4	Психологічні:	29%
	Телефон довіри	4
	Консультації психолога	14
	Групи взаємодопомоги	7
	Консультації з питань психологічних стосунків, психічного здоров'я	4
5	Інформаційно-консультаційні послуги з питань:	40%
	безпечного вживання ін'єкційних наркотиків	7
	припинення вживання наркотиків	8
	безпечного сексу	4
	ВІЛ/СНІД, ХПШ	7
	Тестування на ВІЛ	5
	Попередження абсцесів	5
	Попередження передозувань	4
6	Консультації юриста	9%

Загалом послуги, які надаються громадськими організаціями в рамках профілактичних програм, можна умовно поділити на гуманітарну допомогу, яка включає обмін шприців, розповсюдження презервативів та дезінфікуючих розчинів; інформаційну, медичну, психологічну та юридичну допомогу, а також інформаційно-консультаційні послуги.

Аналіз спектра послуг, який було отримано в результаті дослідження, дозволяє зробити висновок про те, що більшість опитаних частіше звертаються до громадських організацій по гуманітарну допомогу, а саме за послугами обміну шприців та отриманням презервативів.

Другим за значенням для респондентів виявились інформаційні послуги і зокрема розповсюдження буклетів, брошур — 37% респондентів зазначили, що отримують інформаційні матеріали у такому вигляді.

На третьому місці за значенням для респондентів знаходяться інформаційно-консультаційні послуги. Респонденти відзначили, що відвідують консультації з різних питань, пов'язаних з ризиками під час вживання ін'єкційних наркотиків.

Не менш важливими для респондентів виявились і медичні послуги, зокрема безкоштовне отримання медичних препаратів. Відсоток тих, хто зазначив, що користується послугами безкоштовного обстеження на хвороби, які передаються статевим шляхом та ВІЛ-інфекцію, виявився незначним (9%). Це може свідчити про те, що доступність проходження обстеження на ХПШ та ВІЛ залежить певною мірою не від того, платно чи безкоштовно є ця послуга.

Аналіз результатів проведеного дослідження дає змогу говорити про те, що у СІН не виникає гострої потреби у психологічних послугах, які надаються громадськими організаціями. Частка респондентів, які зазначили, що користуються психологічними послугами, становить 29%, причому найбільшою популярністю користуються консультації психолога (14%).

Найменше респонденти звертаються за юридичними послугами до громадських організацій. Частка тих, хто зазначив, що користується послугами юриста, становить лише 9%.

Таким чином, виявляється, що респонденти з числа СІН насамперед відчують потребу в послугах обміну шприців, безкоштовному отриманні презервативів та дезінфікуючих розчинів. Це може свідчити про те, що представники цієї категорії респондентів усвідомлюють певні ризики, пов'язані із вживанням ін'єкційних наркотиків, зокрема передачі ВІЛ-інфекції та інших інфекційних хвороб.

4.4. Оцінка впливу програм профілактики на рівень знань, сформованих уявлень та поведінку представників цільових груп

Вплив програм профілактики на рівень знань та поведінку представників з числа СІН можна оцінити шляхом виявлення взаємозалежності тривалості користування послугами громадських організацій і профілактичних програм та практикуванням безпечної поведінки.

На рис. 4.4.1 зображено діаграму, яка показує практику використання шприца іншої особи залежно від тривалості користування послугами ПОШ та КП «Довіра».

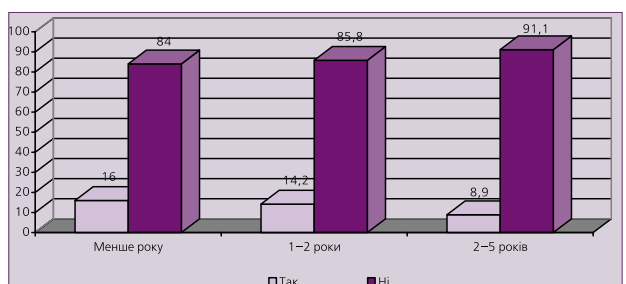


Рис. 4.4.1. Практика використання шприца іншої особи залежно від тривалості користування послугами КП «Довіра»

Таким чином, відсоток тих, хто не використовує шприц іншої особи, зростає залежно від часу, протягом якого респондент є користувачем послуг ПОШ чи КП.

На формування патернів безпечної поведінки СІН також може впливати і досвід користування послугами КП та ПОШ, тобто період, протягом якого респондент користується послугами цих організацій. На рис. 4.4.2 зображено діаграму, яка вказує на залежність практик використання одноразового шприца від тривалості користування послугами ПОШ та КП «Довіра». Практика використання одноразового шприца практично не залежить від тривалості користування послугами ПОШ та КП, оскільки як ті,

хто користується послугами ПОШ та КП менше року, так і ті, хто робить це від 2 до 5 років, у більшості випадків користуються новим шприцом для кожної ін'єкції.

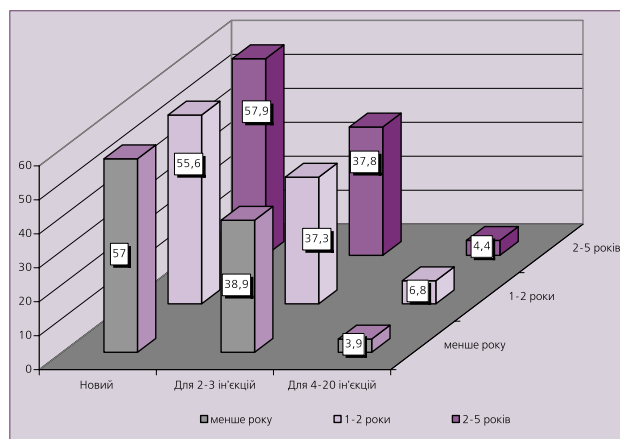


Рис. 4.4.2. Частота використання разового шприца залежно від досвіду користування послугами КП «Довіра»

Аналіз практик використання голки чи шприца іншої особи показує, що вона майже не залежить від тривалості користування послугами ПОШ та КП. Таким чином, було виявлено, що переважна більшість СІН (84,7%), які користуються послугами ПОШ та КП, ніколи не використовують голку чи шприц іншої особи. Частка цих респондентів із загальної кількості опитаних становить 26,6%. Не набагато відрізняються і відповіді тих респондентів, які користуються послугами ПОШ менше року та від 1 до 2 років, кількість СІН відповідно становить 75,1% та 80,1%. Із загальної кількості опитаних частка тих, хто ніколи не використовує голку чи шприц іншої особи і користується послугами ПОШ та КП менше одного року, становить 49,1%. Інші 24,3% із загального числа опитаних, які є клієнтами ПОШ чи КП протягом 1-2 років, також не використовують голку чи шприц іншої особи або роблять це дуже рідко.

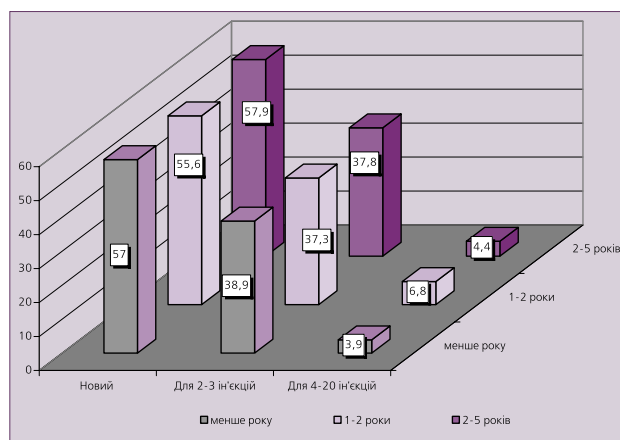


Рис. 4.4.3. Частота використання голки чи шприца іншої особи залежно від тривалості користування КП «Довіра»

Отже, термін, протягом якого респонденти з числа СІН користуються послугами ПОШ та КП «Довіра», не має значного впливу на практику використання засобів для ін'єкцій іншої особи. Важливе значення за цих умов має взагалі користування послугами профілактичних програм, оскільки за результатами проведеного дослідження було виявлено, що практично всі респонденти, які є користувачами послуг ПОШ або КП «Довіра», ніколи не використовують голку чи шприц іншої особи. Тобто можна говорити про те, що практика безпечної

поведінки залежить від участі у профілактичних програмах ПОШ та КП «Довіра».

Безпечної поведінки у статевих стосунках респонденти СІН з числа користувачів послуг ПОШ та КП «Довіра» дотримуються частіше під час сексуальних контактів за винагороду. Діаграма, зображена на рис. 4.4.4, показує, що ті респонденти, які користуються послугами ПОШ чи КП «Довіра» та надають сексуальні послуги за винагороду, практично завжди використовують презерватив при сексуальних контактах за винагороду.

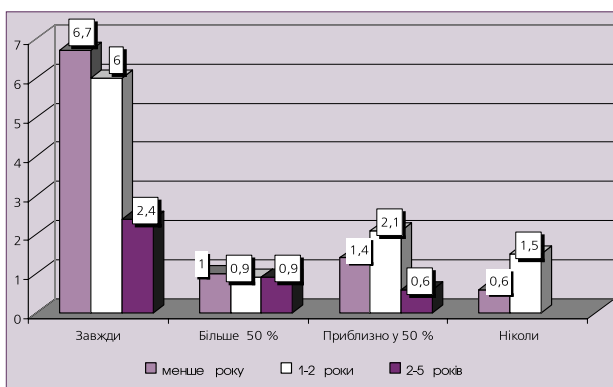


Рис. 4.4.4. Практика використання презерватива під час сексуальних контактів за винагороду залежно від досвіду користування послугами КП «Довіра»

Діаграма, зображена на рис. 4.4.5, показує, що ситуація з використанням презерватива під час сексуальних контактів з постійним партнером є практично відмінною від тієї, що відбувається під час сексуальних контактів за винагороду.

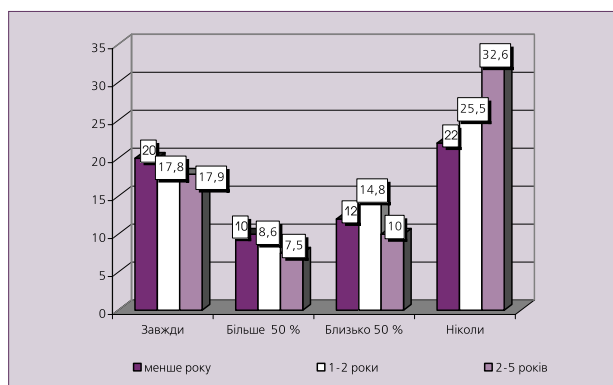


Рис. 4.4.5. Практика використання презерватива під час сексуальних контактів з постійним партнером залежно від досвіду користування КП «Довіра»

Тобто респонденти, які користуються послугами ПОШ та КП «Довіра» від 2 до 5 років, практично не використовують презерватив під час сексуальних контактів з постійними партнерами. На відміну від них, ті респонденти, які користуються послугами тих же організацій менше одного року, схильні використовувати презерватив під час сексуальних контактів з постійним партнером. Хоча 22% з тих, хто користується послугами ПОШ та КП, зазначили, що взагалі не користуються презервативом під час сексуальних контактів з постійним партнером.

Близько 20% загальної кількості опитаних зазначили, що використовують презерватив під час сексуальних контактів з постійним партнером. З них трохи більше половини (54,1%) є користувачами послуг ПОШ та КП «Довіра» менше року.

За результатами проведеного опитування відсоток СІН, які почали дотримуватися поведінки, що знижує ризик передачі ВІЛ (не використовували спільний ін'єкційний інструментарій та використовували презерватив під час останнього статевого контакту), становить 19,5%.

Питома вага СІН, які почали дотримуватися поведінки, що знижує ризик передачі ВІЛ серед тих, які охоп-

лені профілактичними програмами (користується послугами «Довіри», пункту обміну шприців), складає 24%, серед тих, які не охоплені профілактичними програмами, — 16%.

Таким чином, результати дослідження дозволяють зробити висновок про те, що участь СІН у різних профілактичних програмах має значний вплив на практику безпечної поведінки.

РОЗДІЛ 5. Добровільне тестування на ВІЛ та консультування СІН

Перспективи підвищення ефективності боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІД значною мірою пов'язані з доступністю сучасних методів лабораторної діагностики, яка базується насамперед на методах виявлення протитвірусних антитіл.

Найбільшого поширення у наш час набув метод визначення специфічних антитіл до ВІЛ за допомогою імуноферментного аналізу (ІФА), який здійснюється в межах скринінгових досліджень у всіх регіонах України за рахунок місцевих бюджетів. Скринінг являє собою методологічний підхід, який застосовують для обстеження населення чи окремих його груп, наприклад, СІН, для виявлення ВІЛ-інфекції, її поширеності та факторів, що сприяють виникненню й розвитку епідемічного процесу. Добровільне тестування сироваток крові, одержаних як у осіб без клінічних ознак захворювання, так і в осіб з клінічними симптомами, дає змогу визначити наявність ВІЛ-інфекції або СНІД.

Імовірність того, що аналіз дозволить точно визначити статус людини, яка обстежується на ВІЛ, змінюється залежно від поширеності ВІЛ-інфекції в популяції, до якої належить цей індивід.

Споживачі ін'єкційних наркотиків усе ще залишаються рушійною силою епідемії, середовищем, де продовжує активно поширюватися ВІЛ (за даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІД у загальній масі на 01.01.2003 р. вони становили 65%). Це група найвищого ризику інфікування, і тому закономірним є питання досвіду СІН щодо проходження тестування на ВІЛ.

Результати опитування вказують на те, що загалом 82% СІН мають можливість зробити конфіденційний тест на ВІЛ, 8% не мають такої можливості, а 10% було важко відповісти. У той же час відмічено коливання відсотка СІН, які мають можливість зробити конфіденційний тест на ВІЛ, залежно від рівня поширеності ВІЛ. Так, у регіонах з високим рівнем поширеності ВІЛ він становить 84%, у регіонах із середнім рівнем — 81%, а у регіонах з низьким рівнем — 76%.

Достовірної причини недоступності лабораторного обстеження на ВІЛ визначити не вдалося.

При доволі високому рівні доступності тестування на ВІЛ тільки 54%, тобто трохи більше половини серед усіх опитаних СІН, робили тест на ВІЛ. Зважаючи на те, що СІН належать до групи найвищого ризику інфікування, цей показник, який відображає діяльність програм та поведінкові тенденції, не можна вважати цілком задовільним.

Про результат тесту на ВІЛ знають 92% серед тих, хто пройшов цей тест. Такий високий відсоток свідчить про усвідомлення СІН небезпеки ін'єкційного вживання наркотиків, а також про наявність мотивації для лабораторного обстеження.

У зв'язку з цим закономірно постає запитання — коли останній раз був зроблений тест на ВІЛ? Серед усіх опитаних СІН 30% дали відповіді, що вони робили тест на ВІЛ упродовж останніх 12 місяців.

Результати опитування серед тих СІН, хто робив тест на ВІЛ, виявили, що 55% робили тест на ВІЛ упродовж останніх 12 місяців. Десь 1-2 роки тому робили тест на ВІЛ 27% СІН. Частка чоловіків та жінок, які робили тест на ВІЛ, однакова як упродовж останніх 12 місяців, так і раніше. Аналіз тих, хто робив тест на ВІЛ упродовж 12 останніх місяців, за віком виявив, що частка СІН до 18 років становить 16%, від 19 до 20 років — 26%, від 21 до 24 років — 29%, від 25 до 29 років — 32%, віком понад 30 років — 34%, тобто чим старший споживач ін'єкційних наркотиків, тим більше він усвідомлює загрозу бути особисто ураженим ВІЛ (див. рис. 5.1.).

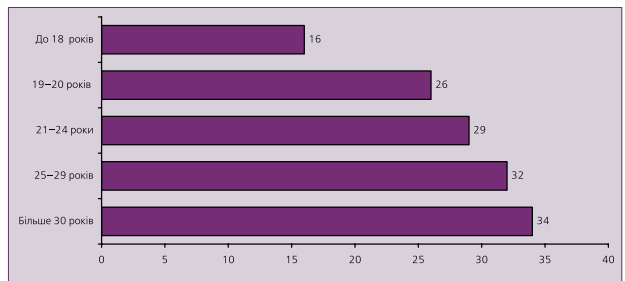


Рис. 5.1. Розподіл СІН, які робили тест на ВІЛ, за віком, %

Таким чином, останніми роками збільшилася частка СІН, які вважають за необхідне пройти лабораторне обстеження на ВІЛ. Пояснити це можна скоріш за все появою мотивації, тобто початком реалізації за кошти Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією Програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», яка на сьогодні керується Міжнародним Альянсом з ВІЛ/СНІД в Україні.

Одним з основних завдань цієї Програми є надання антиретровірусної терапії для 2100 хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД у шести пріоритетних регіонах країни: АР Крим, Дніпропетровській, Донецькій, Миколаївській, Одеській областях та м. Києві. Вибір регіонів був обґрунтований як високим рівнем поширеності ВІЛ-інфекції/СНІД, так і рівнем розвитку інфраструктури та наявністю ресурсів для надання лікування.

Аналіз відповідей серед усіх опитаних СІН щодо проведення тесту на ВІЛ упродовж останніх 12 місяців по регіонах країни виявив, на перший погляд, парадоксальні результати. Так, у групі регіонів з високим рівнем поширеності ВІЛ він становив 28%, у групі з середнім — 25%, а у

групі з низьким — понад 39%. Тобто інформація та просвіта щодо проблеми ВІЛ/СНІД і шляхів її вирішення розповсюджується також у регіонах з низьким рівнем поширеності ВІЛ і, як наслідок, збільшується кількість звернень за тестуванням на ВІЛ.

З першого дня свого існування Уряд країни і Міністерство охорони здоров'я України велику увагу приділяли проблемі профілактики СНІД. Це яскраво засвідчує факт прийняття Верховною Радою вже в грудні 1991 року Закону України «Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення», нова редакція якого, прийнята у 1998 році, була доповнена відміною примусово-обов'язкового обстеження на ВІЛ. Тому постає питання добровільності обстеження на ВІЛ. Добровільно вирішили зробити тест на ВІЛ 44% серед усіх опитаних СІН та 82% серед тих СІН, які робили тест на ВІЛ.

Серед тих СІН, які робили тест на ВІЛ, 16% вказали, що їх змусили зробити цей тест. В усіх 14 регіонах, де проводились опитування, частина СІН вказали на те, що їх змусили зробити тест на ВІЛ. Найбільша частка таких відповідей була у Волинській, Дніпропетровській, Тернопільській областях — відповідно 24%, 23%, 22%, а найменша — у Херсонській області, АР Крим та Черкаській області — відповідно 6%, 10% і 12%.

Тільки 2% СІН зробили тест на ВІЛ останнього разу в кабінетах довіри, 11% — у лікарні за місцем проживання,

41% СІН зробили цей тест в інших лікувально-профілактичних закладах, у тому числі у приватних діагностичних центрах. Проте відповідно до Закону України від 03.03.1998 р. № 155/98-ВР «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» право проведення медичного огляду та видачі висновків про його результати надається лише державним і комунальним закладам охорони здоров'я.

Безкоштовно зробили тест та отримали результати понад 67% опитаних СІН. Офіційно зробили тест, отримали результати і заплатили в середньому 28 грн. 13% СІН. Неофіційно зробили тест, отримали результати і заплатили в середньому 42 грн. 3% СІН. Але відповідно до вищевказаного Закону медичний огляд (до якого відноситься і лабораторне обстеження на ВІЛ) громадян України, іноземців та осіб без громадянства, які постійно проживають на території України або яким надано статус біженців, має здійснюватися безоплатно.

Серед усіх опитаних СІН повідомили свій ВІЛ-статус 38%, серед них 8% ВІЛ-позитивних і 30% ВІЛ-негативних. Не повідомили свій статус 12% і відмовились від відповіді 4%.

Серед тих СІН, хто хоче повідомити свій ВІЛ-статус, 21% ВІЛ-позитивних і 78% ВІЛ-негативних. Ці показники свідчать про доволі високий ступінь довіри СІН до інтерв'юерів, які проводять соціологічні дослідження в їхньому середовищі.

РОЗДІЛ 6. Практика вживання наркотиків ін'єкційним шляхом

6.1. Початок, чинники та місця вживання

З опитаних представників цільової групи СІН вживали наркотичні речовини за допомогою шприца протягом останнього місяця — 3429, що становить 97% опитаних. Відсотки між чоловіками та жінками майже рівні: чоловіки — 96,9%, жінки — 97,3%. Також майже рівними є відсотки серед вікових груп:

18 років і молодше	— 96,8%
19-20 років	— 96,9%
21-24 роки	— 97,2%
25-29 років	— 96,3%
30 років і старше	— 96,9%.

Стаж уживання ін'єкційних наркотиків

Група споживачів, які мають термін уживання менше року, дорівнює 7% (з них чоловіків — 6%, жінок — 8%). Стаж уживання один рік — 6% (серед чоловіків — 6%, серед жінок — 7%). Від 1 року, але менше 3 років — 12% (чоловіків — 11%, жінок — 15%). СІН зі стажем уживання 3-5 років становить 32% (чоловіків — 31%, жінки — 35%). За результатами дослідження, в цих групах відсоток жінок більший, ніж відсоток чоловіків. Це вказує на поширення за останні 5 років ін'єкційної наркоманії серед жінок. Враховуючи те, що досить часто гроші на «дозу» добуваються секс-послугами, поширення жіночої наркоманії є особливо небезпечним фактором, який сприяє епідемії ВІЛ/СНІД.

Термін вживання	Стать	
	Чоловіки	Жінки
Менше року	6	8
1 рік	6	7
Від одного до трьох років	11	15
3-5 років	31	35
Більше 5 років	46	35

43% (N = 1510) опитаних СІН мають стаж уживання більше 5 років, з них жінок — 21%, чоловіків — 79%. Серед цієї категорії переважна кількість осіб мають стаж уживання — 7 років та більше (N = 1091), що становить 31% усього масиву дослідження.

Таблиця 6.1.2. Розподіл відповідей на запитання «Скільки років/місяців Ви вживаєте наркотики ін'єкційним шляхом?», %

Менше року	7
1 рік	6
Більше 1 року, але менше 3 років	12
Від 3 до 5 років	32
Більше 5 років	43

Таблиця 6.1.3. Розподіл за віком та стажем (кількість років) ін'єкційного вживання наркотиків, %

Стаж ін'єкційного вживання наркотиків	Вік				
	До 18 років	19–20 років	21–24 роки	25–29 років	30 років та більше
1 рік та менше року	64	26	12	4	2
Від року до 2 років	22	27	17	7	3
2–4 роки	12	40	39	20	8
4–6 років	1	6	22	22	10
6–7 років	–	–	6	12	4
Більше 7 років	1	–	5	34	73

Переважає більшість респондентів вікової групи 18 років та молодше назвали стаж уживання ін'єкційних наркотиків менше року та 1 рік. Їхня кількість — 64% вікової групи. Найбільше споживачів наркотичних речовин зі стажем уживання 1–2 роки у віковій групі 19–20 років. Також серед представників цієї групи найвищий відсоток тих, хто користується ін'єкціями 2–4 роки. Вживають ін'єкційні наркотики протягом 6–7 років 22% наркоманів віком від 21 до 29 років. Стаж уживання більше 7 років серед СІН віком 25–29 років (34%) та старше 30 (73%).

Вік, на який припадає початок уживання, має великий вплив на формування організму та поведінкових стереотипів.

Серед опитаних респондентів найбільшими є групи, які почали вживати наркотики у віці 16–17 років (25%) та 18–19 років (23%). Відсутність досвіду, бажання спробувати заборонене та психологічні труднощі, притаманні віковому періоду 16–19 років, зумовлюють те, що майже половина опитаних (48%) почали вживання саме в цьому віці.

23% становить група, яка початком вживання наркотиків називає вік 22 роки та більше, 18% назвали початком 20–21 рік, 11% вперше спробували ін'єкції в 15 років і раніше, що вказує на наявність проблеми дитячої та підліткової наркоманії. Стаж уживання ін'єкційних наркотиків є одним з факторів ризику інфікування ВІЛ. Крім цього, час уживання спричиняє виникнення та розвиток різних захворювань, які є наслідком постійної інтоксикації організму. Психічні розлади та захворювання, спосіб життя, оточення — все це формує певні поведінкові реакції, які створюють умови швидкого поширення інфекційних хвороб серед СІН.

Чинники ін'єкційної наркоманії

Чинником, який найбільше спонукає до вживання ін'єкційних наркотиків, 50% учасників дослідження назвали залежність, звичку. Саме ця звичка зумовлює особливості захворювання та перешкоди в лікуванні наркоманії. Певний час залежність не помічається або не визнається. Від ін'єкційного шляху вживання очікується найбільша насолода (на це вказали 34% опитаних). Впливають тиск середовища (важливим чинником його вважають 31%), а також соціально-економічні та психологічні проблеми. 10% респондентів вважають ін'єкційний шлях єдиним можливим для доступних їм наркотиків. Впливовим фактором формування ін'єкційного споживання 14% респондентів вважають доступність інструментарію, сировини, наркотику. Для 8% учасників анкетування ін'єкції наркотиків — «модно і круто», ще для 8% — це певний ритуал, обов'язкове «дійство», 6% — не знають, як перейти на неін'єкційні наркотики. Серед інших причин: страх, депресія — 1%, байдкування — 1%, інтерес — 1%, слабка воля — 0,2%, полегшує тиск хвороб — 0,4%.

Таблиця 6.1.4. Співвідношення відповідей між віковими групами на запитання «Що спонукає вживати ін'єкційні наркотики?», % (Респондент міг вибрати декілька варіантів відповіді)

Варіанти відповідей	Вік				
	До 18 років	19–20 років	21–24 роки	25–29 років	30 років та старше
Доступний мені наркотик не підходить для неін'єкційного вживання	7	11	10	10	10
Від ін'єкційного вживання наркотиків краший кайф	41	38	41	36	24
Тиск середовища (всі друзі/приятелі навколо мене вживають наркотики ін'єкційно)	51	38	34	28	21
Це зараз модно, круто	27	15	10	5	2
Доступність ін'єкційного інструментарію, сировини, наркотику	7	18	15	14	13
Вже не можу без цього жити (є залежність, звичка)	20	35	46	56	62
Для мене це певний ритуал, обов'язкове «дійство»	7	8	8	8	8
Не знаю, як перейти на неін'єкційні наркотики	7	4	7	5	6
Байдкування, нема чого робити	0,4	1	0,4	1,3	0,7
Безвихідність, страх, депресія	0,4	0,5	1,2	0,6	1,3
Полегшує тиск хвороб	–	–	0,1	0,1	1
Слабка воля, помилка	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4
Цікавість	–	0,5	0,7	0,5	0,4

Розподіл відповідей респондентів за віковими категоріями дає досить характерну картину середовища СІН: основною причиною наркоманії називають залежність, звичку — 62% з групи тридцятирічних та старше (це найвищий відсоток). Найменше тих, хто вважає себе залежним від наркотичних речовин, — 20% належать до групи вісімнадцятирічних та молодше. В цій віковій категорії 51% опитаних відповіли, що спонукає їх до ін'єкційного вживання тиск середовища. В інших вікових групах цей показник відносно нижчий: 19–20 років — 38%, 21–24 роки — 34%, 25–29 років — 28%, 30 років та старше — 21%. Що вживати ін'єкційні наркотики «модно та круто», вважають 27% серед тих, кому 18 років та менше. В інших вікових категоріях цей показник знижується пропорційно зростанню віку СІН: 19–20 років — 15%, 21–24 роки — 10%, 25–29 років — 5%, 30 років та старше — 2%. Досить високий відсоток серед наймолодших споживачів (до 18 років), які назвали вагомою причиною ін'єкційного вживання задоволення, «кайф» (41%). В інших групах цей показник зменшується, але є досить високим: 19–20 років — 38%, 21–24 роки — 41%, 25–29 років — 36%, 30 років та старше — 24%.

Базуючись на співвідношенні одержаних відповідей, можна зазначити, що головні обставини, які спонукають до ін'єкційного вживання (залежність, тиск середовища, намагання отримати найбільше задоволення), мають різну вагу впливу в різних вікових групах СІН. Це необхідно враховувати у плануванні та впровадженні профілактичних програм.

Місця вживання

Місця вживання наркотиків (респондент міг дати декілька варіантів відповіді): місця їх придбання (39%); вживання вдома (36%); на квартирі з іншими особами (32%); в під'їзді або посадці (18%); там, де випадє можливість (3%). Аналізуючи розподіл відповідей, можна зазначити, що найбільш небезпечними місцями вживання (інфікування ВІЛ та гепатитами) є місця придбання наркотичних речовин, а також квартири, де відбувається спільне вживання. Саме на них варто звернути увагу при плануванні профілактичних дій.

6.2. Види наркотичних речовин та рівень їх поширення серед СІН

Наркотичні речовини, які є найбільш поширеними серед СІН в Україні, можна поділити на дві групи: опіати та похідні ефедрину.

Опіати — група психоактивних речовин, які одержують з маку. Опій вміщує різні алкалоїди, — морфін, кодеїн, папаверин та інші. Термін «опіоїди» стосується опіатів та інших напівсинтетичних та синтетичних речовин зі схожими властивостями. Морфін є головним алкалоїдом опію та обумовлює картину дії опіатів на організм. Основні риси фармакологічної дії: викликає ейфорію та знеболювальний ефект. При повторних вживаннях опіатів формується звичка, а потім психологічна та фізіологічна залежність від речовини. Хворі на опіоїдну наркоманію змушені постійно вживати наркотик. Якщо припинити вживання, виникає абстинентний синдром: депресія, холодний піт, безсоння, сильний біль у суглобах та м'язах, інше. Це явище серед СІН має назву «ломка» або «кумари». Як правило, чим довший термін вживання опіатів, тим більша «ломка». Слід зазначити, що в стані жорсткої залежності від речовини, за можливості зробити наркотичну ін'єкцію відсутність необхідних умов захисту від ВІЛ-інфекції та гепатитів у багатьох випадках не зупиняє наркозалежних.

Найпоширеніший ін'єкційний наркотик в Україні — екстракт алкалоїдів опію, виготовлений з макової сировини. Сленгові назви: «ширка», «чорне». З опитаних СІН за останні 3 місяці вживали цей наркотик 91% респондентів (91% чоловіків, 90% жінок).

Героїн — напівсинтетичний наркотик, виготовляється з опіатів. Поширений серед СІН Західної Європи та США. В Україні, порівняно з «ширкою», вживається мало. За результатами дослідження, його вживали 5% анкетованих.

Медичні препарати, які належать до групи наркотичних анальгетиків, — морфін, омнопон, промедол — виготовляються різними фармацевтичними компаніями світу і використовуються в медицині як сильні знеболювальні засоби. Бупренорфін — синтетичний опіоїд, використовується у лікуванні наркозалежних. Ці препарати, за результатами проведеного анкетування, вживали 9% респондентів. Досить часто опіати вживають з іншими фармацевтичними препаратами (снодійними, транквілізаторами та антигістамінними). Мета такого вживання — підсилення наркотичного ефекту, а в деяких випадках — для очищення розчину наркотику під час виготовлення. Наприклад, використання димедолу очищує розчин «ширки» та надає наркотичній дії специфічних рис. Поеднували для ін'єкційного вжитку опіати та інші речовини 48% опитаних СІН.

Ефедрин та його похідні — група речовин, які мають властивості стимулювати психічну та фізичну активність. Стимуляція психофізичної активності супроводжується ефектом зростання сексуального потягу. Швидко розвивається психічна залежність.

Ефедрон (сленгові назви — «джеф», «муляка») за останні 3 місяці вживали 20% опитаних. Первітин (сленгова назва — «гвинт») використовували респондентами, кількість яких дорівнює 18%.

«Екстазі» (МДМА) за характером дії належить до стимуляторів психофізичної активності. Вживали 3% респондентів.

ЛСД (сленгова назва «кислота») — речовина, яка має здатність викликати галюцинації. За відповідями анкетованих, вживали — 3%.

Метадон — синтетичний опіоїд, який використовують для замісної терапії наркозалежних. Вживали 3% опитаних.

Засоби для наркозу (кетамін, натрію оксибугірат, фентаніл) вживали 4% тих, хто брав участь в анкетуванні.

Частота вживання ін'єкційних наркотиків

СІН, які мають залежність від опіатів («ширки»), змушені систематично робити ін'єкції. Серед тих, хто вживав наркотики впродовж останніх 3 місяців (на момент опитування), — 63% респондентів роблять ін'єкції щодня. Це група залежних від опіатів. З них 24% вживають «ширку» один раз на день, а 49% роблять ін'єкції двічі на день. Також щоденно користуються ін'єкційним введенням 46% споживачів наркотиків, які поєднують екстракт маку з іншими речовинами.

З тих, хто вживав ефедрон («джеф»), робили це ін'єкційним шляхом 1 раз на місяць — 21%, 2-3 рази на місяць — 19%, 1 раз на тиждень — 14%, 2-3 рази на тиждень — 13%, 3-4 рази на тиждень — 5%, 1 раз на день — 6%, 2 рази на день та більше — 12%.

Серед споживачів первітину («гвинт») щоденно вживали — 10% (з них 4% — двічі на день, 4-5 разів на тиждень — 5%, 2-3 рази на тиждень — 11%, 1 раз на тиждень — 17%, 2-3 рази на місяць — 21%, один раз на місяць — 26%).

За характером дії ефедрон («джеф») та первітин («гвинт») дещо схожі, але первітин має здатність діяти значно довше. У зв'язку з цим споживачі ефедрону кожні декілька годин повторюють ін'єкції.

При вживанні похідних ефедрину (ефедрон, первітин) зростає статевий потяг. Отже, для споживачів цих наркотичних речовин, крім ін'єкційного шляху, ризик інфікування пов'язаний зі статевим шляхом передачі.

Таблиця 6.2.1. Розподіл відповідей респондентів щодо вживання різних видів наркотичних речовин по регіонах

Наркотична речовина	Регіони		
	Високий рівень ВІЛ-інфікування	Середній рівень ВІЛ-інфікування	Низький рівень ВІЛ-інфікування
	Одеська Херсонська Миколаївська Дніпропетровська Донецька АР Крим Черкаська Київ та область	Полтавська Харківська Волинська	Сумська Тернопільська Рівненська
Опіати ("ширка")	89	95	94
Посидання опіатів з іншими речовинами (димедол, транквілізатори та інші)	47	46	53
Героїн	6	3	5
Медичні наркотичні анальгетики	10	7	9
Ефедрон ("джеф", "муляка")	23	13	18
Первітин ("гвинт")	21	18	11

Наркотичні речовини (ефедрон, первітин), вживання яких супроводжується ризикованою поведінкою і провокує передачу захворювань статевим та ін'єкційним шляхами, більше поширені серед СІН у регіонах з високим рівнем інфікування ВІЛ.

Таблиця 6.2.2. Вживання наркотичних речовин за віком, %

Наркотична речовина	Вік				
	До 18 років	19-20 років	21-24 роки	25-29 років	30 років і старше
Опіати ("ширка")	78	89	91	92	94
Посидання опіатів з іншими речовинами (димедол, транквілізатори та інші)	34	49	49	50	50
Героїн	3	5	6	7	4
Медичні наркотичні анальгетики	8	10	11	8	8
Ефедрон ("джеф", "муляка")	26	20	22	19	17
Первітин ("гвинт")	18	19	23	18	14

Вживання опійних наркотиків найбільш поширене серед тих, кому 30 років та більше — 94%. Найвищий відсоток вживання ефедрону припадає на вікову групу до 18 років. Як уже зазначалося, цей наркотик провокує інфікування ВІЛ як ін'єкційним, так і статевим шляхами. Крім цього, досить часто він виготовляється з препаратів «Колдакт» та «Ефект», що спричиняє тяжкі захворювання ЦНС.

6.3. Придбання наркотиків: основні канали та оцінка ступеня ризику інфікування ВІЛ

Найпоширенішим є придбання наркотиків у продавця. Відсутність гігієнічних умов, спільне використання посуду та шприців для приготування, розподілу наркотика — все це обумовлює високий рівень ризику інфікування. Найпоширенішим серед респондентів є користування послугами різних продавців: іноді до них звертаються 34% опитаних, досить часто — 21%, завжди купують — 12%.

Придбання у постійного продавця теж небезпечне, але більш вірогідний вплив групи СІН спрямований на зниження ризику інфікування.

Послугами постійних продавців користуються: іноді — 24%, досить часто — 25%, завжди — 13%.

Приготування наркотику разом із друзями, за умов дотримання певних правил, є більш безпечним, але тільки в тому сенсі, що невелика група СІН може контролювати виконання простих протиепідемічних правил.

Готують наркотик разом із друзями: іноді — 28%, досить часто — 13% і завжди — 4%.

Готують самі: іноді — 21%, досить часто — 11%, завжди — 8%.

Таблиця 6.3.1. Співвідношення ствердних відповідей респондентів на запитання «Як Ви зазвичай купуєте наркотики?» за віком, % (Респонденти вибирали декілька варіантів відповідей)

Спосіб купівлі наркотику	Вік				
	До 18 років	19–20 років	21–24 роки	25–29 років	30 років та старше
У наповненому своєму шприці	46	47	52	50	48
Набираю у свій шприц із спільного посуду	34	36	37	37	30
Набираю у свій шприц зі шприца продавця	32	42	38	37	31
У наповненому шприці продавця	23	23	21	18	16
Набираю свій шприц зі шприца іншого споживача	15	14	14	12	8

Купуючи наркотик, майже половина респондентів (49%) користуються своїми шприцями, але як вони набиралися, здебільшого не знають.

У наповненому не своєму шприці купують наркотик 19%. Досить високий відсоток тих, що набирають у свій шприц зі спільного посуду, — 35%, а також тих, що наповнюють свій шприц зі шприца продавця — 35%. Набирають свій шприц зі шприца іншого споживача — 12%. Всі випадки, коли можливе використання спільного посуду та шприців для приготування або розподілу речовини, несуть небезпеку інфікування ВІЛ.

6.4. Виготовлення наркотику: існуюча практика та ризик інфікування ВІЛ

Приготування наркотичних речовин відбувається із сировини (мак) або з хімічних речовин (наприклад, похідних ефедрину). Найбільш поширеним ін'єкційним наркотиком в Україні є кустарні опіати — екстракт маку.

Для екстракції («виходу») наркотичних речовин із сировини (макової соломки) використовують ацетон, спирт, соляну кислоту та інші розчинники. Для отримання якісної «ширки» необхідний оцтовий ангідрид (хімічна реакція — ацетилювання опію). У процесі приготування розчинники випарюють. Отримана рідина, крім наркотичних речо-

вин, має у своєму складі багато побічних продуктів виготовлення, токсичних для організму людини.

З метою очищення від «хімічного бруду» до розчину наркотику додають кров або димедрол, який, крім очищення, підсилює наркотичну дію.

Розчини, в які додано кров, є потенційно дуже небезпечними. Ризик інфікування, якщо не проведено кип'ятіння, — дуже великий.

Використовували кров у приготуванні наркотичної речовини 16% опитаних СІН.

Серед тих, кому доводилось використовувати людську кров, готуючи наркотик, 68% кип'ятять розчини (це дорівнює 11% усього масиву дослідження). Не кип'ятять наркотичних розчинів, виготовлених з додаванням крові, — 27% (це 5% опитаних). Розповсюдження «ширки», яка містить інфікуючий матеріал, можливе в усіх групах СІН, які не знають, як готувався наркотик.

Небезпека інфікування ВІЛ через розчини інших наркотиків — первітину, ефедрону, кокаїну і т. п., а також «ширки», в яку не додавали кров, обумовлена використанням спільного посуду і шприців для виготовлення та розподілу.

6.5. Розподіл наркотику

За результатами цього дослідження, посуд для розподілу (приготування) наркотиків, яким до них користувався хтось інший, використовували протягом останнього місяця — 27%. У цій категорії користувалися посудом, який був у вжитку раніше, завжди /у переважній більшості випадків — 14%, багато разів — 27%, дець у половині випадків — 19%, іноді — 34%, ніколи /дуже рідко — 4%, відповідь: «Не знаю» — 2%.

Чоловіки частіше, ніж жінки, беруть участь в спільному використанні посуду. Співвідношення розподілу відповідей респондентів за статтю: чоловіки — 29%, жінки — 22%.

Чи використовували Ви за останній місяць посуд, яким до Вас користувався хтось інший?	Вік				
	18 років та молодше	19–20 років	21–24 роки	25–29 років	30 років та більше
Так	28	28	30	27	22
Ні	50	52	55	60	69
Не знаю	18	13	10	10	7

Таблиця 6.5.1. Розподіл відповідей респондентів щодо спільного використання посуду за віком, %

Використання посуду, яким користувався хтось інший	Вік				
	18 років та молодше	19–20 років	21–24 роки	25–29 років	30 років і старше
Завжди /у переважній кількості випадків	7	4	3	3	4
Багато разів	8	9	8	7	6
У половині випадків	7	4	6	5	4
Іноді	5	9	11	10	7
Ніколи /дуже рідко	1	1	1	2	1

Серед тих, хто використовував посуд для виготовлення та розподілу наркотиків, яким користувались інші СІН, є представники всіх вікових груп. Співвідношення відсотків майже рівне (27–30%), за винятком тих, кому 30 років та більше, — 22%. Можливо, це обумовлено певним досвідом негативних наслідків ін'єкційного вживання. Завжди та багато разів використовують спільний посуд 15%

представників вікової групи від 18 років та молодше. Це найвищий відсоток серед розподілу відповідей за віком.

6.6. Динаміка змін щодо спільного використання шприців

Згідно з державною статистикою у 2001 році кількість хворих, які перебувають на обліку в медичних закладах з діагнозом: розлади психіки і поведінки внаслідок вживання наркотичних та психоактивних речовин (за винятком алкоголю та тютюну), становила 82,3 тис. осіб. Ще майже 22-25 тис. осіб перебували на профілактичному обліку на кінець 2001 року (Україна у цифрах у 2001 році: корот. стат. довід. / Держкомстат України. — К: Техніка, 2002. — 228 с.). Тобто загальна цифра сягає 105-110 тис. наркозалежних та схильних до вживання наркотиків. Наявна державна система реєстрації хвороб в Україні не виокремлює ін'єкційне споживання наркотиків. Тому існують певні проблеми щодо точної статистики про споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН). За оцінками фахівців, серед загальної кількості споживачів наркотиків питома вага ін'єкційних споживачів становить близько 85%, хоча цей показник може коливатися залежно від регіону. Згідно з дослідженнями Українського інституту соціальних досліджень, проведеними у 2003 році, приблизна кількість СІН становила 560 тис. осіб.

Між офіційно зареєстрованими СІН, їхньою уявною та справжньою кількістю, як свідчить досвід, існують значні розбіжності. Відповідно до чинного законодавства України щодо боротьби з незаконним обігом наркотиків виготовлення та розповсюдження наркотиків є кримінальним злочином. Враховуючи це, СІН перебувають у «тіні», уникаючи реєстрації. До офіційно зареєстрованих «потрапляють», як правило, ті СІН, які були затримані представниками правоохоронних органів під час виготовлення, продажу, розповсюдження чи вживання наркотиків, або ті, які перебували на лікуванні у наркологічних установах. Тобто офіційна статистика демонструє лише «верхівку айсберга».

Протягом останніх років поширюється вживання наркотичних речовин, у тому числі ін'єкційних, у молодіжному середовищі. У 2001 році лише з числа учнів шкіл 1110 підлітків були поставлені на облік як споживачі наркотиків. Майже така ж кількість офіційно зареєстрованих із числа учнів ПТУ (1170 осіб). За даними Міністерства внутрішніх справ України, на кінець 2002 року на обліку в органах внутрішніх справ перебувало 77267 наркозалежних. За даними опитування клієнтів пункту обміну шприців (ПОШ) 2004 року, 44% з них користуються послугами різних продавців, 35% — постійного продавця, а 34% — самостійно виготовляють наркотики. Серед СІН 10% використовували кров при виготовленні (очищенні) наркотику. Результати дослідження також свідчать про те, що значна кількість СІН практикує ризиковані способи одержання готового наркотику від продавця. Найбільш поширений спосіб забору наркотичних речовин при купівлі — «наповнення свого шприца із загального посуду» (34%). Більше чверті респондентів (26%) наповнюють свій шприц зі шприца продавця, п'ята частина (20%) отримують наркотик у своєму наповненому шприці (як набиралася шприц, здебільшого не знають). Кожний шостий (16%) отримує наркотик уже в наповненому шприці, причому покупець найчастіше не знає, чий це шприц. Порівняння цих даних з результатами інших досліджень дозволяє стверджувати, що значних змін у способах одержання готового наркотику при купівлі не відбувається. Так, одним із поширених залишається наповнення власного шприца із загального посуду і шприца дилера. Загалом близько 90% з тих, хто купує наркотик, практикують небезпечні способи прид-

бання наркотику, тобто наражаються на ризик отримати наркотик, що є «носієм» ВІЛ-інфекції, а також інших інфекційних захворювань. Ще один небезпечний крок до інфікування ВІЛ-інфекцією, інфекційним (ін'єкційним) гепатитом є використання шприца іншої особи.

Розподіл відповідей респондентів на запитання «Чи використовували Ви під час останньої ін'єкції шприц, що був у користувачі іншої /інших особи /осіб?» виглядає таким чином:

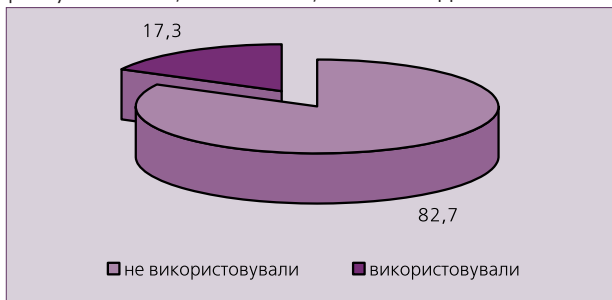


Рис. 6.6.1. Розподіл відповідей респондентів щодо спільного використання шприца, %

Наведений розподіл відповідей свідчить про те, що в основному більше 80% СІН не користуються шприцом іншої особи. Такий результат досягається реальною можливістю придбати або отримати новий шприц.

Новий шприц для кожної ін'єкції використовує кожен другий СІН, що майже у 1,5 раза більше, ніж кілька років тому. Такий результат можна вважати досягненням профілактичних програм, що реалізуються в країні. В основному нові шприци купують в аптеках та аптечних кіосках (90% опитаних) або отримують від волонтерів спеціалізованих програм (81%). Найрідше СІН купують шприци у неспеціалізованих торгових пунктах (8%), у вуличних торговців (7%), звертаються по допомогу до родичів і членів своїх родин (4%). У своїх сексуальних партнерів можуть одержати новий шприц 14% респондентів.

Найближче оточення респондентів — продавці наркотиків, друзі, інші СІН — утворюють наче друге «коло» поширення нових шприців. До їхніх послуг удаються близько чверті опитаних.

Аналізуючи результати опитування респондентів (СІН) стосовно останнього місяця (30 днів) вживання ін'єкційних наркотиків, можна простежити за використанням шприца або голки іншими особами після того, як їх хоча б раз уже використовували.

Результати опитування дали змогу простежити використання нових шприців та голок.

На запитання «Як часто впродовж останнього місяця (30 днів) Ви використовували шприц або голку іншої /інших особи /осіб?» відповіді респондентів розподілились наступним чином:

Таблиця 6.6.1. Розподіл відповідей респондентів стосовно використання шприца іншої особи за останній місяць

Завжди /у переважній більшості	1	1%
Не завжди, але більше ніж у половині випадків (> 50%)	3	3%
Приблизно у половині випадків (50%)	5	5%
Менше ніж у половині випадків (< 50%)	16	16%
Ніколи /дуже рідко	73	73%
Не знаю	2	2%

З наведеної таблиці видно, що понад 70% респондентів не використовували шприц іншої особи. Проти 2001 р. цей відсоток виріс утричі, і це також свідчить про ефективність програми обміну шприців.

Заслугують на увагу дані щодо сексуальної поведінки СІН. За результатами соціального дослідження, проведеного Державним інститутом проблем сім'ї та молоді спільно з Державним центром соціальних служб для молоді, було виявлено, що понад 70% опитаних СІН мали сексуальні стосунки протягом останнього місяця. З них ніколи не користуються презервативами під час сексуальних контактів — 11% СІН (16% — серед чоловіків та 6% — серед жінок), 43% — користуються ними іноді, використовують презервативи завжди — 46%. Серед респондентів СІН на запитання «Чи використовували Ви впродовж останнього місяця (30 днів) шприц або голку разом з сексуальним партнером?» відповіді розподілились наступним чином:

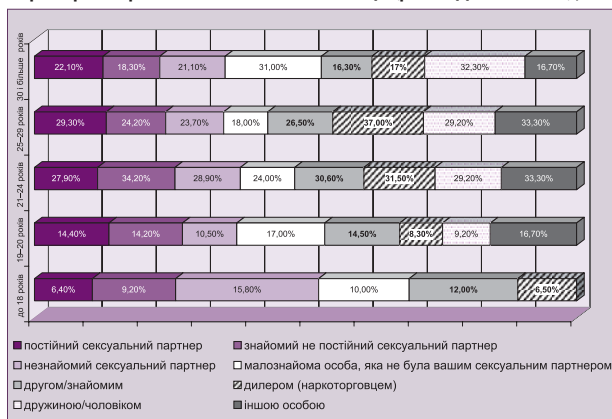
Таблиця 6.6.2. Розподіл ствердних відповідей серед респондентів щодо спільного використання шприца з сексуальним партнером протягом останнього місяця (серед усіх опитаних), %

Запропонований перелік сексуальних партнерів	Так	Ні	Не знаю	Немає відповіді	Питання не ставилось
Вашим постійним сексуальним партнером	10	14	—	1	75
Знайомим непостійним сексуальним партнером	3	20	0,2	1	75,8
Незнайомим сексуальним партнером	1	23	0,2	1	74,8
Малознайомою особою, яка не була Вашим сексуальним партнером	3	21	0,2	1	74,8
Другом /подругою, знайомим /знайомою	18	6	0,1	1	74,9
Дилером (наркоторговцем)	3	21	—	1	75
Дружиною /чоловіком	2	19	0,1	4	74,9
Іншою особою	0,2	18	0,1	7	74,7
З родичів	0,2	—	—	—	—

З даних табл. 6.6.2 видно, що найчастіше спільно використовують шприц або голку СІН з другом або знайомим — 18%, з постійним сексуальним партнером — 10% серед опитаних. Однак спільне використання шприца з постійним сексуальним партнером, другом, знайомим не може гарантувати СІН безпеку щодо інфекцій, які передаються ін'єкційним шляхом.

Серед СІН кожний другий має випадкові або комерційні сексуальні стосунки. Чоловіки, як правило, «купують» секс, а жінки — надають секс-послуги на комерційній основі, в тому числі й за дозу. За даними опитування СІН-клієнтів ПОШ, у сексуальні контакти з випадковими і малознайомими сексуальними партнерами протягом останнього місяця вступало 38% сексуально активних СІН. У середньому ін'єкційні наркомани протягом місяця мають сексуальні контакти з чотирма випадковими партнерами.

Рис. 6.6.2. Розподіл ствердних відповідей серед респондентів щодо спільного використання шприца з сексуальним партнером протягом останнього місяця (розподіл за віком), %



Аналізуючи дані, зазначені на рис. 6.6.2., бачимо, що серед СІН у віковій групі до 18 років шприц або голку використовували сумісно з постійним сексуальним партнером — 6,4%, зі знайомим непостійним сексуальним партнером — 9,2%, з незнайомим сексуальним партнером — 15,8%, з малознайомою особою, яка не була сексуальним партнером — 10,0%, з другом/знайомим — 12%, з дилером (наркоторговцем) — 6,5%, тобто у цій віковій групі спостерігаються найнижчі показники сумісного використання шприца з сексуальним партнером, якщо порівнювати з іншими віковими групами. Однак слід зазначити, що в цій віковій категорії шприц використовувався сумісно з незнайомим сексуальним партнером частіше майже у 1,5 раза, ніж у віковій групі 19-20 років. Цікавим є факт, що показник спільного використання шприца у вікових групах 21-29 років — вищий, якщо порівнювати з віковими групами 19-20 років та 30 і більше років.

Для вікової категорії 30 і більше років характерний високий відсоток сумісного використання шприца з дружиною/чоловіком — 32,3% та малознайомою особою, яка не була сексуальним партнером — 31%. Ці показники можна пояснити загальним стажем споживання ін'єкційних наркотиків, який у середньому становить понад 10 років, та середнього терміну життя, який серед СІН в Україні не перевищує 35 років.

За результатами опитування, 14% респондентів використовували під час останньої ін'єкції шприц інших СІН. У середньому близько третини (29%) опитаних не заперечували, що протягом останнього місяця використовували шприц іншої людини, хоча по окремих населених пунктах цей показник значно перевищував 29%. За відповідями СІН, протягом останнього місяця вони спільно використовували шприц для ін'єкцій у середньому з трьома особами, а також у середньому трьома позичали свій шприц.

На запитання «Назвіть приблизну кількість інших споживачів ін'єкційних наркотиків, з якими Ви разом використовували шприц для ін'єкцій упродовж останнього місяця (30 днів)?» відповіді розподілились наступним чином:

Таблиця 6.6.3 Розподіл відповідей серед респондентів щодо кількості осіб, з якими спільно використовувався шприц протягом останнього місяця, %

	Серед усіх опитаних	Серед тих, хто використовував упродовж останнього місяця (30 днів) шприц або голку з іншими особами
1 особа	6	23
2 особи	5	21
3 особи	4	15
4 особи	2	7
5 осіб	2	9
6 та більше осіб	3	13
Не знаю/не пам'ятаю	75	9
Немає відповіді	1	3
Питання не ставилось	2	—

Таблиця 6.6.4 Розподіл відповідей серед респондентів щодо кількості осіб, з якими спільно використовувався шприц протягом останнього місяця, залежно від статі, %

	Стать	
Кількість СІН, з яким Ви використовували шприц	Чоловіча	Жіноча
1 СІН	128 62,7%	76 37,3%
2 СІН	14 7,8%	41 22,2%
3 СІН	103 78,0%	29 22,0%
4 СІН	48 73,8%	17 26,2%
5 СІН	61 73,5%	22 26,5%
6 та більше СІН	97 82,2%	21 17,8%

Найчастіше один і той же шприц можуть використовувати не більше 3-х осіб — 59%, у 13% одним шприцом можуть користуватися більше 6-ти СІН, що є характерним для вікової групи до 18 років. Намагаються себе забезпечити власним шприцом СІН у віковій групі 24-29 років.

За даними табл. 6.6.4, можна простежити наступне, що чоловіки — споживачі ін'єкційних наркотиків (понад 82%) спільно використовують шприц із шістьма та більше СІН, а жінки (понад 37%) спільно використовують шприц з однією особою СІН і частіше цією особою є постійний сексуальний партнер. Чоловіки — споживачі ін'єкційних наркотиків частіше, ніж жінки (3:1) використовують шприц спільно з іншими СІН. Це можна пояснити кількісним співвідношенням чоловіків та жінок серед СІН і намаганням осіб жіночої статі використовувати сумісно шприц зі своїм сексуальним партнером.

У переважній більшості випадків свій шприц та голку після зробленої собі ін'єкції СІН не дають у користування іншій особі — понад 70%. На запитання «Як часто впродовж останнього місяця (30 днів) Ви віддавали, позичали або продавали шприц іншій особі після того, як зробили собі ін'єкцію?» відповіді розподілились наступним чином:

Таблиця 6.6.5. Розподіл відповідей серед респондентів, які позичали або продавали шприц іншій особі після того, як зробили собі ін'єкцію, %

Завжди/у переважній більшості випадків	1
Не завжди, але більше, ніж у половині випадків (> 50%)	3
Приблизно у половині випадків (50%)	5
Менше, ніж у половині випадків (< 50%)	15
Ніколи/дуже рідко	72
Не знаю	4

З наведеної таблиці видно, що понад 70% СІН намагаються не позичати або не продавати свій шприц іншій особі після того, як зробили собі ін'єкцію. Аналіз практики спільного використання шприца показав, що, використовуючи чужий шприц, постійній загрозі інфікування піддаються близько чверті представників СІН, причому рівень ризику є приблизно однаковим для всіх СІН незалежно від стажу користування послугами ПОШ. Серед клієнтів, які відвідують ПОШ більше одного року, ніколи не використовують шприц іншої людини — 75%, тоді як серед клієнтів зі стажем менше одного року — таких 69%. За результатами дослідження ефективності проекту щодо зменшення шкоди виявлено, що більше 70% опитаних СІН протягом місяця ніколи не використовували чужий шприц для ін'єкцій, 15% — використовували чужий шприц рідше, ніж у половині випадків, 5% — у половині випадків і 3% — більше, ніж у половині випадків.

Таблиця 6.6.6. Розподіл ствердних відповідей серед респондентів щодо спільного використання шприца з сексуальним партнером протягом останнього місяця, за віком, %

	до 18 років	19-20 років	21-24 роки	25-29 років	30 і більше років
завжди/у переважній більшості випадків	14,90%	8,50%	25,50%	27,70%	23,40%
більше, ніж у половині випадків (>50%)	13,80%	17,20%	18,40%	24,10%	26,40%
приблизно у половині випадків (~50%)	9,60%	12,60%	32,30%	25,10%	20,40%
менше, ніж у половині випадків (<50%)	8,30%	14,50%	30,10%	27,10%	20,10%
ніколи/дуже рідко	7,40%	10,90%	23,90%	26,40%	31,30%
не знаю/не пам'ятаю	11,00%	14,30%	31,80%	27,30%	16%

Серед споживачів СІН, які позичають або продають шприц чи голку, найбільший відсоток (приблизно 33%) припадає на вікову групу 21-24 роки. Пояснити це можна тим, що саме в цій віковій групі найбільша кількість осіб, які вживають ін'єкційні наркотики та досить легко розширюють коло свого спілкування.

Обробка шприца після ін'єкції, якщо він оброблявся, у більшості випадків обмежується промиванням кип'яченою водою (32% серед усіх опитаних) чи водою з-під крана (30%). Менш популярним є кип'ятіння шприца і голки (12%), промивання спиртовими (10%) і дезінфікуючими (8%) розчинами. У той же час 8% не обробляють свій шприц взагалі. За результатами дослідження найбільш поширеним способом обробки шприців є промивання кип'яченою водою (23% опитаних) та промивання водою з-під крана (35% опитаних). Промивання дезрозчином використовують 5% опитаних, промивання спиртом — 8%. Проте 38% не обробляють свій шприц взагалі (див. табл. 6.6.7.).

На запитання «Якщо Ви обробляєте шприц після ін'єкції, то як саме Ви це робите?» відповіді розподілились таким чином (респондент міг назвати кілька варіантів відповіді):

Таблиця 6.6.7. Розподіл відповідей серед респондентів щодо того, яким чином обробляється шприц після ін'єкції, %

Не обробляю шприц	38
Промиваю водою з-під крана	35
Промиваю кип'яченою водою	23
Кип'ячу шприц та голку	5
Промиваю милом або мийним засобом	2
Промиваю дезрозчином	5
Промиваю відбілювачем (розчином хлору)	3
Промиваю спиртом, горілкою або самогано	8
Інше	3
Сечею	2
Оцтом	1
Обробляю в сольовому розчині	0,1
Обробляю соляною кислотою	0,1

У більшості випадків СІН для кожної ін'єкції використовує новий шприц. Однак майже кожний другий наркоман може використовувати той самий шприц ще кілька разів (до 3-х разів).

Спосіб обробки шприців після ін'єкцій з метою їх повторного використання є одним із засобів запобігання інфікуванню ВІЛ та гепатитами.

Таблиця 6.6.8. Розподіл відповідей серед респондентів на запитання: «Скільки разів Ви використовуєте одноразовий шприц?», %

Новий шприц для кожної ін'єкції	49,9
Один і той самий шприц для 2-3-х ін'єкцій	41
Один і той самий шприц для 4-9-ти ін'єкцій	8
Один і той самий шприц для 10-20-ти ін'єкцій	1
Інше	0,1
Доки не зіпсується	0,1

Багаторазове використання шприців — досить поширене явище у практиці СІН. Серед опитаних приблизно 50% використовують новий шприц для кожної нової ін'єкції, однак приблизно 50% повторно використовують той самий шприц.

Така ситуація вимагає створення постійних консультативних пунктів з обміну та розповсюдження шприців.

Загалом відсоток прямого охоплення (кількість СІН, які користуються профілактичними послугами у співвідношенні з розрахованою реальною кількістю СІН) становить близько 15% (дані по м. Донецьку). 3-поміж опитаних 29% користуються послугами пунктів обміну шприців. Відповідно до розподілу відповідей на запитання «Як часто Ви користуєтесь послугами пункту обміну шприців?» можна зазначити, що частка постійних клієнтів становить приблизно 10% з-поміж усіх опитаних (варіант відповіді — 2-3 рази на тиждень), 1 раз на тиждень звертаються до пунктів обміну шприців близько 2%, 2-3 рази на тиждень — 3%, 1 раз на місяць — менше 1%. Понад 12% зазначили, що звертались до таких пунктів рідше, ніж один раз на місяць.

6.7. Доступність нових (одноразових) шприців

У цьому параграфі проведено аналіз даних опитування людей, які відомі як споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН). Мета опитування даної цільової групи — оцінка рівня знань респондентів з питань запобігання інфікуванню ВІЛ-інфекцією при спільному користуванні шприцями у середовищі СІН та ступені мотивації щодо профілактичних заходів за умови їх доступності.

Також цей параграф передбачає визначення рівня організації профілактичної роботи в регіонах з боку організацій, діяльність яких пов'язана із забезпеченням просвітньої роботи серед СІН та створенням мережі пунктів обміну шприців (кабінети довіри, медичні та соціальні заклади, ВІЛ-сервісні організації тощо).

Ці дослідження мають велику вагу насамперед для визначення найбільш оптимальних шляхів інформування цільової групи про необхідність профілактики зараження та визначення відповідно потреби й основних шляхів забезпечення СІН новими (одноразовими) шприцями.

Далі зупинимось детально на оцінці загальної ситуації в Україні щодо забезпечення та доступності нових (одноразових) шприців для СІН¹. Практика утилізації, як один з важливих елементів профілактики передачі ВІЛ, розглядається у наступному параграфі цього розділу.

Цільову групу дослідження складали респонденти, які мають ризиковану щодо ВІЛ-інфікування поведінку (вживання ін'єкційних наркотиків, спільне користування ін'єкційним інструментарієм). Завданням даного дослідження було визначення шляхом опитування СІН зв'язку між ознаками ризикованої поведінки щодо інфікування ВІЛ з метою порівняння результатів дослідження, а також розробки, корекції профілактичних втручань. Насамперед враховувалось, наскільки респонденти схильні дотримуватися практики користування новим (одноразовим) інструментарієм, де і в якому обсязі найбільш доступні одноразові шприци.

Під час опитування важливо було показати, що реалізація в регіонах України програм профілактики поширення ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків дійсно позначилась на зменшенні ризику передачі інфекції при користуванні шприцями та відповідно підвищенні рівня схильності до уникнення спільного користування інструментарієм. Для оцінки ситуації використано дані тематичного блоку з проблем ВІЛ/СНІД національного соціологічного опитування в рамках програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні».

Дані цього дослідження свідчать, що протягом останнього місяця 83% опитуваних не користувалися шприцями (голками), які були використані іншими особами. Для поглибленого вивчення питання, де саме СІН отримують нові шприци, респондентам було запропоновано відповіді на запитання № 22 «Чи купували/отримували Ви нові (невикористані) шприци протягом останнього місяця в наступних місцях?». При відповіді «так» опитування переходило до наступного питання № 23 «Скільки гривень Ви витратили на шприци протягом останнього місяця?».

За даними Міністерства охорони здоров'я України² на сьогодні превалює парентеральний шлях передачі інфекції (під час введення внутрішньовенно наркотичної речовини, інфікованої ВІЛ). З огляду на це важливо максимально знизити ризик інфікування осіб, що споживають наркотики, шляхом попередження практики спільного користування шприцями. На початку епідемії в Україні населення практично не мало доступу до інформації про шляхи інфікування ВІЛ, тому саме цей негативний фактор спричинив такий стрімкий розвиток епідемії в Україні. Швидке поширення інфекції ін'єкційним шляхом при масовому залученні до середовища наркоспоживачів підлітків та молоді спонукало вжити термінових профілактичних заходів, спрямованих насамперед на СІН.

За результатами даного соціологічного дослідження, 84,5% купували/отримували нові (невикористані) шприци протягом останнього місяця в найбільш доступних місцях: аптеці, кіоску, магазині. Серед респондентів на запропоноване запитання лише одиниці (від 0,3% до 1% опитуваних) дали відповідь «не пам'ятаю». Тобто активізація профілактичної роботи серед населення України протягом останніх п'яти років дала відчутні результати. Вочевидь, що більшість СІН сьогодні вважають спільне користування шприцями небезпечним.

Постійне збільшення кількості осіб, що вживають наркотики, є негативним процесом, на який важко вплинути чи зупинити. З 1987 року за станом на 01.04.2004 року в Україні офіційно зареєстровано 65 495 ВІЛ-інфікованих співвітчизників та 307 іноземців. Серед ВІЛ-інфікованих 41 991 особа — внутрішньовенні наркомани. У 2004 році, якщо порівнювати з минулим роком, кількість офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих громадян України збільшилась у 1,3 раза, ВІЛ-інфікованих дітей — у 1,08, наркоманів — у 1,4 раза. Переважна більшість ВІЛ-інфікованих — особи 20-39 років, постійно реєструються особи підліткового віку³.

Таким чином, молодь є найбільш уразливою групою епідемії. Інфікування осіб репродуктивного віку призводить до виникнення іншого загрозливого наслідку епідемії — народження дітей з високим ризиком захворіти на ВІЛ/СНІД.

¹ Усього опитано 3542 респонденти віком від 18 років і старше в усіх областях України, м. Києві та Автономній Республіці Крим.

² Оперативна інформація про офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих громадян України за березень і перший квартал 2004 року та 1987-2004 (3 міс.) рр.: МОЗ України, лист № 75 від 22.04.2004 р.

³ Оперативна інформація про офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих громадян України за березень і перший квартал 2004 року та 1987-2004 (3 міс.) рр.: МОЗ України, лист № 75 від 22.04.2004 р.

Одним з найважливіших заходів є виключення можливості передачі ВІЛ при спільному користуванні шприцями. Кінцевим очікуваним результатом такої роботи має стати максимальне зниження ризику поширення інфекцій, що передаються парентеральним та статевим шляхом (ВІЛ, гепатит, сифіліс тощо). Створення умов для безкоштовного забезпечення СІН одноразовим інструментарієм, як показує світова практика, є одним з найефективніших.

З метою оцінки рівня доступності цільової групи до нових (одноразових) шприців було підраховано індекс відповідей на запропоновані питання щодо купівлі /отримання нових (невикористаних) шприців протягом останнього місяця.

Респондентам пропонувалося 13 варіантів пунктів можливого отримання інструментарію (див. табл. 6.7.1.) з наступним зазначенням шляхів оплати за надані послуги. На першому етапі опитування було важливо визначити, який відсоток СІН (протягом останнього місяця) купував /отримували нові (невикористані) шприци з такими варіантами відповідей: «так», «ні», «не пам'ятаю». Якщо респондент давав відповідь «так», опитування тривало. При відповіді «ні» подальше опитування з цієї проблеми припинялося.

Розглянемо більш детально результати за окремими пунктами анкети.

Як було сказано вище, більша частина опитуваних вказали, що найчастіше протягом останнього місяця купували шприци в аптеці, магазині або кіоску. Майже 85% респондентів відповіли на перше запитання «так». Це свідчить про те, що обізнаність у середовищі СІН щодо необхідності користування новим (одноразовим) інструментарієм досить висока. Причому 86% цієї групи придбали шприци за офіційну плату, яка в деяких випадках сягала 600,0 грн. на місяць.

Дуже важливо було з'ясувати, наскільки ефективно організовано роботу пунктів обміну шприців. На жаль, більшість респондентів відповіли на друге запитання «ні». Тобто 61% СІН взагалі не користуються послугами цих пунктів, хоча майже кожен третій серед респондентів отримував там безкоштовно нові шприци.

Практично однакова кількість респондентів купували (отримували) одноразовий інструментарій у друга (27%) або безпосередньо у продавця наркотиків (23%). Причому поглиблене вивчення варіантів відповіді за п. 6 показало, що у 80% випадків друзі пропонують нові (невикористані) шприци безкоштовно. Продавці наркотиків у 52% випадків продавали шприци клієнтам. Мінімальна плата становила 0,25 грн., максимальна (неофіційна) — 200,0 грн.

Серед опитуваних 17% отримували невикористані шприци у своєму середовищі та 12% у своїх сексуальних партнерів. У цьому випадку слід зауважити, що відповідь респондентів «ні» на запитання пп. 9, 10 не відображає ситуацію про те, як часто в цих групах ризикованої поведінки щодо інфікування ВІЛ практикують спільне користування шприцями. За даними опитування, 88% респондентів мали сексуальні контакти протягом 12-ти останніх місяців, причому 39% усіх опитуваних протягом останніх 3-х місяців мали більше одного сексуального партнера; 30% не користуються презервативами під час контактів з постійним партнером. Таким чином, є очевидною наявність високого ризику передачі інфекції серед сексуальних партнерів шляхом поєднання ін'єкційного та статевого шляхів інфікування.

Викликає інтерес вивчення активності неурядових організацій в організації профілактичних заходів. Як з'ясувало-

ся, 91% СІН протягом останнього місяця не отримували від неурядових організацій одноразового інструментарію. 8% відповіли «так» по даній категорії; вони отримали шприци безкоштовно.

Узагальнення даних, отриманих під час опитування, дає змогу розподілити місця отримання/купівлі шприців на 4 основних групи. Перша група — місця офіційного продажу одноразового інструментарію: аптека, магазин, кіоск (84,6%). Друга група за кількістю ствердних відповідей пов'язана з безпосереднім уживанням наркотиків (у тому числі в рамках профілактичних програм): пункт обміну шприців (38%), друзі (27%), продавці наркотиків (23%) та споживачі наркотиків (17%). Третя група поєднує місця, які не є актуальними для СІН щодо отримання нових шприців: сексуальний партнер, неурядова організація, родичі, центр ССМ та громадська організація. Послугами вказаних пунктів реалізації шприців користуються від 12-ти до 4-х відсотків опитуваних. До четвертої групи увійшли місця, до яких СІН звертаються дуже рідко: лотки, вуличні торгівці, приватні лікарні тощо. Питомо вага опитуваних, які відповіли «так» на це запитання, не перевищує 3%.

Таблиця 6.7.1. Розподіл відповідей на запитання «Чи купували /отримували Ви нові (невикористані) шприци протягом останнього місяця в наступних місцях?» за категоріями запропонованих запитань, %

№	Запитання	Варіанти відповідей		
		Так	Ні	Не пам'ятаю
1.	Аптека, магазин, кіоск	84,6	15	0,4
2.	Пункт обміну шприців	38	61,6	0,4
3.	Приватна лікарня	1	98,7	0,3
4.	Центр ССМ (КП „Довіра“)	6	93,6	0,4
5.	Громадська лікарня	4	95,5	0,5
6.	Друг	27	72,5	0,5
7.	Продавець наркотиків	23	76	1
8.	Член родини/родич	5	94,6	0,4
9.	Споживачі наркотиків	17	82	1
10.	Сексуальний партнер	12	87	1
11.	Неурядова організація	8	91	1
12.	На вулиці (лотки, вуличні торгівці)	3	96,5	0,5
13.	Інше	0,1	99,9	—

Кількість варіантів відповіді «ні» на п.12 опитування свідчить насамперед, що СІН досить рідко купують на вулиці нові шприци. Враховуючи, що стихійна торгівля одноразовим інструментарієм не гарантує повної безпеки при користуванні, така ситуація досить сприятлива (див. табл. 6.7.1.).

За даними опитування, рідше всього респонденти зверталися для отримання нових шприців до приватних (1%) та громадських лікарень (4%), до членів своєї родини (5%).

З даних, відображених на наступному рисунку цього звіту, стає зрозумілим, в яких напрямках сьогодні слід скеровувати профілактичну роботу серед СІН щодо забезпечення їх новими (одноразовими) шприцями.

Не виключено, що саме в аптеках, магазинах та кіосках, які реалізують у торгівлі продаж одноразового інструментарію для населення, слід розміщувати наочні інформаційні матеріали профілактичного спрямування про запобігання інфікуванню ВІЛ та пункти обміну шприців.

«Чи купували /отримували Ви нові (невикористані) шприци протягом останнього місяця в наступних місцях?», %

Згідно з відповідями респондентів користуються лише купленими шприцями 33,4% (фактично кожен третій серед опитуваних), причому серед них переважають чоловіки, питома вага яких у цій групі становить 75,8%. Із загальної кількості осіб чоловічої статі протягом останнього місяця: 34,3% завжди купували шприци та 16,7% часто (в 77-

99% випадках); дуже рідко — 12,4% (від 1% до 24% випадків); ніколи не купували 11,1%. Серед жінок ситуація аналогічна.

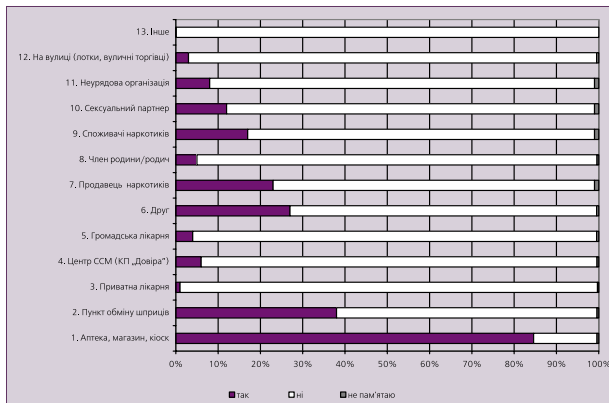


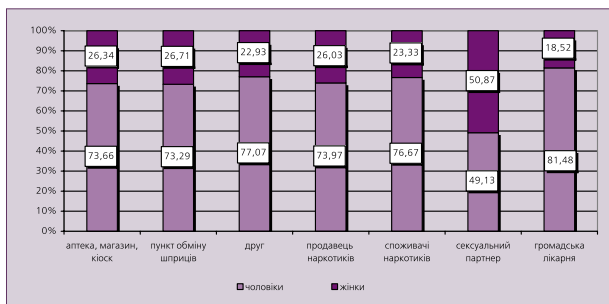
Рис. 6.7.1. Розподіл відповідей респондентів на запитання

Серед респондентів 11,2% дали відповідь про те, що отримали шприци тільки безкоштовно (серед чоловіків питома вага осіб, що дали таку відповідь, становить 11,1%, серед жінок — 11,8%). Незалежно від статі часто отримують безкоштовно шприци 12,8% осіб (у 76-99% випадках); дуже рідко — 15,8% (від 1% до 24% випадків); ніколи не отримували — 33,4%. Стверджували, що купували /отримували шприци безкоштовно в рівних пропорціях, тобто 50:50, всього 9,5% опитуваних (9,0% чоловіків та 10,8% жінок).

Таким чином, згідно з опитуванням частка куплених чи отриманих безкоштовно нових шприців не залежить від статі.

Загальна кількість респондентів за статтю в цьому опитуванні розподіляється наступним чином: 73,7% чоловіків та 26,3% жінок (див. рис. 6.7.2.). Таке співвідношення розподілу відображається аналогічно в більшості наданих відповідей «так» щодо найчастішого згадуваного місця отримання нового інструментарію. Відхилення спостерігаються в результатах анкетування по двох пунктах.

Рис. 6.7.2. Розподіл респондентів за статтю серед тих, хто надав відповідь «так» на запитання «Чи купували /отримували Ви нові (невикористані) шприци протягом останнього місяця в зазначених місцях?», за місцем джерела отримання одноразового інструментарію, %



Серед усіх респондентів, хто стверджував, що отримує нові (невикористані) шприци у сексуальних партнерів, питома вага жінок становить 50%. Проте до послуг громадської лікарні СІН жіночої статі звертаються значно рідше за чоловіків — лише у 18,5%. Характеристика даних анкетування з урахуванням статі свідчить про те, що аналогія поведінки чоловіків та жінок щодо місць отримання нових шприців має спільні закономірності. Відрізняються відповіді в категорії «друг» та «сексуальний пар-

тнер». Наступна діаграма (рис. 6.7.3.) показує, що чоловіки частіше за жінок купували /отримували нові (невикористані) шприци протягом останнього місяця у друзів (25,7% проти 21,4%) та рідше отримували їх у сексуальних партнерів, ніж жінки (8,7% проти 16,7%).

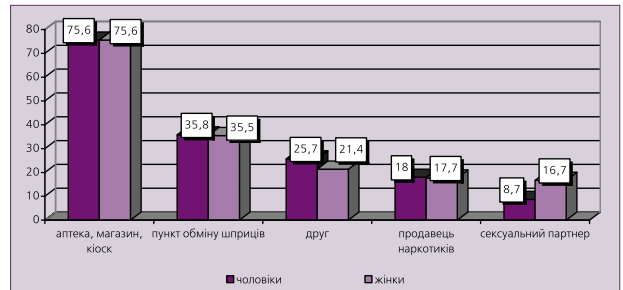


Рис. 6.7.3. Порівняльна характеристика за статтю серед респондентів, що надали відповідь «так» на запитання «Чи купували /отримували Ви нові (невикористані) шприци протягом останнього місяця в наступних місцях?», за місцем джерела отримання одноразового інструментарію, %

Поведінка СІН різних вікових категорій суттєво відрізняється (див. табл. 6.7.2.). Усіх респондентів було розподілено на 5 вікових груп. Серед усіх опитуваних більша частина СІН звертаються до аптеки, магазину, кіоску (п.1) або пункту обміну шприців (п. 2) незалежно від віку.

Таблиця 6.7.2. Розподіл респондентів, які дали відповідь «так» на запитання «Чи купували /отримували Ви нові (невикористані) шприци протягом останнього місяця в наступних місцях?», за віковими категоріями, %

№	Запитання	Вікова група					Всього (к-т)
		<18	19-20	21-24	25-29	30+	
1.	Аптека, магазин, кіоск	8,3	12,2	26,7	26,1	26,7	2981
2.	Пункт обміну шприців	4,5	9,9	20,6	26,4	38,6	1327
3.	Приватна лікарня	6,5	3,2	38,7	29,0	22,6	31
4.	Центр ССМ (КП "Довіра")	8,0	10,2	23,1	34,2	24,4	225
5.	Громадська лікарня	5,1	11,8	36,8	28,7	17,6	136
6.	Друг	10,3	12,4	30,5	26,8	20,0	960
7.	Продавець наркотиків	8,0	14,3	27,7	27,7	22,3	802
8.	Член родини/родич	4,8	9,5	30,2	30,2	25,4	189
9.	Споживачі наркотиків	7,3	12,7	31,4	28,8	19,8	605
10.	Сексуальний партнер	7,0	12,6	33,5	30,7	16,3	430
11.	Неурядова організація	5,4	7,8	20,4	26,5	39,8	294
12.	На вулиці (лотки, вуличні торгівці)	8,2	16,5	22,7	27,8	24,7	97
13.	Інше	-	-	50,0	50,0	-	2

Серед клієнтів пункту обміну шприців (п. 2) найчастіше зустрічаються особи, старші 30 років (38,6% респондентів, що відповідають «так» на вказане запитання). До послуг приватних (п. 3) та громадських лікарень (п. 5) частіше звертаються особи вікової групи 21-24-х років. Серед осіб, які найчастіше отримують нові шприци у друзів (п. 6) або сексуальних партнерів (п. 10), виділяється вікова група 21-24-х років (30,5% та 33,5% відповідно). Найчастіше користуються послугами продавців (п. 7) та споживачів наркотиків (п. 9) особи віком від 21 до 29 років. Серед 294 респондентів, які отримують безкоштовно шприци в неурядовій організації (п. 11), переважають особи, старші 30 років. Більш детально охарактеризовано ситуацію в окремих вікових групах у наступній таблиці (див. табл. 6.7.3.):

Таблиця 6.7.3. Розподіл респондентів, які дали відповідь «так» на запитання «Чи купували /отримували Ви нові (невикористані) шприци протягом останнього місяця в наступних місцях?», у вікових категоріях, %

№	Запитання	Вікова група				
		<18	19-20	21-24	25-29	30+
1.	Аптека, магазин, кіоск	86,7	87,3	88,5	83,0	84,4
2.	Пункт обміну шприців	21,1	31,7	30,4	37,2	51,5
3.	Приватна лікарня	0,7	0,2	1,3	1,0	0,7
4.	Центр ССМ (КП "Довіра")	6,3	5,5	5,8	8,2	5,5
5.	Громадська лікарня	2,5	3,8	5,6	4,2	2,4
6.	Друг	34,7	26,6	32,6	27,4	19,3
7.	Продавець наркотиків	22,5	27,6	24,7	23,6	18,0
8.	Член родини/родич	3,2	4,3	6,3	6,1	4,8
9.	Споживачі наркотиків	15,4	18,5	21,1	18,5	12,0
10.	Сексуальний партнер	10,5	12,9	16,0	14,1	7,0
11.	Неурядова організація	5,6	5,5	6,7	8,3	11,8
12.	На вулиці (лотки, вуличні торгівці)	2,8	3,8	2,4	2,9	2,4
13.	Інше	-	-	0,1	0,1	-
Усього осіб у цій віковій категорії		285	416	900	940	995

Незалежно від віку більшість СІН купували /отримували нові шприци в аптеках, магазинах та кіосках (більше 80% у кожній групі). Щодо інших місць отримання шприців було виявлено деякі розбіжності. Так, кожен третій серед наймолодших респондентів (18 років) отримував у друзів шприци (переважно безкоштовно). Респонденти 19-20 років досить часто (27,6%) купують, як офіційно, так і неофіційно, одноразовий інструментарій у продавців наркотиків. Проте саме ця група СІН найрідше звертається до неурядових організацій (5,5%). Наступна вікова група опитуваних (21-24 роки) відрізняється від інших тим, що кожен п'ятий з них (21,1%) купує шприци у споживачів наркотиків. Однак, згідно з даними опитування, чим старші СІН, тим рідше вони звертаються до друзів, продавців та споживачів наркотиків, віддаючи перевагу пунктам обміну шприців та неурядовим організаціям, де отримують безкоштовно нові шприци.

Таким чином, встановлено наявність зв'язку між віком споживачів наркотиків та місцем, де вони купують /отримують нові (невикористані) шприци.

Як відомо, Україна серед інших країн Східної Європи виділяється високим рівнем поширення наркоманії та ВІЛ-інфекції. Найбільш уражені регіони: Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Миколаївська, Луганська, Харківська, Запорізька, Черкаська, Полтавська області, АР Крим, м. Київ та м. Севастополь¹. Залежно від рівня поширеності ВІЛ-інфекції/СНІД регіони поділяються на 3 групи: з низьким, середнім та високим рівнями поширеності.

Серед усіх респондентів, які брали участь в опитуванні, 57,2% мешкають у регіонах, що належать до групи з високим рівнем поширеності ВІЛ/СНІД (див. рис. 6.7.4.).

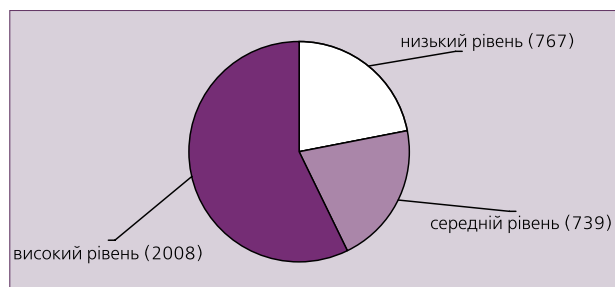


Рис. 6.7.4. Розподіл респондентів, що надали відповідь «так» на запитання «Чи купували /отримували Ви нові (невикористані) шприци протягом останнього місяця в наступних місцях?», за місцем проживання в регіонах з низьким, середнім та високим рівнем поширеності ВІЛ/СНІД

Під час опитування з'ясувалося, що в регіонах з низьким рівнем поширеності ВІЛ/СНІД СІН найчастіше купують шприци в аптеці, магазині, кіоску (91,3%). Четверть респондентів із цих регіонів отримує нові шприци у друзів (26,3%), причому переважно безкоштовно. Рідше, ніж в інших регіонах, тут купують шприци у продавців та споживачів наркотиків. Відмітною рисою опитуваних у регіонах з низьким рівнем поширеності ВІЛ/СНІД порівняно з регіонами з вищим рівнем є те, що тут СІН досить рідко користуються пунктами обміну шприців та практично ніхто не звертається до неурядових організацій.

У регіонах із середнім рівнем поширеності ВІЛ/СНІД частіше користуються послугами Центру соціальної служби для молоді (16,7%) та отримують нові шприци у сексуальних партнерів (17,9%).

Респонденти, що мешкають у регіонах з високим рівнем поширеності ВІЛ/СНІД, зазвичай купують шприци в

аптеках, магазинах та кіосках (82,1%), значно частіше, ніж у регіонах з нижчим рівнем епідемії, користуються послугами пунктів обміну шприців (47,8%) та отримують шприци у продавців наркотиків (26,6%).

Таблиця 6.7.4. Розподіл респондентів, які дали відповідь «так» на запитання «Чи купували /отримували Ви нові (невикористані) шприци протягом останнього місяця в наступних місцях?», по регіонах залежно від рівня поширеності ВІЛ/СНІД, %

№	Запитання	Регіон		
		1 низький	2 середній	3 високий
1.	Аптека, магазин, кіоск	91,3	83,3	82,1
2.	Пункт обміну шприців	16,6	31,8	47,8
3.	Приватна лікарня	1,2	0,5	0,8
4.	Центр ССМ (КП „Довіра“)	0,4	16,7	4,8
5.	Громадська лікарня	2,9	2,3	4,8
6.	Друг	26,3	26,5	27,7
7.	Продавець наркотиків	13,6	16,1	26,6
8.	Член родини/родич	4,9	5,8	5,3
9.	Споживач наркотиків	13,6	15,5	19,0
10.	Сексуальний партнер	7,3	17,9	12,1
11.	Неурядова організація	0,5	8,1	11,3
12.	На вулиці (лотки, вуличні торгівці)	1,2	2,8	3,3
13.	Інше		0,1	0,0
Усього респондентів		767	739	2008

Загалом у всіх регіонах незалежно від рівня поширеності ВІЛ/СНІД споживачам ін'єкційних наркотиків доступні нові (невикористані) шприци. Проте можливість отримати їх безкоштовно більш характерна для регіонів, де епідемія ВІЛ/СНІД сягнула високого рівня.

Таблиця 6.7.5. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Яка частка шприців із загальної кількості тих, що Ви придбали за останній місяць, становить...», %

Частка, %	Куплені	Отримані безкоштовно
0	11	33
1-24	13	16
25	1	1
26-49	9	7
50	9	9
51-74	7	9
75	1	1
76-99	16	13
100	33	11

Одним з найважливіших критеріїв реалізації профілактичних заходів у регіонах є доступність безкоштовних шприців. Під час опитування лише 11% серед усіх респондентів стверджували, що стовідсотково забезпечені новими шприцями безкоштовно; 13% респондентів відповіли, що частка безкоштовних шприців складає 76-99% від усіх отриманих; 9% респондентів відмітили, що половина нових шприців отримана ними безкоштовно.

Суттєвих відмінностей між регіонами з різним рівнем поширеності ВІЛ/СНІД щодо джерел отримання нових шприців немає. Заслугує уваги те, що в регіонах з більш складною епідемічною ситуацією доступність безкоштовних шприців вища, ніж в інших регіонах: 12,9% респондентів указали, що всі нові шприци отримані безкоштовно; більшу частку (від 76% до 99%) безкоштовних шприців мають 15,1%. У регіонах із середнім рівнем поширеності ВІЛ/СНІД ситуація аналогічна.

Щодо ситуації в регіонах з низьким рівнем поширеності ВІЛ/СНІД, то згідно з відповідями респондентів більшу частку безкоштовних шприців отримують 5,5% серед опитуваних та лише 5,6% стовідсотково використовують одноразовий інструментарій, отриманий безкоштовно. Проте 51,5% осіб отримують нові шприци за гроші.

Таким чином, важливо максимально розширювати мережу пунктів обміну шприців, посилювати інформаційну роботу серед СІН щодо шляхів профілактики пе-

¹ МОЗ України, інформаційний лист № 75 від 22.04.2004 р.

редачі інфекції та збільшувати рівень доступності до безкоштовного отримання нових шприців. Проведений аналіз підкреслює необхідність подальшого впровадження профілактичних програм у регіонах незалежно від рівня поширеності ВІА/СНІД.

6.8. Практика утилізації шприців

Розглянемо одне з важливих питань, яке стосується практики утилізації шприців після ін'єкційного введення наркотику. Як відомо, використання інструментарію, який містить залишки крові після введення наркотику, може призвести до передачі збудника ВІА-інфекції іншій людині при повторному використанні. Таким чином, утилізація використаних шприців є одним з напрямків профілактики поширення інфекцій, що передаються з кров'ю, зокрема ВІА-інфекції та вірусного гепатиту.

Під час опитування 3498 осіб, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом (СІН), було встановлено, що лише 49,9% респондентів використовують новий шприц для кожної ін'єкції. Для оцінки ситуації використано дані тематичного блоку з проблем ВІА/СНІД національного соціологічного опитування в рамках програми «Подолання епідемії ВІА/СНІД в Україні». Мета цього розділу опитування — поглиблене вивчення ситуації в регіонах України щодо запобігання передачі ВІА-інфекції при повторному користуванні шприцями у середовищі СІН та обізнаності стосовно необхідності знищувати (обмінювати, знезаражувати) використані шприци. Також цей параграф передбачає опосередковане визначення рівня організації профілактичної роботи в регіонах з боку організацій, діяльність яких пов'язана із забезпеченням просвітницької роботи серед СІН (у тому числі пунктів обміну шприців), та визначення пріоритетних напрямків у проведенні профілактичних заходів щодо попередження повторного використання шприців у середовищі СІН.

Респондентам було запропоновано відповісти на два взаємопов'язаних запитання «Що Ви, як правило, робите зі шприцом, який більше не плануєте використовувати після ін'єкції?» та «Якщо Ви викидаєте шприц після ін'єкції, то перед тим, як його викинути, Ви...». Серед 2592 осіб, хто стверджував, що викидає шприц після ін'єкції, значна більшість респондентів (66%) відповіли «так» на варіант

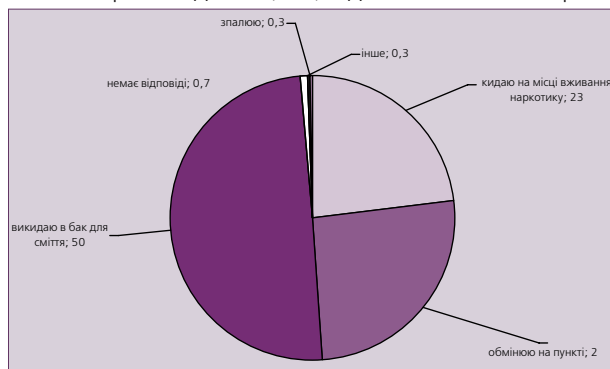


Рис. 6.8.1. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Що Ви, як правило, робите зі шприцом, який більше не плануєте використовувати після ін'єкції?» за категорією поставлених запитань, %

відповіді «нічого не робите». Це дозволяє припустити, що ми маємо колосальний резервуар для зараження населення ВІА при повторному використанні шприців як свідомо, так і при травмуванні під час випадкового контакту з голкою шприца, на якому залишилася кров інфікованої особи (див. рис. 6.8.1.).

Результати опитування свідчать, що кожен четвертий серед опитованих (26%) користується пунктом обміну шприців з метою отримання нового інструментарію. Однак 23% залишають використаний шприц безпосередньо на тому місці, де вживали наркотик. Це загрозливий показник. Як відомо, досить часто СІН вводять наркотики у своєму середовищі. Таким чином, створюються умови для повторного використання шприців іншою особою, яка в даному випадку має високий ризик інфікування ВІА.

Щодо утилізації шприців представниками різних вікових груп. Як було зазначено вище, половина всіх опитованих викидає використані шприци в бак для сміття, відро, урну (50,0%). Аналогічна ситуація спостерігається в кожній з п'яти вікових груп. Виявлено відмінності при аналізі результатів опитування за п. 26 «Що Ви робите зі шприцом, який більше не плануєте використовувати?» з варіантом відповіді «Кидую на місці вживання наркотику». Ця поведінка більш притаманна СІН віком від 19 до 20 років (32%). Найчастіше користуються послугами пункту обміну шприців респонденти старшого віку (див. рис. 6.8.2.).

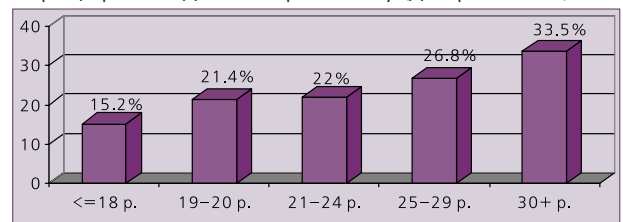


Рис. 6.8.2. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Що Ви, як правило, робите зі шприцом, який більше не плануєте використовувати після ін'єкції?» (з варіантом відповіді «обміню на пункті») за віковими категоріями, %

Опитовані СІН в областях з високим рівнем поширеності ВІА/СНІД частіше, ніж в інших регіонах, здають використані шприци для утилізації на пунктах обміну (31,5%). Проте в регіонах з низьким рівнем поширеності ВІА/СНІД використані шприци значно частіше потрапляють на смітник, залишаючись загрозливим джерелом інфекції (67,6%).

Тим респондентам, які відповіли, що викидають шприци після використання, було запропоновано деталізувати, що саме вони роблять перед тим, як його викинути. Кожен другий серед опитованих стверджував, що нічого не робить (49%). Приблизно 10% СІН вкладають голку в пакет або газету і тільки тоді викидають використаний інструментарій на смітник. Найменша кількість респондентів дезінфікують шприц після ін'єкції: від 0,7% (19-20 років) до 3,1% (старше 30 років). Така тенденція спостерігається в усіх регіонах України незалежно від рівня поширеності ВІА/СНІД.

Таким чином, тим організаціям, що задіяні в реалізації профілактичних програм серед споживачів ін'єкційних наркотиків, слід приділяти більш уваги питанням утилізації використаних шприців.

РОЗДІЛ 7. Дотримання заходів попередження передачі ВІЛ-інфекції під час сексуальних контактів

7.1. Рівень сексуальної активності СІН

Як показують результати досліджень, споживачі ін'єкційних наркотиків ведуть досить активне сексуальне життя. Так, переважна більшість (88%) СІН мали сексуальні контакти за останні 12 місяців (див. рис. 7.1.1.), причому 68% з них — це чоловіки і 32% — жінки. Найбільшу частку тих, хто протягом року мав сексуальні стосунки, становлять респонденти віком від 21 до 30 років.

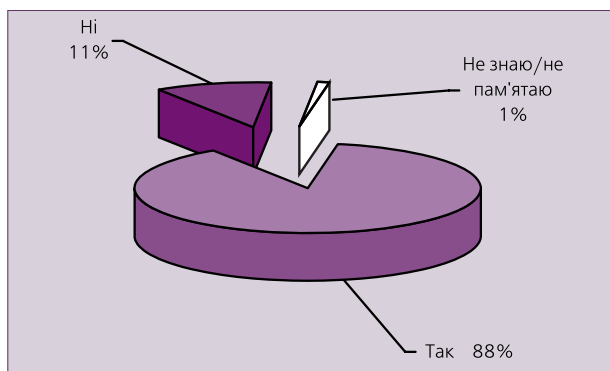


Рис. 7.1.1. Розподіл відповідей СІН на запитання «Чи були у Вас за останні 12 місяців сексуальні контакти?», %

Треба зазначити, що 54% серед усіх опитаних мали сексуальні контакти з одним постійним статевим партнером.

Якщо вести мову про сексуальне життя СІН протягом останніх трьох місяців, то, як свідчать результати досліджень, 43% мали сексуальні стосунки з одним партнером (чоловіків серед них виявилось 64%, тоді як жінок — 36%), ще 12% опитаних мали статеві контакти з двома партнерами (і знову ж таки відсоток чоловіків утричі більший за жінок) (див. рис.7.1.2.).

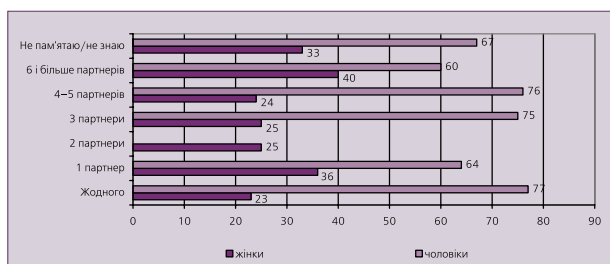


Рис. 7.1.2. Розподіл відповідей респондентів за статтю на запитання «Скільки загалом (усіх) сексуальних партнерів у Вас було за останні 3 місяці», %

Важливо відмітити, що кожний четвертий опитаний (24%) вступав у сексуальний контакт з трьома або більше сексуальними партнерами за останні три місяці, а ще майже 8% респондентів узагалі не пам'ятають або не знають, скільки сексуальних партнерів у них було протягом цього періоду.

При цьому 13% серед усіх опитаних зазначили, що протягом останніх трьох місяців не мали жодного сексуального партнера. Як свідчать результати дослідження, на рівень сексуальної активності респондентів певним чином впливає стаж уживання ін'єкційних наркотиків. Так, нап-

риклад, серед тих, хто вживає наркотики ін'єкційним шляхом понад 5 років, майже кожен другий респондент (55%) зазначив, що протягом останніх трьох місяців не мав жодних сексуальних стосунків. Серед СІН, стаж уживання яких налічує від 3 до 5 років, цей показник становить 23%, тоді як серед респондентів, які вживають ін'єкційні наркотики не більше 1 року, цей показник становить лише 6%.

Таблиця 7.1.1. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Скільки загалом (усіх) сексуальних партнерів у Вас було за останні 3 місяці», %

	Серед усіх опитаних	Чоловіки	Жінки
Жодного	13	77	23
1 партнер	43	64	36
2 партнери	12	75	25
3 партнери	7	75	25
4-5 партнерів	8	76	24
6 і більше партнерів	9	60	40
Не знаю/не пам'ятаю	8	67	33

Ризик зараження на ВІЛ або ІПСШ підвищується під час незахищених статевих контактів з малознайомими особами або працівниками комерційного сексу. Під час опитування ми намагалися виявити відсоток опитаних, які користувалися послугами комерційного сексу упродовж останніх 12-ти місяців, та наскільки часто респонденти мали сексуальні контакти, за які вони давали винагороду.

Як свідчать результати дослідження, переважна більшість опитаних (93%) протягом останнього року взагалі не користувалася такими комерційними послугами (див. табл. 7.1.2.). Але поряд із цим майже 7% респондентів (переважно чоловіки) мали сексуальні стосунки з особами, яким давали винагороду за їхні сексуальні послуги.

Таблиця 7.1.2. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Скільки серед Ваших сексуальних партнерів, з якими Ви вступали в контакт упродовж останніх 12-ти місяців, становлять...», %

Комерційні сексуальні партнери, яким Ви давали винагороду за їхні сексуальні послуги	
Жодного	93
1 партнер	2
2 партнери	2
3 партнери та більше	3

Причому більше третини з них (39%) протягом останнього місяця більше двох разів вступали в сексуальні контакти, за які вони давали винагороду (див. рис. 7.1.3.).

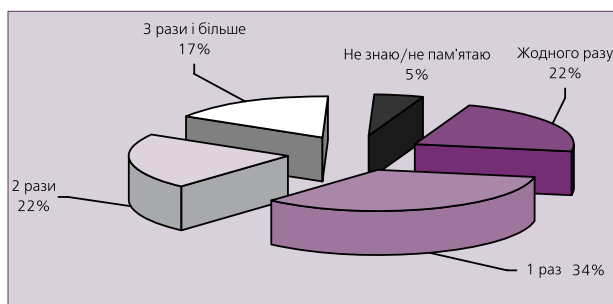


Рис. 7.1.3. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Скільки разів за останній місяць Ви вступали в сексуальні контакти, за які Ви давали винагороду?», %

Така ж тенденція простежується, якщо говорити про сексуальні контакти респондентів, за які вони отримували винагороду (див. табл. 7.1.3.).

За результатами опитування переважна більшість опитаних СІН (93%) протягом останніх 12 місяців не вступали в контакт з особами, які давали їм винагороду за інтимні послуги.

Комерційні сексуальні партнери, які Вам давали винагороду за сексуальні послуги	
Жодного	93
1 партнер	1
2 партнери	1
3 партнери та більше	5

Таблиця 7.1.3. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Скільки серед Ваших сексуальних партнерів, з якими Ви вступали в контакт упродовж останніх 12-ти місяців, становлять...», %

Однак, незважаючи на це, знову ж таки 7% респондентів (переважно жінки) надавали сексуальні послуги за винагороду протягом останнього року. Причому більше половини з них (53%) вступали в такі сексуальні контакти більше 3-х разів за останній місяць і ще чверть (27%) — 1-2 рази протягом останнього місяця.

Ризик зараження на ІПСШ та ВІЛ підвищується не тільки під час сексуальних стосунків за винагороду, а й під час сексуальних контактів з малознайомими та випадковими особами.

За даними опитування, сексуальні контакти з випадковими та малознайомими особами за поточний рік у респондентів траплялися досить часто. Так, 24% опитаних мали сексуальні стосунки з трьома або більшою кількістю осіб під час останніх 12 місяців.

Серед тих респондентів, які вступали в сексуальні контакти з випадковими або малознайомими особами, близько половини опитаних СІН мали такі контакти за останній місяць. Причому суттєвих розбіжностей за віком та статтю не виявлено.

Водночас необхідно відзначити, що кожний п'ятий респондент серед тих, хто вступав у контакти з малознайомими та випадковими особами, не мав подібних сексуальних контактів за останній місяць (див. табл. 7.1.4.).

Таблиця 7.1.4. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Скільки разів за останній місяць Ви вступали в сексуальні контакти, за які Ви отримували винагороду?», %

Варіанти відповіді	Серед усіх опитаних	Серед тих, хто вступав у сексуальні контакти з випадковими чи малознайомими особами
Не вступав/ла в сексуальні контакти	8	20
1 раз	11	27
2 рази	8	21
3 рази та більше	10	26
Не знаю/не пам'ятаю	3	6
Питання не ставилося	60	

7.2. Практика використання презервативів під час гетеросексуальних контактів та оцінка ризику інфікування ІПСШ та ВІЛ

Споживання психоактивних речовин значною мірою впливає на сексуальну поведінку.

Використання презервативів серед СІН — досить мало поширене явище: результати більшості досліджень свідчать про те, що третина СІН ніколи не використовують презервативи. Дослідження, яке провів Український інс-

титут соціальних досліджень, продемонструвало, що 30% серед усіх опитаних ніколи не користуються презервативом під час сексуальних контактів з постійними партнерами або користуються ним дуже рідко. Як свідчать дані, наведені у табл. 7.2.1, лише кожний сьомий опитаний (15%) використовує презерватив під час статевих контактів з чоловіком чи дружиною або постійним сексуальним партнером.

	Серед усіх опитаних	Серед тих, хто протягом останнього року вступав у контакт з постійним сексуальним партнером
Завжди/у переважній більшості випадків	15	23
Не завжди, але більше ніж у половині випадків (>50%)	8	12
Приблизно у половині випадків (=50%)	5	8
Менше ніж у половині випадків (<50%)	7	11
Ніколи/дуже рідко	30	45
Не знаю/не пам'ятаю	0,3	1

Таблиця 7.2.1. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Як часто Ви користуєтеся презервативом під час сексуальних контактів з Вашим чоловіком/дружиною або постійним сексуальним партнером(ами)?», %

Ті СІН, що практикують сексуальні контакти за винагороду, використовують презервативи не постійно. Близько половини респондентів (46%) серед тих, хто користується презервативами під час сексуальних контактів за винагороду, використовують цей засіб контрацепції завжди або у переважній більшості випадків. Водночас кожен десятий респондент серед тих, хто практикує сексуальні контакти за винагороду чи користується ними, ніколи не використовує презервативи або робить це дуже рідко (див. рис. 7.2.1.). Це не може не сприяти збільшенню кількості випадків захворювань на ІПСШ та ВІЛ.

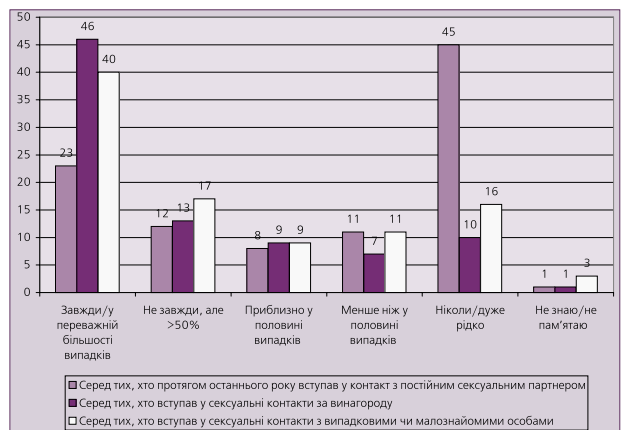


Рис. 7.2.1. Частота користування презервативами під час сексуальних контактів з різними партнерами, %

Як свідчать результати дослідження, практика сексуальних контактів з випадковими та малознайомими особами, на жаль, є частим явищем серед споживачів ін'єкційних наркотиків. При цьому значна кількість опитаних СІН все ще не усвідомлює ризик ВІЛ-інфікування або інфікування ІПСШ, практикуючи незахищений секс (див. рис. 7.2.1.). Отримані дані дають підставу стверджувати, що тільки 40% респондентів, які вступали в сексуальні контакти з випадковими та малознайомими особами, завжди або у переважній більшості випадків використовують презервативи. Водночас кожний десятий опитаний, який вступав у контакти з малознайомими або випадковими особами, ніколи або дуже рідко використовував презервативи.

За результатами опитування, лише половина (53%) тих СІН, хто вступав у сексуальні контакти з випадковими та малознайомими людьми, під час останнього сексуаль-

ного контакту використовували презервативи, тоді як третина — не користувалася презервативами взагалі (див. табл. 7.2.2.).

Варіанти відповіді	Серед усіх опитаних	Серед тих, хто вступав у сексуальні контакти з випадковими чи малознайомими особами
Так	21	53
Ні	12	31
Не пам'ятаю	4	11
Немає відповіді	2	5
Питання не ставилося	61	—

Таблиця 7.2.2. Розподіл відповідей на запитання «Чи використовували Ви презерватив під час останнього сексуального контакту з випадковою чи малознайомою особою?», %

Цікавими виявилися мотиви невикористовування респондентами презервативів під час сексуальних контактів. Існують певні розбіжності серед причин невикористання презервативів залежно від того, з яким сексуальним партнером (постійним, малознайомим або випадковим) відбуваються сексуальні контакти (див. рис. 7.2.2.).

Називаючи основні причини невикористання презерватива під час статевого акту з постійним сексуальним партнером або чоловіком чи дружиною, респонденти перш за все вказували на те, що їм не подобається з презервативом, оскільки його застосування знижує чутливість (41%), інші не вважали за необхідне послуговуватися презервативом (26%) або ж презерватива не було під рукою (16%), не думали про це 10% опитаних, а ще 8% опитаних СІН зазначили, що не користувалися презервативом, оскільки були під впливом психоактивних речовин (алкоголю чи наркотиків).

Як свідчать дані опитування, мотиви небезпечної сексуальної поведінки серед СІН, які надають сексуальні послуги за винагороду або вступають у контакт з малознайомими чи випадковими особами, часто зумовлені обставинами. Так, наприклад, майже кожний п'ятий опитаний (22%) серед тих, хто протягом останнього року мав сексуальні стосунки за винагороду, зазначили, що не використовували презерватив, займаючись сексом, оскільки на той момент у них не було презерватива (або не було під рукою). Ще 16% СІН із цієї групи не використовували презерватив, оскільки були під впливом психоактивних речовин (алкоголю або наркотиків), а 12% опитаних — через наполягання партнера не застосовувати презерватив.

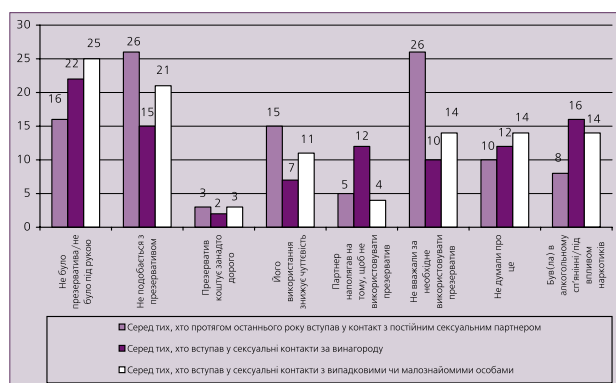


Рис. 7.2.2. Основні причини невикористання респондентами презервативів під час сексуальних контактів з різними партнерами, %

Занепокоєння викликає той факт, що серед СІН, які надають сексуальні послуги за винагороду або вступають у контакт з малознайомими особами, значна кількість тих, хто практикує незахищений секс у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння (14% та 16% відповідно) (див. рис. 7.2.2.).

Треба зазначити, що вартість презервативів для переважної більшості опитаних СІН не є суттєвою причиною невикористання їх під час сексуальних контактів (на це вказали тільки 3% серед усіх опитаних).

Отож, як бачимо, основними причинами невикористання презервативів під час сексуальних контактів для переважної більшості опитаних СІН є:

- ♦ обумовленість обставинами («не було під рукою», «перебували в стані алкогольного або наркотичного сп'яніння»);
- ♦ зниження приємних відчуттів («не подобається з презервативом», «його використання знижує чутливість»);
- ♦ неусвідомлення ризику інфікування ІПСШ та ВІЛ («не вважали за необхідне», «не думали про це», «партнер наполягав на тому, щоб не використовувати презерватив»).

На неусвідомленні опитаними СІН ризику інфікування ІПСШ та ВІЛ хочеться наголосити окремо.

За даними опитування, серед третини респондентів, які добровільно повідомили про свій ВІЛ-статус, 8% виявилися ВІЛ-позитивними.

Стурбованість викликає той факт, що серед них майже кожний другий (45%) ВІЛ-інфікований СІН вступав протягом останнього місяця у сексуальні контакти з випадковою чи малознайомою особою більше 3-х разів. При цьому використовували презерватив під час останнього сексуального контакту з випадковим сексуальним партнером лише 60%, тоді як 27% — не використовували, а ще 9% — не пам'ятають, використовували вони презерватив чи ні.

Причини, через які ВІЛ-інфіковані респонденти не завжди використовують або взагалі не використовують презерватив під час сексуальних контактів, мало чим відрізняються від попередніх (див. рис. 7.2.3.).



Рис. 7.2.3. Основні причини невикористання ВІЛ-інфікованими респондентами презервативів під час сексуальних контактів, %

Як видно з наведених даних, 18% серед ВІЛ-інфікованих не користуються презервативом під час сексуальних контактів, тому що це їм не подобається, ще 15% — не вважають за необхідне використовувати презерватив, а 13% — узагалі були під впливом психоактивних речовин.

Результати дослідження показують, що на сьогоднішній день, незважаючи на проведення різних профілактичних заходів, серед СІН все ще спостерігається досить низький рівень усвідомлення ризику інфікування ІПСШ та ВІЛ.

7.3. Причини відмови від презервативів

Оскільки переважна більшість СІН веде активне сексуальне життя (нагадаємо, що сексуальних контактів за останні 3 місяці не мали тільки 14% опитаних), питання забезпечення безпеки щодо передачі статевим шляхом ВІЛ-інфекції потребує спеціального аналізу причин, які зумовлюють відмову від використання презервативів під час статевих контактів. Як свідчать результати опитування, небезпечний секс у всіх категоріях сексуальних стосунків представлений доволі широко (див. рис. 7.3.1.).

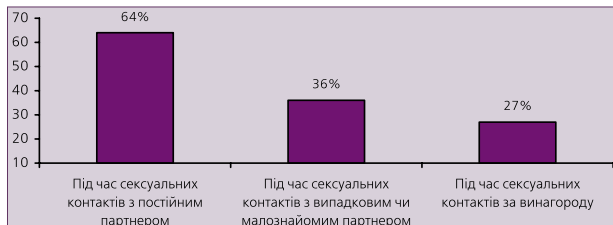


Рис. 7.3.1. Поширеність небезпечних сексуальних контактів

Що ж зумовлює відмову від використання презервативів? Аналіз причин, які називалися респондентами, свідчить, що більшість відмов є наслідком того, що подібна поведінка взагалі не сприймається СІН як ризикована. На першому місці (34%) виявилось мотивування відмови тим, що «не подобається сексуальний контакт з презервативом». Отже, фактор ризику інфікування навіть не включається в ситуацію статевих стосунків. Вони сприймаються лише в площині задоволення-незадоволення, як акт, що відбувається тут і зараз і не має зв'язку з майбутнім, а отже, без усвідомлення проблеми наслідків як такої. До цієї ж групи належать причини типу «використання презерватива знижує чуттєвість» (19%).

Наступна за кількістю виборів (31%) позиція — «не вважали за необхідне використовувати презерватив» також репрезентує відсутність усвідомлення ризику інфікування статевим шляхом. Очевидно, в контексті вживання наркотиків і можливості інфікування в цей спосіб сексуальні контакти розглядаються як такі, що не містять суттєвої загрози інфікування. Тому з-поміж цієї групи опитаних поширені й такі причини відмови, як «не думали про використання презерватива» (17%).

Навіть якщо сама необхідність зробити сексуальний контакт безпечним усвідомлюється, це не виступає для багатьох СІН стримувальним чинником. Вони можуть піти на відкритий сексуальний контакт, якщо «презерватива не було під рукою» (26%). Гальмує усвідомлення небезпеки і ситуація, коли людина перебуває у стані алкогольного сп'яніння або під впливом наркотиків (12%). Зауважимо, що найпоширеніша причина відмови з-поміж жінок комерційного сексу, пов'язана з наполяганням партнера відмовитися від використання презерватива, серед СІН майже не згадується. На неї вказали лише 5% опитаних, причому ця група майже повністю (75%) представлена жінками. Мало поширені й інші причини, зокрема висока ціна презерватива (4%) або використання інших контрацептивів (4%). Зауважимо, що причини відмови мають скоріше суб'єктивну природу. Скажімо, вони практично однакові у представників СІН, які відносять себе до низького або високого соціального прошарку, не спостерігається і відмінностей між областями з різним рівнем поширення ВІЛ-інфекції.

Аналізуючи причини відмови у розрізі соціально-демографічних характеристик СІН, зазначимо, що жінки більш неохочні й частіше за чоловіків відповідають, що «не вважали це за необхідне». У групі з початковою освітою вдві-

чі частіше, ніж у групі з вищою освітою (18,3% проти 9,8%), відповідають, що «не думали про це». Певна різниця фіксується і щодо роду занять. Учні (21,8%) і студенти (25,7%) частіше посиляються на відсутність презерватива на відміну тих, хто має постійну роботу. Очевидно, у зв'язку з цим необхідно поліпшити діяльність організацій, у яких молодь може безкоштовно отримати презервативи, з метою збільшення їх контактів з навчальними закладами. Причому від таких акцій можна сподіватися помітного ефекту, бо саме серед студентів практично вдвічі рідше зустрічається посилення на те, що вони не вважали використання презерватива необхідним. На цю причину послалися 12,3% студентів порівняно з тим, що з-поміж усіх опитаних її назвали 21%. Що ж до учнів, то необхідним є і посилення інформаційної роботи, і розповсюдження серед них презервативів, оскільки саме серед цієї категорії найбільше тих, хто «не думав про це» (25,7% проти 12% з-поміж усіх опитаних). Матеріальний стан СІН також певним чином впливає на причини відмови від презерватива, причому скоріше не з об'єктивних (обмежені можливості придбати презерватив), а із суб'єктивних причин. Скажімо, відповіли, що їм «не подобається з презервативом», 29,5% тих, хто оцінює своє матеріальне становище як високе, і лише 18,4% тих, хто вважає його низьким. Отже, гедоністичні мотиви сильніше виражені в тих, хто не відчуває матеріальної скрути. Характерно, що приблизно така ж тенденція простежується у групах різного віку. Молодші групи частіше вказують, що презерватива не було, а от ті, кому за 30, посиляються на те, що їм не подобається з презервативом. Хоч як це дивно, кількість тих, хто не вважає використання презервативу необхідним, з роками не зменшується, а зростає. Цю ж причину назвали 11,4% у групі до 18 років і 27,4% з-поміж тих, кому за 30. Це ще раз підтверджує, що ризик зараження через сексуальні контакти для СІН «зі стажем» стає все менш суттєвим. Характерно, що група особливого ризику, до якої входять СІН з позитивним ВІЛ-статусом, майже не відрізняється від решти опитаних за усіма вказаними мотивуваннями, виняток становить причина «не думали про це». Її ВІЛ-інфіковані називають частіше (15,7% проти 8,9% серед неінфікованих). Отже, сам статус інфікованого не стримує, а навіть гальмує усвідомлення відповідальності за ризик передачі вірусу, що має враховуватися у спеціальних програмах роботи з ВІЛ-інфікованими.

7.4. Практика придбання презервативів

Як показали результати досліджень, основним місцем придбання презервативів для переважної більшості опитаних, як і раніше, залишаються аптеки, кіоски та магазини. Так, майже 40% серед усіх опитаних СІН зазначили, що протягом останнього місяця придбали презервативи саме в цих місцях. Ще одним місцем придбання презервативів майже кожний четвертий респондент (27%) назвав пункти обміну шприців.

Майже 11% серед усіх опитаних зазначили, що отримували презервативи від неурядових організацій та під час проведення різних громадських акцій.

На жаль, такі державні установи, як центри соціальних служб для молоді та Центр планування сім'ї, майже не надають таких послуг для СІН (див. рис. 7.4.1.).

Ще менше отримують презервативи від цих державних структур ВІЛ-інфіковані СІН. Наведені дані свідчать про те, що ВІЛ-інфіковані респонденти переважно отримують презервативи на пунктах обміну шприців (47%) та від неурядових організацій (8%), які надають подібні послуги СІН у межах різних профілактичних програм, до яких вони залучені.



Рис. 7.4.1. Місця, де респонденти купували /отримували презервативи протягом останнього місяця, %

Треба зазначити, що в ході опитування суттєвих розбіжностей стосовно місця придбання презервативів за статтю та віком не виявлено. А от тип поселення суттєво впливає на практику придбання респондентами презервативів. Так, наприклад, серед СІН, які протягом останнього місяця купували презервативи в аптеках, магазинах або кіосках, питома вага мешканців обласних центрів майже вдвічі перевищує мешканців з інших міст (62% та 37% відповідно). Така ж тенденція спостерігається і серед тих, хто отримував презервативи в пунктах обміну шприців (73% — мешканці обласних центрів та 27% — з інших міст). А серед тих респондентів, хто протягом останнього місяця отримував презервативи в Центрі соціальних служб для молоді (ЦССМ), переважну більшість становлять мешканці інших міст (78%), тоді як мешканці обласних центрів складають 22%. Таким чином, можна припустити, що ЦССМ більш активно проводить профілактичну роботу серед СІН у малих містах (у містах районного підпорядкування).

Якщо вести мову про кількість коштів, яку опитані готові витратити на придбання презервативів, то дані дослідження доводять, що сума варіюється від 0,27 гривень до 300 гривень на місяць. Середня плата на місяць серед тих СІН, хто купував презервативи у вищезазначених місцях, становить майже 12 гривень.

Треба зазначити, що на громадських акціях презервативи роздаються безкоштовно. Що ж стосується неурядових організацій, а також КП «Довіра» при центрах соціальних служб для молоді, то у переважній більшості (94-96%) вони надають СІН презервативи безкоштовно. Але разом з тим є випадки, коли респонденти неофіційно платили за презервативи. Так, наприклад, серед тих, хто місцем придбання презервативів протягом останнього місяця називав пункт обміну шприців, 4 респонденти (0,4%) неофіційно заклали за презервативи в середньому по 5 гривень, решта СІН (96%) отримали їх безкоштовно.

Подібна ситуація траплялася і в інших організаціях, але то були поодинокі випадки. Загалом же неофіційна плата за презервативи в різних організаціях становить від 2-х (КП «Довіра» ЦССМ) до 10-ти гривень (Центр планування сім'ї).

7.5. Гомосексуальні контакти серед чоловіків — СІН

На сьогодні в Україні гомосексуальний шлях передачі ВІЛ-інфекції не вважається характерним. Хоча небезпідставними є твердження, що чоловіки, які вступають у статевий контакт з чоловіками, приховують свою гомосексуальну орієнтацію, зважаючи на осуд подібних контактів з боку суспільства, дані досліджень свідчать, що поміж СІН

чоловічої статі сексуальні контакти з чоловіками мають скоріше поодинокий характер. Зокрема, за даними попередніх досліджень¹, про сексуальні контакти з чоловіками повідомили 3% чоловіків — СІН. У нинішньому дослідженні спостерігаємо майже аналогічну картину. Лише 5% опитаних чоловіків визнали, що мали сексуальні контакти з чоловіками, причому лише 35% з них мали такі контакти за останні 12 місяців. Отже, загальна кількість тих, хто є потенційним джерелом поширення СНІД гомосексуальним шляхом, становить близько 2% СІН чоловічої статі. Причому це переважно контакти з невеликою кількістю партнерів.

Відповідаючи на запитання «Скільки різних чоловіків, з якими Ви вступали в анальний чи оральний контакт, було у Вас за останні 3 місяці?», респонденти чітко поділилися на три приблизно рівні групи. Третина тих, у кого взагалі були коли-небудь гомосексуальні контакти, відповіла, що таких контактів за останні місяці не було взагалі. Приблизно стільки ж (36%) ухилилися від відповіді, обравши варіанти «не знаю», «не пам'ятаю». Нарешті поміж останньої третини, які вказали кількість контактів, половина мала стосунки з одним (15%) або з двома (9%) партнерами, і лише 7% вказали, що таких було 3 і більше.

Приблизно половина (52,4%) гомосексуальних контактів за останній місяць припадає на постійного сексуального партнера, ще 11,9% контактів відбулися із знайомим непостійним сексуальним партнером, також 11,9% мали контакт з малознайомою особою, яка не була сексуальним партнером, і лише 4,7% мали контакти з незнайомим сексуальним партнером. Загалом 69,8% всіх тих, хто мав сексуальні контакти з чоловіками, здійснювали їх з другом (знайомим). Доволі високий відсоток контактів припадає на дилерів (наркоторговців), з якими мали стосунки 16,7% гомосексуалістів.

Слід зазначити, що постійні гомосексуальні контакти зазвичай не супроводжуються використанням презервативів. У стосунках з постійним сексуальним партнером 64% тих, хто взагалі користується презервативом, роблять це менше ніж у 50% випадків. Водночас ті, хто мав контакти з випадковою особою, або завжди застосовують презервативи (61,1%), або роблять це більше ніж у половині випадків (38,9%).

Отже, загальна кількість чоловіків — СІН, які ведуть інтенсивне гомосексуальне життя з різними (випадковими чи то комерційними) партнерами і становлять, таким чином, групу особливого ризику щодо поширення ВІЛ-інфекції гомосексуальним шляхом, наразі залишається в Україні порівняно незначною і не перевищує 2%. При цьому група реальної небезпеки, до якої входять чоловіки, що мають позитивний ВІЛ-статус, становить лише 29,2% від тих, хто практикує статеві контакти з чоловіками і повідомили свій ВІЛ-статус (усього таких виявлено 21 особу, що становить 0,6% загальної вибірки).

Водночас зауважимо, що загальна оцінка ризику ВІЛ-інфікування у групі чоловіків, які практикують гомосексуальні контакти, дещо вища порівняно з тими, хто таких контактів не має. Скажімо, абсолютно реальним вважають для себе цей ризик 26,3% у групі гомосексуалістів і 18,9% з-поміж тих, хто не практикує гомосексуальних стосунків.

Виявити особливості соціально-демографічних характеристик представників цієї групи практично не вдалося, за винятком взаємозв'язку між оцінкою власного соціального та матеріального статусу й відповідною орієнтацією. У групі чоловіків, які мають гомосексуальні контакти, виявилось трохи більше тих, хто вважає, що їхнє матеріальне становище і соціальний стан «вищі середнього».

¹ Див.: Оцінка ефективності проектів «Сниження вреда» в Україні.- К., 2002. — С. 42-43.

РОЗДІЛ 8. Самопочуття СІН, рівень обізнаності та користування послугами медичних закладів

8.1. Особистісний потенціал СІН

Особливості типових поведінкових патернів СІН пов'язані з дією особистісних характеристик, які впливають на поведінкові пріоритети. Серед загальних індивідуально-психологічних детермінант, що визначають особливості соціальної поведінки, важливе місце належить локусу контролю, який визначається як генералізоване життєве очікування щодо залежності життя переважно від обставин чи від власних зусиль людини. Кожній людині властиві вияви і тих, і інших очікувань, проте у певної (переважної) частини населення істотно вищою є орієнтація на зовнішні фактори, і лише у порівняно незначній кількості людей чітко виражена орієнтація на себе самого. Дослідження свідчать, що психологічний тип локусу контролю безпосередньо впливає на формування соціальної поведінки.

У дослідженні для оцінки психологічного стану СІН було залучено показник, який фіксував суб'єктивну оцінку респондентами залежності життя від зовнішніх обставин. Для цього респондентів просили відповісти на запитання «Як Ви вважаєте, від чого здебільшого залежить те, як складеться Ваше життя?». Варіанти відповідей фіксували міру залежності: «здебільшого від зовнішніх обставин», «деякою мірою від мене, але більше від зовнішніх обставин», «однаковою мірою від мене і від зовнішніх обставин», «більшою мірою від мене, ніж від зовнішніх обставин», «здебільшого від мене». Умовно цей показник позначався як інтернальність-екстернальність. Він дає уявлення про поширеність серед СІН відповідних внутрішніх орієнтацій щодо соціального середовища. Причому для аналізу виділялися лише групи інтерналів та екстерналів, відповіді тих, хто обрав варіант «однаковою мірою від мене і від зовнішніх обставин», у подальшому не розглядаються.

Аналіз соціально-демографічної характеристики цих груп свідчить, що екстернальність більше виражена в молодших вікових групах, інтернальність — у старших. Серед тих, кому до 18 років, інтерналів та екстерналів порівну (49,7% проти 50,3%). Натомість поміж тих, кому більше 30-ти, співвідношення становить 69,1% проти 30,9%. Отже, з віком відчуття власної відповідальності за життя поступово зростає. Жінки більш залежні, серед них співвідношення екстерналів та інтерналів 53,3% проти 46,7%. У чоловіків інтерналів більше (62,6% проти 37,4%). Інтернальність зростає і з рівнем освіти. Поміж тих, у кого вона початкова, співвідношення інтерналів та екстерналів становить 45,3% проти 54,7%, а в тих, хто має вищу освіту, пропорція складає 2 до 1 (68,2% проти 31,8%). Маємо також зв'язок локусу контролю із самооцінкою матеріального й соціального статусу, в інтерналів вона краща, ніж в екстерналів.

Загалом значна частка інтерналів поміж СІН може бути схарактеризована як вельми позитивна тенденція. Річ у тому, що інтернали, як правило, краще засвоюють, переробляють і використовують інформацію, активно залучають отримані знання до організації власного життя і корекції поведінки. Тому будь-яка профілактична, роз'яснювальна та інша робота, пов'язана з прагненням зменшити ризики ВІА-інфікування поміж СІН, насамперед діє на інтерналів, які засвоюють і надалі ретранслюють бажані поведінкові патерни в групі загалом.

Особистісний потенціал СІН також пов'язаний із самооцінкою свого становища у суспільстві. Уся сукупність опитаних поділилася за цією ознакою на дві майже рівні підгрупи: тих, хто відносить себе до середнього або вище середнього прошарку (52,9%), і тих, хто відносить себе до нижче середнього та низького прошарків. Таке позиціонування практично не залежить від віку, статі, місця проживання, сімейного статусу, проте добре корелює з освітою та оцінкою матеріального становища (чим вони вищі, тим вища оцінка соціального статусу).

Як висока, так і низька оцінка соціального статусу кореспондує з певними поведінковими патернами. Скажімо, поміж тих, хто оцінює свій статус як високий, до послуг постійного продавця завжди вдаються 23,8%, а серед тих, хто відносить себе до низького прошарку, таких лише 9,1%. Ніколи не користуються послугами різних продавців 39,3% СІН першої групи і лише 21,5% — другої. Представники групи високостатусних рідше вживають наркотики на місці придбання (30,6% проти 44,6% у низькостатусних), рідше використовують шприц, що був у користуванні іншої особи (відповідно 14,4% проти 21,8%). Взагалі кількість тих, хто використовує новий шприц для кожної ін'єкції, чітко пов'язана із соціальним позиціонуванням (див. рис. 8.1.1.). Подібну картину маємо і щодо купівлі шприців. В аптеках, магазинах, кіосках купують шприци 52,0% з групи, що відносить себе до прошарку вище середнього, і лише 28,6% тих, хто належить до нижчого прошарку.

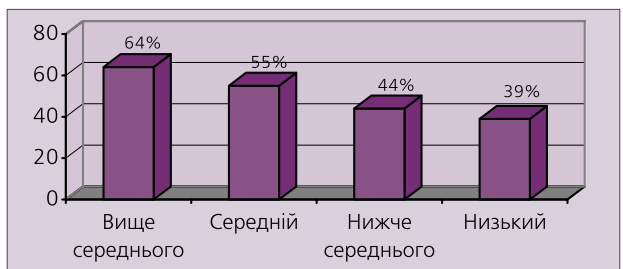
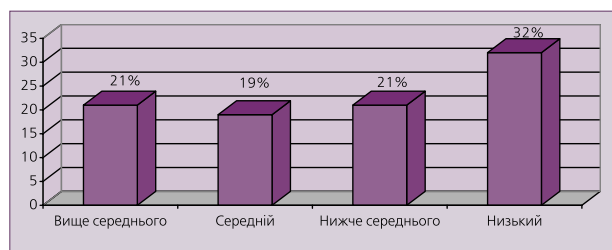


Рис. 8.1.1. Використання одноразового шприця представниками груп, які відносять себе до різних соціальних прошарків

Фактично чим вищий соціальний прошарок, тим більше прагнення запобігти ризику інфікування. Відповідно різна й оцінка рівня ризику ВІА-інфікування. Оцінюють його як абсолютно реальний та цілком реальний 37,7% представників групи високостатусних і 51,4% з групи низькостатусних. Водночас 36,5% представників першої групи вважають це для себе малоімовірним чи абсолютно нереальним, у групі ж низькостатусних таких лише 20,4%. Остання група взагалі характеризується найбільшою пасивністю щодо використання будь-яких поведінкових патернів, які б сприяли униканню інфікування (див. рис.8.1.2.).

Отже, виявлення характеристик особистісного потенціалу дає можливість виявити як опорні групи, через які можна впливати на поширення поміж СІН позитивних поведінкових зразків, так і ті, які найгірше піддаються впливам і потребують розробки специфічних програм з урахуванням особливостей психологічної реакції цих груп.

Рис. 8.1.2. Відсутність запобіжної поведінки у представників груп, які відносять себе до різних соціальних прошарків



8.2. Фізичне здоров'я та фізична активність СІН

Проблема вживання ін'єкційних наркотиків стала соціальним явищем, а їх споживачі — досить численною соціальною групою. Будь-яке нове явище чи невивчена проблема певної соціальної групи обов'язково привертає увагу дослідників. Підвищений інтерес до цієї проблеми викликаний і тим, що споживачі ін'єкційних наркотиків становлять групу підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ. Тому вивчення низки питань, пов'язаних зі станом здоров'я наркозалежних осіб, є досить актуальним.

Під час проведення даного дослідження суттєвим критерієм оцінки фізичного здоров'я стали відповіді респондентів на запитання «Чи хворіли Ви протягом останніх 3-х місяців?». Згідно з результатами опитування протягом останнього часу хворів кожен третій серед осіб, що вживають наркотики ін'єкційним шляхом. Негативну відповідь на це запитання дали 59% опитаних. Ще 5% респондентів вагалися з відповіддю. Як серед чоловіків, так і серед жінок, які вживають наркотики, відсоток ствердних відповідей був приблизно однаковим. Тобто помітити серед споживачів ін'єкційних наркотиків більшу схильність до захворювання, яка залежить від статі, не вдається.

Але що стосується стану фізичного здоров'я споживачів ін'єкційних наркотиків різного віку, то ситуація виглядає іншим чином. Досить велика кількість захворювань останнім часом відмічається в усіх без винятку вікових групах. Розподіл відповідей респондентів різних вікових груп щодо стану власного фізичного здоров'я наведено на рис. 8.2.1.

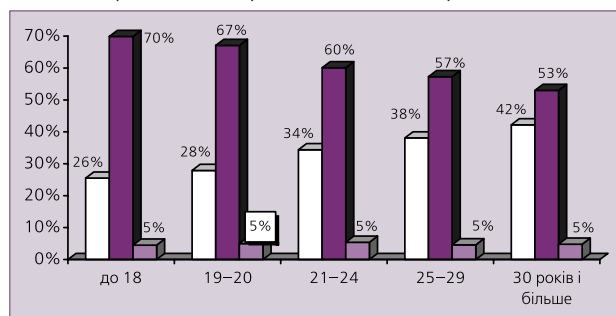


Рис. 8.2.1. Розподіл відповідей респондентів щодо стану фізичного здоров'я за останні 3 місяці за віковими групами

Отже, у віковій групі до 18 років та у групі 19-20 років останнім часом хворів кожен четвертий серед опитаних. Щодо споживачів ін'єкційних наркотиків віком 21-24 роки, факт хвороби визнав кожен третій респондент. Але найбільша кількість тих, що хворіли, відзначається у старших вікових групах, а саме: у групі 25-29 років та у групі 30 і більше років — 38,1% і 42,2% відповідно. Подібний розподіл відповідей свідчить про більшу схильність до захворювання «літніх» споживачів наркотиків. З цього можна зробити висновок, що тривалість вживання наркотиків ін'єкційним шляхом пропорційно відображається на стані

здоров'я осіб з наркотичною залежністю: чим більший стаж вживання ін'єкційних наркотиків, тим частіше хворіють їх споживачі.

Клінічні прояви хвороб, які притаманні споживачам ін'єкційних наркотиків, дуже різноманітні, але розподіл відповідей респондентів на запитання «Чи страждали Ви від наступних симптомів протягом останніх трьох місяців?» виглядає таким чином:



Рис. 8.2.2. Розподіл відповідей респондентів щодо проявів захворювань, %

Наведений розподіл відповідей свідчить про те, що основним проявом захворювання серед споживачів ін'єкційних наркотиків є температурна реакція (17,7%). Такий високий показник пояснюється тим, що більшість ін'єкційних наркотиків виробляються кустарним способом в антисанітарних умовах і не є стерильними. Підвищення температури тіла в такому випадку закономірне і є природною реакцією організму на чужорідну речовину. Крім того, серед споживачів ін'єкційних наркотиків спостерігається досить високий відсоток осіб, що мають хронічні захворювання, пов'язані з ін'єкційним шляхом введення наркотичних речовин (абсцеси, тромбоз, септичні стани). З огляду на це підвищення температури тіла є складовою частиною реакції організму на хворобу.

Другими за частотою проявами власного нездоров'я, які відмічають у себе споживачі ін'єкційних наркотиків, є симптоми, що вказують на ураження шлунково-кишкового тракту; це в свою чергу призводить до порушення всмоктування поживних речовин, вітамінів, мікроелементів, росту патогенної мікрофлори тощо. Клінічними проявами подібних порушень є симптоми, які відмічають у себе респонденти, а саме: хронічна непояснювана діарея протягом місяця і більше, плями на язиці та ураження язика. Майже кожен десятий з опитуваних помічав у себе ті чи інші симптоми, які вказують на подібні порушення.

Інші симптоми, на які вказували респонденти, є проявами ураження імунної системи, зокрема зниження опору бактеріальним і вірусним інфекціям на тлі порушення механізмів імунного захисту. Найпоширенішими проявами цих порушень є: простудні захворювання (4%); кашель з кров'ю (3%); абсцеси (2%); слабкість, знесилення (2%); туберкульоз (1%); хвороби зубів (1%) тощо. Таким чином, ін'єкційний шлях введення наркотиків призводить до загальних порушень функцій організму з різноманітними клінічними проявами.

Результати опитування дали змогу простежити зв'язок між рівнем освіти споживачів ін'єкційних наркотиків та станом їх фізичного здоров'я. Цей взаємозв'язок можна простежити за розподілом кількості захворілих останнім часом споживачів ін'єкційних наркотиків з різним рівнем освіти.

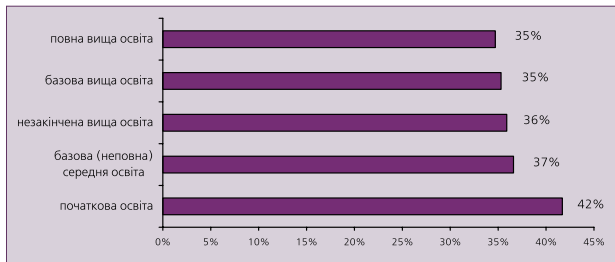


Рис. 8.2.3. Кількість респондентів, які хворіли останні 3 місяці (залежно від рівня освіти)

З наведеної діаграми видно, що більше третини респондентів незалежно від рівня їхньої освіти хворіли останнім часом. Дані опитування показали таку закономірність: чим вищий рівень освіти респондента, тим краща його поінформованість стосовно загрозового впливу на власне здоров'я ін'єкційного шляху введення наркотиків і, як наслідок, більш обачливе ставлення до свого здоров'я. Так, якщо серед споживачів ін'єкційних наркотиків з початковим рівнем освіти кількість захворілих останнім часом складає 41,7%, то серед наркозалежних осіб з повною вищою освітою ця кількість менша на 7% і складає 34,7%. Таким чином, рівень освіти споживачів наркотиків впливає на формування уявлень про загрозовий вплив на власне здоров'я ін'єкційного шляху введення наркотиків.

Дані досліджень також дали змогу простежити зв'язок між матеріальним становищем споживачів ін'єкційних наркотиків та їхнім станом фізичного здоров'я. Відповіді респондентів наведено у табл. 8.2.1.

Відповідь	Рівень матеріального становища		
	Високий	Середній	Низький
Так	37,5	33,1	35,2
Ні	56,5	63,4	61,5
Важко відповісти	6,0	3,5	3,3

Таблиця 8.2.1. Розподіл відповідей респондентів на запитання: «Чи хворіли Ви протягом останніх трьох місяців?» (відповідно до рівня матеріального становища), %

З наведених даних видно, що кількість захворілих останнім часом споживачів ін'єкційних наркотиків у всіх групах приблизно однакова, хоча дещо більший відсоток захворілих серед ін'єкційних наркоманів з високим рівнем доходів. Але в цілому показник кількості хворих споживачів ін'єкційних наркотиків, незважаючи на їх матеріальне становище, є досить високим.

Іншим показником, що вивчався, був рівень фізичної активності наркозалежних осіб. Закономірно, що з початком уживання наркотиків рівень фізичної активності знижується. Згідно з відповідями респондентів щодо зміни рівня фізичної активності за останні три місяці кожен п'ятий серед опитаних, як серед чоловіків, так і серед жінок, відмічав у себе зниження фізичної активності. Але суттєве зниження фізичної активності відмічали у себе переважно жінки. Серед чоловіків — споживачів наркотиків відсоток тих, хто вказав на суттєве зниження фізичної активності, становить 3,3%, тоді як серед жінок цей показник вищий на 1% і становить 4,3%. Що стосується решти опи-

таних (приблизно 70%) респондентів, то, незалежно від статі, вони не вказують на зміну фізичної активності останнім часом.

Що ж до оцінки фізичної активності споживачів ін'єкційних наркотиків різного віку, то можна констатувати, що рівень фізичної активності в усіх вікових групах знижений, але у старших вікових групах зниження фізичної активності більш виражене. Так, якщо у віковій групі до 18 років зниження фізичної активності визнає кожен десятий серед опитаних, то серед респондентів віком 21-24 роки — кожен шостий. Але найбільш вражаючий показник відмічається у старшій віковій групі: кожен четвертий серед ін'єкційних наркоманів віком 30 років і старше визнає у себе зниження рівня фізичної активності.

Рівень фізичної активності	Рівень матеріального становища				
	до 18	19–20	21–24	25–29	30 і старше
Звичайне самопочуття	82,8	80,1	74,8	66,1	59,9
Знижена фізична активність	10,5	12,5	16,4	25,7	27,7
Суттєво знижена фізична активність	1,8	0,7	2,1	2,8	7,4
Немає відповіді	4,9	6,7	6,7	5,4	4,9

Таблиця 8.2.2. Рівень фізичної активності за останні три місяці (відповідно до віку), %

Результати досліджень свідчать про падіння фізичної активності, яке прогресує з віком, якщо вживання наркотиків є досить тривалим.

Також у дослідженнях був простежений зв'язок між рівнем освіти, матеріальним становищем та фізичною активністю споживачів ін'єкційних наркотиків.

Рівень фізичної активності	Рівень освіти				
	Початкова	Базова (неповна середня)	Повна загальна середня	Базова вища	Повна вища
Звичайне самопочуття	67,4	69,7	69,6	69,5	71,3
Знижена фізична активність	23,4	20,6	20,0	20,5	14,6
Суттєво знижена фізична активність	4,6	3,7	3,4	2,8	5,6
Немає відповіді	4,6	6,0	5,0	7,2	8,4

Таблиця 8.2.3. Рівень фізичної активності за останні три місяці (відповідно до рівня освіти), %

Так, якщо найвищим є показник зниження фізичної активності серед наймолодших споживачів наркотиків, то найнижчим він є серед осіб з повною вищою освітою. Якщо серед споживачів ін'єкційних наркотиків з базовою середньою, повною загальною середньою і базовою вищою освітою вказував на зниження фізичної активності кожен п'ятий з опитаних, то серед наркозалежних осіб з повною вищою освітою таку відповідь давав кожен сьомий. Але найвищий рівень зниження фізичної активності відмічався серед респондентів з початковим рівнем освіти і складав 23,4%. Значний показник зниження фізичної активності серед споживачів віком 14-15 років може бути обумовлений, з одного боку, недостатністю знань щодо шкоди від подібного шляху введення наркотиків та негативного впливу на здоров'я в цілому. З другого боку, в пубертатному віці з його бурхливими нейроендокринними

зсувами бувають особливо вираженими постабстинентні стани у вигляді вираженої астенії.

Стосовно залежності між матеріальним добробутом споживачів ін'єкційних наркотиків та рівнем фізичної активності виявлено таку закономірність: чим ліпше матеріальне становище респондента, тим більш обачливо він ставиться до свого здоров'я. Так, якщо серед опитаних з високими або середніми доходами зниження фізичної активності визнав кожен п'ятий респондент, то серед осіб з меншими прибутками подібне явище відмічав кожен четвертий.

Рівень фізичної активності	Рівень матеріального становища		
	Високий	Середній	Низький
Звичайне самопочуття	69,7	72	66,7
Знижена фізична активність	19,7	20,3	25,8
Суттєво знижена фізична активність	3,7	3,1	3,8
Немає відповіді	6,8	4,6	3,8

Таблиця 8.2.4. Рівень фізичної активності за останні три місяці (відповідно до рівня матеріального становища), %

Таким чином, ін'єкційний шлях введення наркотиків є більш небезпечним, аніж інші шляхи введення, і заслуговує на додаткову увагу. Споживання ін'єкційних наркотиків має суттєвий вплив на фізичне здоров'я та рівень фізичної активності. Погіршення стану фізичного здоров'я безпосередньо пов'язане з віком та стажем уживання наркотичних речовин. Уживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом призводить до загальних порушень функцій організму з переважанням уражень шлунково-кишкового тракту, дихальної та імунної системи, порушенням обміну речовин тощо.

8.3. Досвід звернення СІН до установ та організацій, які надають медичні послуги, і вартість цих послуг

Надання медичної допомоги споживачам ін'єкційних наркотиків — проблема, яка також потребує поглибленого вивчення. Отримана під час опитування інформація дає змогу оцінити стан організації медичного забезпечення цільової групи, доступність та вартість медичних послуг. Вивчення досвіду звернення СІН за медичною допомогою сприяє у визначенні рівня активності неурядових організацій у цьому напрямку. Респондентам пропонувалося відповісти на декілька запитань, спрямованих на визначення наявних проблем. Насамперед важливо мати уявлення про те, до яких саме медичних закладів звертаються СІН з приводу отримання консультативних послуг, як часто та яка вартість отриманих послуг.

Як з'ясувалося, на запитання «Чи зверталися Ви до наступних установ протягом останніх 3-х місяців за консультацією?» більшість респондентів обрали варіант «поліклініка, фельдшерсько-акушерський пункт або лікарняна амбулаторія/лікувально-профілактична установа» (18%). Максимальна кількість відвідувань до вказаних закладів становить 15 відвідувань протягом указаного періоду часу. Найчастіше консультативні послуги надавалися безкоштовно (61%), офіційно платили 17% (середня вартість послуг становить 88,3 грн.); неофіційно платили в 10% (середня вартість — 51,0 грн.).

На другому місці за частотою звернень знаходяться психіатричний та наркологічний диспансер — 13%. Безкоштовно отримали послуги 62%, офіційно платили 12% опитуваних та 5% неофіційно. Слід зауважити, що у психі-

атричних та наркологічних диспансерах офіційна плата найвища серед усіх закладів: 3600 грн. (таку ж суму платили лише у спеціалізованих лікувальних закладах).

Досить часто СІН з приводу консультативної допомоги звертаються до центрів СНІД (11%), причому 71% з них отримують її безкоштовно.

Якщо проаналізувати роботу неурядових організацій, то за результатами опитування кожний 10-й респондент користувався їхніми послугами: безкоштовні послуги отримали 83%, офіційно заплатили лише 0,3% опитуваних (максимальна плата становить 38 грн.). До консультативного пункту «Довіра» зверталися 8% осіб, причому відсоток безкоштовних послуг тут найбільший серед інших організацій і становить 88%.

Якщо узагальнити отримані під час опитування дані, то за частотою звернень СІН по консультативну допомогу всі заклади можна поділити на три групи.

Частота звернень, %	Заклад
18–10 (найчастіше)	- поліклініка, фельдшерсько-акушерський пункт або лікарняна амбулаторія/лікувально-профілактична установа (18%) - психіатричний та наркологічний диспансер (13%) - Центр СНІД (11%) - неурядові організації (10%)
8–4 (досить часто)	- КП «Довіра» (8%) - знайомий або «рекомендований працівник» (неформальна консультація, 7%) - туберкульозний диспансер (6%) - жіноча консультація (6%) - швидка медична допомога (6%) - лікарня/комунальна лікарня (4%) - дермато-венерологічний диспансер (4%)
2–0,4 (рідко)	- спеціалізована лікарня (2%) - пологовий будинок (1%) - приватна лікарня (1%) - приватна поліклініка (1%) - приватна лабораторія (1%) - інше (1%) - інший диспансер (0,4%)

Таблиця 8.3.1. Розподіл закладів, що надають консультативну медичну допомогу, за частотою звернень СІН, згідно з відповідями респондентів на запитання «Чи зверталися Ви до наступних установ протягом останніх 3-х місяців за консультацією?», %

Однакова кількість опитуваних зверталися до лікарні швидкої медичної допомоги, жіночих консультацій та туберкульозного диспансеру (6%). Найбільшу кількість безкоштовних консультацій було отримано в туберкульозних диспансерах (65%). До загальних (громадських) лікарень та дермато-венерологічних диспансерів (ДВД) респонденти зверталися в 4% випадків, причому в лікарні найвища офіційна та неофіційна плата за медичні послуги сягнула 3000 грн. (у ДВД сума не перевищувала 250 грн.). Безкоштовні послуги надавалися в цих закладах 44% опитуваних. До приватних лікувально-профілактичних закладів та пологових будинків СІН зверталися досить рідко: в середньому не більше 1% серед опитуваних.

Якщо окремо виділити заклади, які надають безкоштовні консультативні послуги, то серед найчастіше обраних на першому місці знаходяться КП «Довіра» (88%), неурядові організації (83%) та центри СНІД (71%).

Таким чином, аналізуючи досвід звернення СІН до установ та організацій для отримання консультативних послуг, можна зробити висновок про доступність даного виду послуг цільовій групі, наявність вільного вибору закладу та варіанта оплати за надані послуги (офіційна, неофіційна плата та безкоштовне обслуговування).

Наступний етап опитування висвітлює організацію стаціонарної медичної допомоги СІН. З метою отримання даних респондентам було запропоновано відповісти на запитання «Чи були Ви госпіталізовані до наступних установ хоча б на одну ніч протягом останніх 6 місяців?». Якщо респондент відповідав «так», то в такому разі пропонува-

лося відповісти на наступні два запитання: «Скільки разів?» та «Скільки гривень Вам коштувала госпіталізація ОСТАНЬОГО разу?».

Під час опитування було встановлено, що більшість СІН потрапляють на стаціонарне лікування до психіатричних (наркологічних) диспансерів та лікарень (див. табл. 8.3.2.). На другому місці за частотою госпіталізації — спеціалізовані лікарні, туберкульозний диспансер та Центр СНІД. Така ситуація насамперед пояснюється поширеністю ВІЛ/СНІД серед СІН та схильністю до захворюваності на окремі хвороби (пневмонію, вірусні інфекції, захворювання судин, туберкульоз тощо).

Щодо сплати за лікування. Згідно з відповідями респондентів максимальна офіційна плата за медичні послуги становить 5000 грн. при госпіталізації до лікарні.

№ п/п	Установа	„так“ (%)	Кількість разів (min/max)	Офіційна плата (%)	Неофіційна плата (%)	Безкоштовно (%)
1.	Лікарня	8	1/14	39	20	18
2.	Спеціалізована лікарня	2	1/2	35	24	21
3.	Туберкульозний диспансер	2	1/3	28	12	45
4.	Дермато-венерологічний диспансер	1	1/14	32	28	17
5.	Психіатричний та наркологічний диспансер	8	1/30	37	12	29
6.	Інший диспансер	0,2	1/3	36	—	26
7.	Центр СНІД	2	1/4	22	3	60
8.	Пологовий будинок або відділення	1	1/4	32	10	21
9.	Приватна лікарня	1	1/4	50	16	4
10.	Інше	0,4	1/3	—	6	43

Таблиця 8.3.2. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Чи були Ви госпіталізовані до наступних установ хоча б на одну ніч протягом останніх 6 місяців?», «Скільки разів?» та «Скільки гривень Вам коштувала госпіталізація останнього разу?», %

Найчастіше, зі слів респондентів, доводилося платити неофіційно у дермато-венерологічних диспансерах та спеціалізованих лікарнях. Причому в останньому випадку максимальна неофіційна плата сягнула 2600 грн. Найбільш доступна безкоштовна стаціонарна допомога надається в центрах СНІД (60%) та туберкульозних диспансерах (45%).

Таким чином, СІН досить часто потрапляють до лікувальних установ відповідного профілю з приводу різноманітних захворювань. Максимальна частота госпіталізації відбувається до психіатричних та неврологічних диспансерів, що пов'язано зі споживанням ін'єкційних наркотиків представниками даної цільової групи. Однак за даними опитування лише третина респондентів вказали, що можуть отримувати медичні послуги в указаних закладах безкоштовно (29%). Цей негативний фактор обмежує доступність профільної медичної допомоги СІН.

Установа (організація)	„Чи знаєте Ви, де розташовані у Вашому місті перелічені заклади?“			„Чи зверталися Ви за останні 6 місяців до перелічених закладів?“		
	так	ні	Важко відповісти	так	ні	Важко відповісти
Наркологічні служби	81	17	2	26	64	10
Жіночі консультації	46	52	2	18	70	12
Соціальні служби для молоді	27	69	4	23	61	16
Служби планування сім'ї	25	65	10	6	67	27
Анонімні кабінети тестування на ВІЛ-інфекцію	45	53	2	25	62	13
Анонімні наркологічні кабінети	34	64	2	20	65	15
Анонімні кабінети тестування на захворювання, що передаються статевим шляхом	23	74	3	13	72	15
Анонімні кабінети лікування захворювань, що передаються статевим шляхом	21	77	2	9	76	15
Асоціація людей, що живуть з ВІЛ	12	86	2	23	57	20
Реабілітаційні центри для наркозалежних	33	65	2	22	67	11
Групи самопідтримки жінок комерційного сексу	2	96	2	11	38	51
Групи самопідтримки споживачів ін'єкційних наркотиків	19	79	2	34	48	18
Дружні клініки для молоді	2	96	2	9	29	62

Таблиця 8.3.3. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Чи знаєте Ви, де розташовані у Вашому місті перелічені заклади?» та «Чи зверталися Ви за останні 6 місяців до перелічених закладів?», %

Щоб оцінити рівень поінформованості респондентів з питань діяльності в регіонах сервісних установ та організацій, під час анкетування було запропоновано відповісти на запитання «Чи знаєте Ви, де розташовані у Вашому місті перелічені заклади?» та «Чи зверталися Ви за останні 6 місяців до перелічених закладів?». Розглянемо більш детально результати опитування (див. табл. 8.3.3.).

За даними опитування, значна більшість СІН інформовані про розташування в їх регіоні закладів наркологічної служби (81%) та досить часто звертаються до них (24%). Майже кожен другий респондент вказав, що знає, де розташована жіноча консультація (46%) та анонімний кабінет тестування на ВІЛ-інфекцію (45%). Третина опитуваних інформовані щодо розташування анонімних наркологічних кабінетів (34%) та реабілітаційних центрів для наркозалежних (33%). Про наявність у місті соціальної служби для молоді знають лише 27% респондентів, служби планування сім'ї — 25%. Знають розташування анонімних кабінетів для тестування на захворювання, що передаються статевим шляхом, 23% респондентів та 21% знають про кабінети анонімного лікування цих захворювань. Про розташування осередку асоціації людей, що живуть з ВІЛ, знають 12% СІН. Можливо, це пов'язано з наявністю зв'язку між виявленням ВІЛ-інфекції серед цільової групи та відповідним рівнем потреби у наданні соціальної допомоги. Виявилось, що респонденти мало поінформовані щодо розташування груп самопідтримки споживачів ін'єкційних наркотиків (19%) і практично не знають, де є групи самопідтримки жінок комерційного сексу (2%) та дружні клініки для молоді (2%).

У цілому можна зробити висновок, що в Україні існує проблема в організації належного інформаційного забезпечення СІН щодо сервісних організацій (закладів), які надають психо-соціальну допомогу. Низький рівень поінформованості закономірно призводить до зниження активності цільової групи щодо звернень до перелічених закладів та зниження ефективності реалізації профілактичних заходів у регіонах.

Більше половини респондентів протягом останніх 6 місяців взагалі не зверталися до сервісних організацій. Наслідком такої ситуації є обмеження можливостей у наданні СІН своєчасної психологічної, консультативної та відповідної профільної медичної допомоги. Лише 25% респондентів відповіли, що зверталися до анонімних кабінетів тестування на ВІЛ-інфекцію, 13% зверталися до анонімних кабінетів тестування на захворювання, що передаються статевим шляхом. Усе це обумовлює подальше поширення ВІЛ-інфекції та інших захворювань у середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків.

Слід відмітити, що третина респондентів звертаються до груп самопідтримки споживачів ін'єкційних наркотиків (34%). Можливо, слід використати цей факт для активізації інформаційно-просвітницької роботи серед СІН у цих організаціях.

РОЗДІЛ 9. Основні фактори, що впливають на рівень знань, формування ставлення та поведінкові практики СІН

Відповідно до даних багатьох досліджень ризик ураження ВІЛ/СНІД визначається багатьма факторами і залежить, не в останню чергу, від соціально-культурних, демографічних та економічних умов. Існуючі стратегії впливу на ризиковану поведінку у середовищі СІН спрямовані на виявлення та оцінку факторів ризикованої діяльності або поведінки, заміну найбільш небезпечних видів поведінки менш ризикованими. У попередніх розділах були розглянуті фактори ризику поширення ВІЛ-інфекції у середовищі СІН, серед яких були виокремлені сексуальні стосунки без індивідуальних засобів захисту (презервативів) з партнерами чоловічої та жіночої статі; сексуальні стосунки з багатьма статевими партнерами; сексуальні стосунки з партнерами, у яких невідомий ВІЛ-статус; наявність у сексуального партнера інших інфекцій, що передаються статевим шляхом тощо (див. розділ 7). Широке розповсюдження ВІЛ-інфекції серед осіб сексуально-активного віку вже само по собі робить сексуальну активність фактором ризику ураження ВІЛ. Ризик ураження ВІЛ/СНІД значно зростає у середовищі визначеної нами цільової групи через вживання ін'єкційних наркотиків, особливо спільними (використовуваними раніше іншими особами) голками та шприцями або наркотичними речовинами, забрудненими кров'ю під час приготування (див. розділ 6).

Існує ціла низка різноманітних досліджень, в яких підтверджуються гіпотези про те, що форми та способи ризикованої поведінки багато в чому залежать від соціально-економічного становища в країні та всередині цільової групи. Поширеною є думка, що соціальна та психічна маргінальність СІН стає підґрунтям та опосередковано сприяє поширенню більш небезпечних щодо ВІЛ/СНІД видів діяльності та поведінки у сукупності із особливостями соціально-демографічними характеристиками цільової групи, таких як кваліфікація, освітній та соціальний статуси, рівень матеріального добробуту, що здатні посилювати або нівелювати поширення ризикованих різновидів поведінки.

Результати проведеного дослідження дають змогу переглянути впливи, спричинені рівнем обізнаності щодо ВІЛ/СНІД, суб'єктивною оцінкою ризику ВІЛ-інфікування, індивідуальними соціально-демографічними характеристиками (вік, освіта, соціальний статус, місце проживання), практиками вживання алкоголю, досвідом ВІЛ-тестування, та ознайомленість з діяльністю громадських організацій, що працюють у сфері профілактики ВІЛ/СНІД, на основні прояви сексуальної поведінки й практики вживання ін'єкційних наркотиків у середовищі СІН, котрі відзначаються підвищеним ризиком ураження ВІЛ.

9.1. Суб'єктивна оцінка ризику ВІЛ-інфікування

Більшість з опитаних нами СІН цілком усвідомлюють те, що вони належать до групи підвищеного ризику — на це вказує розподіл відповідей на запитання «Як Ви вважаєте, наскільки реальним для Вас особисто є ризик ВІЛ-інфікування?» (див. рис. 9.1.1.). За даними опитування 67,4% опитаних вказали, що відчувають загрозу інфікування та оцінюють її для себе скоріше як реальну й більш ймовірну, ніж ні.

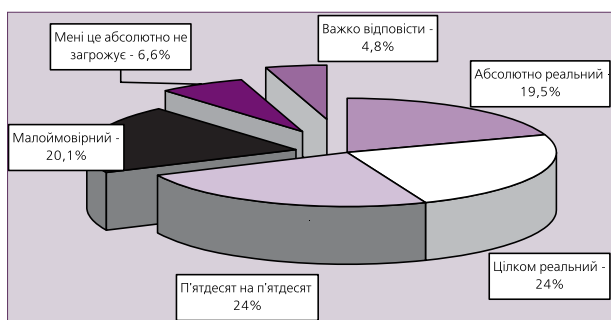


Рис 9.1.1. Розподіл відповідей на запитання: «Як Ви вважаєте, наскільки реальним для Вас особисто є ризик ВІЛ-інфікування?», %

Необхідно відзначити, що для 26,7% опитаних СІН які, вважають загрозу ВІЛ-інфікування для себе малоймовірною або такою, що абсолютно їм не загрожує, притаманний менший рівень поінформованості, що свідчить про те, що ця група респондентів, не усвідомлюючи всієї повноти загрози для власного здоров'я, просто не здатна убезпечити себе, а тому мало або майже нічого не робить задля того, щоб уникнути інфікування. Високий ризик ураження ВІЛ в даному разі пов'язаний з тим, що такі респонденти не володіють всіма необхідними знаннями і, через брак необхідної інформації, дефіцит якої вони можуть і не відчувати, позбавляються можливості вибору моделей поведінки і змушені відтворювати подекуди найнебезпечніші практики.

Зазначимо, що рівень усвідомлення загрози ВІЛ-інфікування безпосередньо-лінійно залежить (коефіцієнт $r = 0,231$) від стажу вживання наркотиків ін'єкційним шляхом: СІН з найменшим стажом вживання наркотиків ін'єкційним шляхом вважають загрозу ВІЛ-інфекції меншою ніж ті, хто має більший досвід вживання наркотиків. Зазначимо, що у СІН, які мають стаж вживання понад 6 років, оцінки щодо загрози того, що вони особисто можуть бути ураженими ВІЛ/СНІД, починають зменшуватися.

Зрозуміло, що сам по собі стаж ін'єкційного вживання наркотиків не є тим показником, який формує відчуття безпеки/небезпеки щодо ВІЛ/СНІД, і може лише опосередковано свідчити про певну міру включеності в коло проблем, пов'язаних із практикою вживання наркотичних речовин. Набагато сильніше усвідомлення особистої безпеки/небезпеки мало б залежати від міри поінформованості опитаних СІН про діяльність громадських організацій, що працюють із споживачами ін'єкційних наркотиків та повинні впливати на рівень їхніх знань щодо шляхів передачі ВІЛ/СНІД. Однак отримані результати інтерв'ю вказують на те, що ані сам по собі факт знання щодо існування громадських організацій, які опікуються даною проблемою, ані безпосереднє користування послугами пунктів обміну шприців або пунктів «Довіра» не впливає на оцінку загрози бути ураженими епідемією (коефіцієнт кореляції Спірмена $> 0,03$). Більше того, ми не можемо встановити прямого лінійного зв'язку (впливу) частоти та інтенсивності відвідування пунктів обміну шприців.

9.2. Рівень знань цільової групи щодо ВІЛ/СНІД

Серед опитаних споживачів ін'єкційних наркотиків досить поширеною є висока самооцінка своєї обізнаності проблематикою ВІЛ/СНІД, яка практично не підтверджується безпечною поведінкою. Проведене дослідження та матеріали інших праць дозволяють говорити про те, що ми фіксуємо розрив між знаннями та їхньою реалізацією на практиці. Причина невідповідності може полягати в тому, що високий рівень декларованої обізнаності не завжди відповідає реальним знанням. В той час як за даними проведеного опитування переважна більшість (95,8%) СІН зазначає, що вони знають про ВІЛ/СНІД, і трохи більше половини з них (55,2%) вважають свої знання про ВІЛ/СНІД достатніми, реальні знання щодо можливих шляхів передачі ВІЛ/СНІД виявилися значно меншими за декларовані. 3-поміж опитаних СІН не виявилось жодного з респондентів, який би дав правильні відповіді на 26 анкетних запитань, що визначали рівень знань (див. додатки, анкета опитування, запитання 70-73). Таким чином, ми маємо умовну шкалу знань, в якій «0» означає повну відсутність знань щодо ВІЛ/СНІД, а «26» — засвідчує найвищий рівень поінформованості. Середня кількість правильних відповідей по масиву опитаних дорівнює 18,5, медіанне значення — 19. Як можна побачити з рисунка 9.2.1, близько 10,1% усіх опитаних СІН не дали правильної відповіді більш ніж на половину запитань, котрі вимірювали їхній рівень знань про ВІЛ/СНІД.

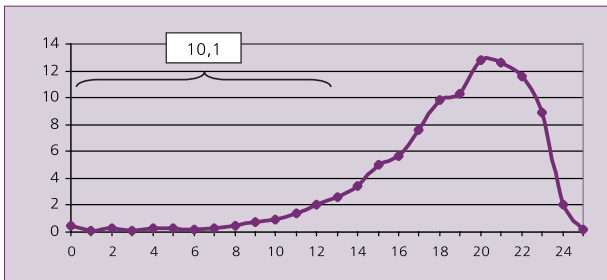


Рис. 9.2.1. Розподіл кількості правильних відповідей на запитання анкети, що вимірюють рівень знань про ВІЛ/СНІД, %

Важливість усвідомлення ситуації щодо рівня поінформованості полягає в тому, що саме знання про ВІЛ/СНІД є базисом, на якому має ґрунтуватися готовність до зміни поведінки. Саме належний рівень усвідомлення шляхів та загрози ВІЛ-інфікування як особистої небезпеки стає передумовою поширення безпечних практик у середовищі СІН.

Прийнято вважати, що існує тісний зв'язок між рівнем поінформованості щодо ВІЛ/СНІД, сприйняттям ВІЛ-ризиків та реальною поведінкою. Однак за даними проведеного дослідження рівень знань щодо ВІЛ/СНІД суттєвим чином не впливає на рівень усвідомлення опитаними СІН загрози власному здоров'ю. Між цими двома змінними відсутня кореляція ($r=0,06$). Це дає нам право говорити про те, що в опитаного контингенту наявний рівень знань не сформував необхідного для безпечної поведінки усвідомлення небезпеки власному життю. Ми змушені констатувати, що у середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків найчастіше спостерігається дистанціювання, своєрідне «витиснення» усвідомлення особистої небезпеки ураження ВІЛ, тобто невідповідність між реальною підвищеною сприйнятливістю до ВІЛ та самоусвідомленням цього ризику.

Як уже зазначалося, 95,8% опитаних вказують, що знають про існування ВІЛ/СНІД, серед них лише 55,2% оцінюють свій рівень знань щодо ВІЛ/СНІД як достатній. В дійсності ми маємо інші показники:

- Близько 10% СІН демонструють низький рівень знань про ВІЛ/СНІД, правильно відповідаючи менш ніж на половину запитань, котрі вимірюють їхній рівень знань

- 14% СІН можна віднести до тих, хто не має системних знань і орієнтується у проблематиці лише частково — такі респонденти дали правильну відповідь на 13-16 відповідних запитань
- СІН, які правильно визначилися щодо відповідей на 17-20 запитань, становлять найбільшу групу, до якої входять 40% опитаних
- Правильні відповіді більш ніж на 20 запитань змогли дати 35,3% опитаних у дослідженні СІН, і саме їх ми можемо віднести до тих, хто має достатній рівень знань про ВІЛ/СНІД.

Таким чином, можна констатувати, що замість 55% СІН, які оцінюють свій рівень знань як достатній (% респондентів, які, відповідаючи на пряме запитання «Чи вважаєте Ви свої знання про ВІЛ/СНІД достатніми?», дали ствердну відповідь (% серед тих, хто знає про існування ВІЛ/СНІД)) 75% СІН правильно зорієнтувалися у відповідях на більшу частину запитань, при тому, що 35% з загалу опитаних мають доволі ґрунтовні знання.

	Кількість СІН	%	Накопичувальний %
Дали правильну відповідь менш ніж на половину запитань	355	10,1	10,1
Дали правильну відповідь на 13–16 запитань	498	14,1	24,1
Дали правильну відповідь на 17–20 запитань	1432	40,5	64,7
Дали правильну відповідь на 21–23 запитання	1172	33,1	97,8
Дали правильну відповідь більш ніж на 23 запитання	78	2,2	100,0

Таблиця 9.2.1. Частка СІН, які правильно визначилися стосовно відповідей на запитання щодо рівня знань про ВІЛ/СНІД

Як ми вже зазначали вище, рівень знань про ВІЛ/СНІД не позначається на усвідомленні належності до групи із підвищеним ризиком ВІЛ-інфікування. До того ж необхідно констатувати, що рівень знань про ВІЛ/СНІД не залежить ані від стажу ін'єкційного споживання наркотиків, ані від того, чи знає опитаний СІН про існування громадських організацій, що працюють із споживачами ін'єкційних наркотиків, і навіть від інтенсивності користування послугами пункту обміну шприців.

Переходячи до розгляду впливу соціально-демографічних характеристик на рівень поінформованості щодо ВІЛ/СНІД, відзначимо, що рівень поінформованості у опитаних СІН не залежить від регіону проживання і від того, який рівень поширеності ВІЛ на тій чи іншій території (розподіл на 4 територіальні групи — див. вступ).

Проведений аналіз дозволяє також говорити про те, що серед СІН — жінок рівень обізнаності та знань щодо ВІЛ/СНІД є дещо вищим, однак ця різниця не є статистично значущою і ми не можемо вважати, що наявні відмінності якимось суттєвим чином специфікують їхню поведінкові практики як у споживанні наркотиків, так і в сексуальній сфері.

Рівень знань опитаних СІН з питань ВІЛ/СНІД, суб'єктивна оцінка ризику ВІЛ-інфікування тісно пов'язані з віком опитаних. Чим старшими є СІН, тим загалом кращою є їхня обізнаність про шляхи передачі ВІЛ, тим вищим є усвідомлення особистої небезпеки ВІЛ-інфікування. Хоча ми не можемо вказати на пряму лінійну залежність рівня знань від віку респондентів, ми можемо констатувати той факт, що респонденти, старші за віком, мають вищий рівень знань про ВІЛ/СНІД, ніж молодші. Зокрема, серед респондентів віком до 18 років ми спостерігаємо найнижчий рівень поінформованості.

	Вік опитаних СІН			
	до 18	19–20 років	21–24 роки	25 років та більше
Дали правильну відповідь менш ніж на половину запитань	17	15	9	6
Дали правильну відповідь на 13–16 запитань	21	17	15	11
Дали правильну відповідь на 17–20 запитань	37	37	42	42
Дали правильну відповідь на 21–23 запитання	25	29	32	38
Дали правильну відповідь більш ніж на 23 запитання	2	3	2	3

Таблиця 9.2.2. Частка СІН, які правильно визначилися стосовно відповідей на запитання щодо рівня знань про ВІЛ/СНІД, %

Зазначимо, що низький рівень знань про ВІЛ/СНІД позначається і на ставленні до загрози ВІЛ-інфікування. Так, чим молодші респонденти, тим меншою для них видається загроза інфікування. Відповідно до отриманих даних, лише 24% опитаних у віці 18 років і менше зазначили, що вважають для себе можливість ВІЛ-інфікування реальною, а серед СІН віком 25 років і старше цей показник досягає вже 48%. Водночас більшість із числа наймолодших СІН переконана, що така ймовірність є дуже низькою і ВІЛ-інфікування їм не загрожує; серед СІН віком 25 років і старше — таких удвічі менше. Очевидно, життєвий досвід найстарших СІН не дозволяє їм не зважати на небезпеку ВІЛ/СНІД.

Варіанти відповідей на запитання	Вік опитаних СІН			
	до 18	19–20 років	21–24 роки	25 років та більше
Абсолютно реальний	8	14	17	24
Цілком реальний	15	26	25	24
П'ятдесят на п'ятдесят	22	21	26	24
Малоймовірний	28	24	22	18
Мені це абсолютно не загрожує	16	8	5	6
Важко відповісти	9	7	5	3
Інше	1	0	1	1

Таблиця 9.2.3. Розподіл відповідей на запитання: «Як Ви вважаєте, наскільки реальним для Вас особисто є ризик ВІЛ-інфікування?», %

Дали правильну відповідь				
менш ніж на половину запитань	на 13–16 запитань	на 17–20 запитань	на 21–23 запитання	більш ніж на 23 запитання
11,8%	21,3%	28,0%	29,8%	43,6%
				% серед усіх опитаних СІН
				26,4%

Таблиця 9.2.4. Частка СІН, котрі використовували презерватив під час останнього статевих контакту, %

Такі дані вказують на те, що саме власний життєвий досвід, набутий СІН, є основним фактором, який сприяє зростанню рівня поінформованості щодо проблематики ВІЛ/СНІД, і саме він повинен розглядатися як основний чинник, котрий може спонукати до поширення безпечних практик. Окремо можна додати, що рівень освіти СІН не є важливим чинником, що впливає на обізнаність щодо ВІЛ/СНІД.

Зазначимо, що проведений аналіз даних дав змогу встановити позитивний вплив більш високого рівня знань

про ВІЛ/СНІД на дотримання безпечних практик, а саме, на показник тих, хто, вживаючи наркотичні речовини ін'єкційним шляхом, використовував презерватив під час останнього статевих контакту.

9.3. Чинники впливу на поведінкові практики СІН

Вплив **віку** респондентів на вибір моделей вживання наркотиків ін'єкційним шляхом майже відсутній. Єдина закономірність, яку можна зафіксувати на всьому масиві опитаних, це те, що зі збільшенням віку опитаних зростає частка тих, хто використовує небезпечну практику застосування крові при приготуванні /очищенні наркотичної речовини та після додання крові до наркотиків кип'ятить його. Така поведінка, скоріш за все, зумовлена певною особливістю субкультури СІН старшого віку, які продовжують використовувати практики, що були більшою мірою характерні для часів, коли вони почали вживати наркотики ін'єкційно. Цей висновок підтверджується і тим фактом, що саме СІН з найбільшим стажем вживання наркотичних речовин частіше за інших практикують вказаний спосіб приготування наркотичних розчинів та частіше за інших самостійно готують наркотичні розчини.

Варіанти відповідей на запитання	Вік опитаних СІН			
	до 18	19–20 років	21–24 роки	25 років та більше
Так, доводилося	9	7	12	21
Ні	31	33	39	42
Я ніколи не готую наркотик сам(а)	61	60	49	36

Таблиця 9.3.1. Розподіл відповідей на запитання: «Якщо Ви готуєте наркотики самі, чи доводилося Вам використовувати людську кров при приготуванні /очищенні наркотику?», %

Наведений розподіл відповідей, хоча і засвідчує суттєві відмінності у практиках старшої вікової групи СІН та СІН, молодших за 25 років, все ж такі не дає нам підстав стверджувати, що існує лінійний зв'язок між ними і що збільшення віку опитаних призводить до збільшення ймовірності застосування вказаної практики.

На жаль, ми змушені констатувати відсутність впливу віку опитаних СІН, відповідно і їхнього життєвого досвіду, на вибір безпечних сексуальних практик. Середній показник тих СІН, які, вживаючи наркотичні речовини, використовували презерватив під час останнього статевих контакту, становить 26,4%, а зафіксовані коливання показника по вікових групах статистично незначущі.

Отримані дані дозволяють стверджувати, що **ознака статі** не впливає на частоту звернення до безпечної практики вживання ін'єкційних наркотиків, а саме, коли протягом останнього місяця не використовується спільний ін'єкційний інструментарій. Так само ми не маємо підстав говорити про якісь значні відмінності в інтенсивності сексуального життя (але не у характері та видах стосунків).

Проведений аналіз отриманих даних у **регіональному розрізі** вказує на те, що найкращі показники безпечної поведінки з-поміж опитаних СІН спостерігаються в областях з найбільшим рівнем поширеності ВІЛ/СНІД. Частка опитаних СІН, які вживали наркотики і не використовували спільні ін'єкційні інструменти, за останній місяць тут найбільша — 57%. Найнижчий цей показник у другій за рівнем поширеності ВІЛ/СНІД групі регіонів, до яких належать Черкаська, Херсонська області та м. Київ. У цих регіонах не використовували спільний ін'єкційний інструментарій за останній місяць лише 34%, тобто 66% СІН

практикували такого роду небезпечну поведінку. Вказаний показник в областях, віднесених до третього та четвертого рівня поширеності ВІЛ/СНІД, однаковий і знаходиться на рівні 48%, що свідчить про схожість ставлення до вказаного типу небезпечної практики.

Групи регіонів	%
Перша група: Одеська, Миколаївська, Дніпропетровська, Донецька області, АР Крим	57
Друга група: Черкаська, Херсонська області, м. Київ	34
Третя група: Полтавська, Харківська, Волинська області	48
Четверта група: Сумська, Тернопільська, Рівненська області	48

Таблиця 9.3.2. Частка СІН, які впродовж останнього місяця вживали наркотичні речовини ін'єкційним шляхом і не використовували при цьому спільний ін'єкційний інструментарій (за останній місяць)

Зазначимо, що найнижчий показник щодо безпечної практики невикористання спільних ін'єкційних інструментів у регіонах, віднесених до другої групи, засвідчує підвищену ймовірність поширення ВІЛ-інфекції вказаним шляхом (через використання спільних інструментів для ін'єкцій).

Крім того, регіональні особливості поведінки СІН проявляються і в розподілі значень такого індикатору, як використання презерватива під час останнього статевого акту. Як можна побачити з таблиці 9.3.3, існує суттєва розбіжність у показниках чисельності СІН, що практикували безпечний секс під час останнього статевого акту.

Групи регіонів	%
Перша група: Одеська, Миколаївська, Дніпропетровська, Донецька області, АР Крим	28
Друга група: Черкаська, Херсонська області, м. Київ	23
Третя група: Полтавська, Харківська, Волинська області	33
Четверта група: Сумська, Тернопільська, Рівненська області	22

Таблиця 9.3.3. Частка СІН, які впродовж останнього місяця вживали наркотичні речовини ін'єкційним шляхом та використовували презерватив під час останнього статевого контакту (за останній місяць)

Найкращий показник за вказаним індикатором ми фіксуємо у третій групі областей, віднесених до регіонів із середнім рівнем поширеності ВІЛ-інфекції — тут практикувала безпечний секс третина СІН. Найгірші із зафіксованих показників у групах областей, в яких рівень поширеності ВІЛ/СНІД визначається як «помірно високий» та «низький». З точки зору прогнозування темпів поширення ВІЛ-інфікування та запобігання найбільш ймовірним шляхам поширення інфекції, необхідно враховувати, що роз'яснення безпеки поширення ВІЛ-інфекції статевим шляхом має стати стрижневим при проведенні профілактичних заходів у зазначених областях, бо, як можна побачити, поширеність небезпечних сексуальних практик у середовищі СІН надзвичайно висока. Додатково слід зазначити, що й за індикатором, який відображає рівень поширеності безпечних сексуальних практик, СІН, котрі мешкають у областях із «помірно високим» рівнем поширеності ВІЛ, відрізняються найнижчим рівнем убезпеченості.

Більш глибокий аналіз отриманих даних дозволяє говорити про певні особливості моделей вживання ін'єкційних наркотиків та сексуальної поведінки опитаних СІН залеж-

но від регіону їхнього проживання. По-перше, слід вказати на відсутність лінійного зв'язку між регіоном проживання та одночасною поширеністю безпечної практики вживання наркотичних речовин (не використовувався спільний інструментарій) у зв'язку із сексуальною практикою (мали статеві контакти за останній місяць). Тобто ми не маємо підстав вважати, що міра поширеності ВІЛ/СНІД у регіоні (областях) впливає на сексуальну поведінку цієї підгрупи опитаних СІН, зумовлюючи збільшення або зменшення активності їхнього сексуального життя.

В той же час (що становить другу важливу особливість) існують суттєві відмінності у показниках, що характеризують сексуальну поведінку СІН, які не використовують спільний ін'єкційний інструментарій, в першу чергу, між першою та другою групою регіонів. Відповідно до проведених розрахунків СІН, що мешкають у областях, віднесених до першої групи («дуже високий рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію»), відрізняються найбільшою сексуальною активністю, тоді як серед СІН у інших регіонах показник тих, хто вступав у статевий контакт, є значно меншим (див. табл. 9.3.4.).

Групи регіонів	%
Перша група: Одеська, Миколаївська, Дніпропетровська, Донецька області, АР Крим	57
Друга група: Черкаська, Херсонська області, м. Київ	34
Третя група: Полтавська, Харківська, Волинська області	48
Четверта група: Сумська, Тернопільська, Рівненська області	48

Таблиця 9.3.4. Регіональний розподіл СІН, які впродовж останнього місяця вживали наркотичні речовини ін'єкційним шляхом і не використовували при цьому спільний ін'єкційний інструментарій та мали статеві контакти (за останній місяць)

* Наведена оцінка того, що СІН, опитані у регіонах з дуже високим рівнем поширеності ВІЛ-інфекції, відрізняються більшою сексуальною активністю, підтверджується і при порівнянні залишків (residual). Ці залишки є показниками того, наскільки сильно відрізняється чисельність СІН, яку ми спостерігаємо (опитали), від тієї, що очікувалася (нормальний розподіл). У таблиці наведено нормовані залишки, які обчислюються як ненормовані залишки (різниця між очікуваною чисельністю та чисельністю, що спостерігається), поділені на квадратний корінь з очікуваної чисельності. Вважається, що існує значуща різниця між очікуваною чисельністю та чисельністю, що спостерігається, якщо нормований залишок більший 2 або дорівнює 2.

Вказані у таблиці розбіжності (характерні особливості сексуальної поведінки) по регіонах вказують на те, що СІН (які не використовували останнього місяця спільний інструментарій для ін'єкцій) у регіонах з дуже високим рівнем захворюваності на ВІЛ-інфекцію відрізняються набагато вищою сексуальною активністю. Проведені додаткові статистичні тести дозволяють стверджувати, що вказана відмінність є саме поведінковою, не спричиненою впливом інших ознак. Щоб упевнитися у тому, що були зафіксовані саме поведінкові особливості, перевірялися дві гіпотези, відповідно до яких досліджувався вплив характеристик регіональних підвбірок (специфіка опитаного контингенту):

— було перевірене і відкинуто припущення, про те, що зафіксовані відмінності зумовлені відхиленнями у статеві-віковому розподілі опитаних. Так, ми не фіксуємо значних розбіжностей у регіональній представленості СІН різної статі та у показниках віку (середній вік у всіх групах коливається в межах від 26,14 до 26,95 років).

Висновки

- Аналіз поінформованості СІН щодо шляхів передачі ВІЛ-інфекції та ставлення до проблеми ВІЛ/СНІД показав, що найбільш обізнаними та готовими прийняти рішення до дії є респонденти територіальної групи № 1 (Одеська, Миколаївська, Дніпропетровська, Донецька області, АР Крим) — з регіонів, де профілактичні програми за стратегією зменшення шкоди почали реалізовуватися з самого початку розвитку епідемії. Зі зменшенням рівня охоплення СІН профілактичними заходами знижується їхня обізнаність та навички з безпечної поведінки щодо ВІЛ/СНІД. Найменш обізнаними серед СІН були респонденти з територіальної групи № 4 (Сумська, Тернопільська, Рівненська області), де діяльність профілактичних програм або недостатня, або зовсім відсутня.
- Загалом відсоток правильних відповідей на всі твердження стосовно ВІЛ/СНІД, що були запропоновані споживачам ін'єкційних наркотиків, зростає з віком незалежно від статі респондента та належності його до різних територіальних груп. Найменшу обізнаність виявлено серед СІН віком до 18 років, найбільшу — серед СІН віком 30 років і старших.
- Рівень обізнаності респондентів та їхня сприйнятливність щодо створення толерантного соціального середовища зростає зі збільшенням стажу вживання ін'єкційних наркотиків та віку СІН. Найменший відсоток правильних відповідей відмічається серед СІН зі стажем вживання ін'єкційних наркотиків до 1 року, найбільший — зі стажем 4-6 років. У респондентів зі стажем вживання ін'єкційних наркотиків 6-7 років питома вага правильних відповідей також знижується, тобто зменшується оцінка ступеня ризику власного інфікування ВІЛ при довготривалому вживанні наркотичних речовин.
- Серед чоловіків найбільш поінформованими є респонденти першої та третьої груп, серед жінок — другої та четвертої територіальних груп.
- За підсумками опитування більшість респондентів вважають себе поінформованими щодо знижування ризику інфікування ВІЛ шляхом уживання неін'єкційних наркотиків і використання презервативів (83%), відмови від спільного використання інструментів (86%).
- Аналіз знань щодо деяких тверджень стосовно ВІЛ/СНІД показав недостатню обізнаність СІН з окремих питань:
 - тільки половина респондентів до 20 років (48%) знають, що протизапальні таблетки не можуть бути ефективним захистом проти венеричних хвороб і ВІЛ-інфекції;
 - 52% — впевнені, що специфічне лікування не впливає на передачу вірусу від вагітної жінки до дитини. Обізнаність щодо цього твердження набагато більша серед жінок, ніж серед чоловіків у всіх вікових категоріях;
 - 1/2 чоловіків та 2/3 жінок, які тільки починають вживати ін'єкційні наркотики (до 1 року), у регіоні з низьким рівнем поширеності ВІЛ-інфекції взагалі не використовують дезінфекційних розчинів для профілактики ВІЛ-інфекції;
 - кожний десятий (10%) — упевнений, що ВІЛ-інфікована людина не може мати здорового вигляду і вести повноцінне життя;
 - 9% — погодилися з хибним твердженням, що ВІЛ може передаватися через спільне використання приміщень для помешкання.
- Переважає кількість споживачів ін'єкційних наркотиків, котрі брали участь в опитуванні, правильно зазначили шляхи передачі ВІЛ-інфекції — від 61% до 96%. Найбільшу обізнаність стосовно шляхів інфікування ВІЛ було виявлено при розгляді проблеми спільного використання шприців та голок (96% правильних відповідей), вагінальних контактів без використання презерватива (94%) і безпосереднього контакту з інфікованою кров'ю (92%), найменшу — стосовно інфікування ВІЛ у випадках контакту зі слиною іншої людини (60%), від ВІЛ-інфікованої матері до новонародженої дитини під час годування груддю (61%), при поцілунках без контакту з пошкодженими ділянками, ранами на шкірі партнера (61%). 18% респондентів упевнені, що укуси комах можуть призвести до інфікування ВІЛ.
- Реальною перспективою бути ВІЛ-інфікованим вважають 43% СІН. Четверть СІН оцінюють ризик власного інфікування ВІЛ «п'ятдесят на п'ятдесят», п'ята частина респондентів визначають можливість бути ВІЛ-інфікованим як малоімовірну. СІН віком до 18 років нижче за всіх оцінюють ступінь загрози власного інфікування ВІЛ, тоді як у старших вікових групах спостерігається найбільше розуміння цієї існуючої загрози як реальної для себе й повне усвідомлення особливостей своєї поведінки та ризиків, що пов'язані з нею.

Тільки близько 1% опитаних визнали, що вони є ВІЛ-інфікованими. Незнання свого ВІЛ-статусу або небажання його знати може пояснюватися низькою оцінкою ступеня ризику власного інфікування ВІЛ та недостатньою обізнаністю щодо проблеми ВІЛ/СНІД.
- Щодо зміни ризикованої поведінки відмічається активна діяльність СІН стосовно використання одноразових шприців та голок (54% респондентів), кожен третій почав уникати спільного користування ін'єкційним інструментарієм (33%) і використовувати презерватив (27%), кожен четвертий став відвідувати пункт «Довіра»/пункт обміну шприців (25%) і пройшов тестування на наявність ВІЛ-інфекції (24%), кожен п'ятий зменшив кількість сексуальних партнерів (19%). Однак 22% респондентів нічого не робили для того, щоб уникнути інфікування ВІЛ.
- Існує реальна ситуація формування стигматизації щодо ВІЛ-інфікованих осіб у соціальному середовищі. Обмеженість знання механізму передачі ВІЛ від однієї людини до іншої викликає почуття страху бути інфікованим ВІЛ у побуті та призводить до стигматизації щодо ВІЛ-інфікованої людини:
 - близько 70% респондентів відмовилися або утрималися їсти разом з одного посуду з ВІЛ-інфікованою людиною;
 - майже кожен десятий (9%) відмовився від піклування та догляду за ВІЛ-інфікованим членом сім'ї;
 - тільки половина респондентів погодилася з перебуванням ВІЛ-інфікованої вчительки у шкільному колективі, 60% — з продовженням шкільних занять ВІЛ-інфікованого учня;
 - майже 40% респондентів упевнені, що існує ризик інфікування ВІЛ через продукти, якщо продавець у продуктовому магазині ВІЛ-інфікований;
 - майже 80% опитаних побажали не розповідати про по-

зитивний ВІА-статус членів своєї родини та тримати його в секреті.

11. Важлива роль у попередженні ВІА-інфекції/СНІД належить створенню умов, за яких кожна особа за власним бажанням може пройти тестування на наявність у неї антитіл до ВІА і отримати необхідні кваліфіковані поради та підтримку щодо запобігання зараженню в майбутньому.
12. За результатами даного дослідження, можливість зробити конфіденційний тест на ВІА сьогодні в Україні доволі висока — загалом 82% СІН мають таку можливість.
13. При досить високому рівні доступності тестування на ВІА тільки 54%, тобто трохи більше половини серед усіх опитаних СІН, робили тест на ВІА. Зважаючи на те, що СІН належать до групи найвищого ризику інфікування, цей показник, який відображає діяльність програм та поведінкові тенденції, не можна вважати цілком задовільним.
14. Результати опитування вказують на те, що чим старші СІН, тим більше вони усвідомлюють загрозу бути особисто ураженими ВІА. Тому дотепер невідкладним завданням залишається запровадження профілактичних програм, спрямованих на інформування щодо шляхів зараження ВІА та методів запобігання цьому серед споживачів наркотиків, особливо серед підлітків та молоді.
15. У всіх 14 регіонах, де проводились опитування, частину СІН вказали на те, що їх змусили зробити тест на ВІА. Найбільша частка таких відповідей була у Волинській, Дніпропетровській, Тернопільській областях — від 24% до 22%. У законодавчому порядку в 1998 році було скасовано примусове та обов'язкове обстеження населення України на ВІА. Контроль за поширенням ВІА-інфекції в Україні повинен провадитися тільки на засадах добровільного обстеження на ВІА усіх груп населення (окрім донорів).
16. Згідно з даними анкетування СІН найбільш поширеним наркотиком в Україні є виготовлені в домашніх умовах опіати. Їх уживають 91% споживачів ін'єкційних наркотиків. Виготовляють наркотичні речовини, як правило, без дотримання необхідних гігієнічних умов, що зумовлює високий ступінь ризику інфікування ВІА та гепатитами. Неспроможність маркозалежних відмовитися від необхідної «доз» навіть коли ймовірність інфікування є дуже великою, спричиняє постійну епідемічну небезпеку в середовищі СІН. Купівля наркотику не у своєму шприці, набирання у свій шприц із шприца продавця, іншого споживача або спільного посуду — все це форми ризикованої поведінки та сприятливі умови розвитку епідемії.
17. Вживання наркотичних речовин, які стимулюють сексуальну активність, є особливо небезпечним. Виготовлення наркотику без належних гігієнічних правил, використання спільного посуду, наркотичне сп'яніння, ігнорування потенційного ризику та сексуальна активність — це типова картина вживання ефедрону та первітину.
18. Фактори, які впливають на поширення вживання ін'єкційних наркотиків:
 - ♦ низький рівень поінформованості про ризики та наслідки наркоманії;
 - ♦ інтерес молоді до наркотиків;
 - ♦ відсутність професійної психологічної допомоги;
 - ♦ соціально-економічні умови, низький рівень життя більшості населення;
 - ♦ доступність наркотиків: розгалужена мережа наркозбуту, в сільській місцевості — сировина для виготовлен-

ня опіатів, в аптеках — препарати для виготовлення амфетамінів;

- ♦ відсутність юридичної бази для профілактики та лікування ін'єкційної наркоманії.
19. Ефективність використання профілактичних програм підтверджується тим, що в 1,5 раза зменшилася кількість випадків спільного використання шприців та голок, якщо порівнювати з 2002 роком. Таким чином, застосовують упровадження профілактичних програм, які спрямовані саме на цей аспект ін'єкційного споживання наркотиків.
- Проблема спільного використання голок та шприців продовжує залишатись однією з найактуальніших проблем ін'єкційного споживання наркотиків.
- Отже, можна зробити висновок, що динамічні зміни використання шприца та голок, які були в користуванні іншої особи, не спостерігаються.
20. Проведене дослідження дає підстави говорити про те, що споживачі ін'єкційних наркотиків ведуть досить активне сексуальне життя (88% опитаних СІН мали сексуальні контакти за останні 12 місяців). Більш активними є чоловіки (68%), але при цьому не слід забувати, що серед представників цієї цільової групи питома вага чоловіків завжди перевищує вагу жінок. Вік найвищої сексуальної активності серед СІН припадає на 21-30 років.

Певним чином на рівень сексуальної активності впливає стаж уживання ін'єкційних наркотиків. Якщо серед СІН зі стажем не більше 1-го року лише 6% не мали жодних сексуальних стосунків протягом останніх трьох місяців, то серед тих СІН, чий стаж становить від 3-х до 5-ти років, на це вказали 23%, тоді як серед СІН, які вживають ін'єкційні наркотики понад 5 років — уже майже кожен другий респондент (55%) не мав жодних сексуальних стосунків протягом останніх трьох місяців.

Майже кожен другий опитаний СІН (43%) протягом останніх трьох місяців мав сексуальні контакти з одним постійним статевим партнером, ще 12% — мали статеві контакти з двома партнерами. Кожний четвертий СІН (24%) за цей період мав три або більше партнерів, з якими вступав у сексуальний контакт.

За результатами дослідження, СІН практикують досить небезпечну сексуальну поведінку. Окрім певної кількості партнерів, СІН вступають у сексуальні контакти з малознайомими чи випадковими особами або за винагороду.

Майже 7% респондентів (переважно чоловіки) протягом останнього року мали сексуальні стосунки з особами, яким давали винагороду за їхні сексуальні послуги. Більше третини з них (39%) частіше двох разів протягом останнього місяця користувалися такими послугами.

7% серед усіх опитаних СІН (переважно жінки) протягом останнього року надавали сексуальні послуги за винагороду. Більше половини з них (53%) вступали в такі сексуальні контакти частіше 3-х разів за останній місяць і ще чверть (27%) — 1-2 рази.

Ризик зараження на ІПСШ та ВІА підвищується не тільки під час сексуальних стосунків за винагороду, а й під час сексуальних контактів з малознайомими та випадковими особами.

Майже третина опитаних СІН (29%) протягом останнього місяця вступали в сексуальні контакти з випадковими та малознайомими особами. Серед них 47% робили це за останній місяць два і більше разів.

21. Ризик зараження ВІА або ІПСШ підвищується і під час незахищених статевих контактів. Використання пре-

зервативів серед СІН — не надто поширене явище: лише 15% використовують презерватив під час статевих контактів з чоловіком чи дружиною або з постійним сексуальним партнером, тоді як 30% серед усіх опитаних дуже рідко користуються презервативом (або ніколи ним не користуються) під час сексуальних контактів з постійними партнерами.

Серед СІН, які практикують сексуальні контакти за винагороду, 46% використовують презервативи завжди або у переважній більшості випадків. Водночас серед тих, хто практикує сексуальні контакти за винагороду або користується ними, 16% дуже рідко використовує презервативи або взагалі ніколи їх не використовує. Це не може не сприяти збільшенню кількості випадків захворювань на ІПШС та ВІЛ.

40% опитаних СІН, які вступали в сексуальні контакти з випадковими та малознайомими особами, завжди або майже завжди використовували презерватив, 11% — менше, ніж у половині випадків, а ще 10% — дуже рідко використовували презервативи або ніколи їх не використовували.

Під час останнього сексуального контакту з випадковими та малознайомими особами використовували презерватив 53% СІН, тоді як третина (31%) — ні.

Стурбованість викликає той факт, що серед ВІЛ-інфікованих СІН (8% серед усіх опитаних, які добровільно повідомили про свій статус) майже кожний другий (45%) вступав протягом останнього місяця у сексуальні контакти з випадковою чи малознайомою особою більше 3-х разів. При цьому використовували презерватив під час останнього сексуального контакту лише 60%, тоді як 27% — не використовували, а ще 9% — не пам'ятають, використовували вони презерватив чи ні.

Основними причинами невикористання СІН презервативів під час сексуальних контактів є:

- ♦ обумовленість обставинами («не було під рукою», «перебували в стані алкогольного або наркотичного сп'яніння»);
- ♦ зниження приємних відчуттів («не подобається з презервативом», «його використання знижує чуттєвість»);
- ♦ неусвідомлення ризику інфікування ІПСШ та ВІЛ («не вважали за необхідне», «не думали про це», «партнер наполягав на тому, щоб не використовувати презерватив»).

Отже, безладне статеве життя, незахищений секс свідчать про те, що усвідомлення ризику інфікування ІПСШ та ВІЛ серед значної кількості опитаних СІН все ще залишається на досить низькому рівні, і все це незважаючи на те, що останнім часом в Україні здійснюється багато різних профілактичних програм.

22. Основним місцем придбання презервативів для переважної більшості опитаних, як і раніше, залишаються аптеки, кіоски та магазини (40%).

Ще одним місцем придбання презервативів майже кожний четвертий респондент (27%) назвав пункти обміну шприців.

Як показали результати досліджень, ціна презерватива не є основною причиною його невикористання під час сексуальних контактів. Якщо вести мову про кількість коштів, яку опитані готові витратити на придбання презервативів, то дані дослідження доводять, що сума варіюється від 0,27 гривень до 300 гривень на місяць. Середня плата серед тих СІН, хто купував презервативи у вищезазначених місцях, становить майже 12 гривень на місяць.

Перевагою громадських акцій, неурядових організацій, а також КП «Довіра» при центрах соціальних служб для молоді є те, що вони надають СІН презервативи безкоштовно (у переважній більшості). Але разом з тим траплялися випадки, коли респонденти неофіційно платили за презервативи (неофіційна плата за презервативи в різних організаціях становить від 2-х до 10-ти гривень).

Рекомендації

За результатами багатьох досліджень, виявлено неоднаковий рівень поінформованості щодо проблеми ВІЛ/СНІД в різних регіонах України. Пріоритетні області з високою поширеністю ВІЛ-інфекції більше охоплені різноманітними програмами профілактики ВІЛ-інфекції, ніж інші регіони країни, та більш обізнані щодо питань ВІЛ/СНІД. Але сьогодні, коли епідемія починає набирати швидкого темпу на всій території України, у регіонах із середнім і низьким рівнями поширеності ВІЛ важливо почати невідкладне впровадження програм первинної (для тих, хто не є ВІЛ-інфікованим), вторинної (для ВІЛ-інфікованих, хто не хоче відмовитися від своєї ризикованої поведінки), третинної (для ВІЛ-інфікованих, які хочуть пройти лікування та реабілітацію) профілактики ВІЛ-інфекції. Особливо ці програми мають бути спрямовані на профілактику ВІЛ-інфекції серед СІН з активним залученням до роботи як самих СІН, так і осіб з їхнього оточення на різних рівнях діяльності.

На національному рівні:

1. Координація зусиль та співробітництво всіх організацій у діяльності з профілактики наркоспоживання та ВІЛ-інфекції, особливо в молодіжному середовищі серед споживачів ін'єкційних наркотиків.
2. Розробка та запровадження системи моніторингу та контролю за станом наркоспоживання в суспільстві, у тому числі ін'єкційних наркотиків, і створення окремих державних стандартів щодо контролю за рівнем ВІЛ-інфекції серед СІН.
3. Обґрунтування ресурсів для впровадження профілактичних програм попередження інфікування ВІЛ серед СІН і надання послуг ВІЛ-інфікованим СІН, розробка прозорого механізму розподілу ресурсів і методів оцінки ефективності їх використання на національному, регіональному та місцевому рівнях.
4. Розробка обґрунтованої законодавчої бази профілактичної роботи з СІН. Забезпечення гарантованого рівня надання кваліфікованої та багатоаспектної медико-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим наркоманам.
5. Більш активне залучення закладів освіти. Розробка та впровадження відповідних навчально-методичних матеріалів, серії тренінгів для вчителів, учнів, студентів щодо шляхів запобігання інфікуванню ВІЛ.
6. Запровадження навчальних тематичних модулів для підготовки фахівців різного профілю (медичних працівників, педагогів, управлінців, волонтерів та інших), які можуть бути задіяні у профілактичних програмах серед СІН.
7. Створення системи соціального супроводу та соціальної допомоги наркоспоживачам, у тому числі ВІЛ-інфікованим.
8. Розробка та впровадження адаптованих до різних вікових категорій програм психологічної підтримки ВІЛ-інфікованих СІН та сімей, які їх підтримують.
9. Визначення функцій центрів профілактики і боротьби зі СНІД щодо ВІЛ-інфікованих СІН на нинішньому та майбутньому етапах їх діяльності.
10. Більш активне залучення ЗМІ. Розробка інформаційно-освітньої концепції підготовки суспільства до тривалого співіснування з ВІЛ-інфікованими/хворими на СНІД. Проведення потужної інформаційно-пропагандистської кампанії з викорінення дискримінації та стигматизації ВІЛ-інфікованих людей. Посилення контролю держави за якістю соціальної реклами щодо ВІЛ/СНІД з метою подолання дискримінаційних проявів у ставленні до ВІЛ-інфікованих осіб.
11. Посилення політичної прихильності й залучення лідерів усіх секторів на всіх рівнях українського суспільства та розробка й формування нового рівня партнерства, конкретних форм взаємодії та розподілу функцій державних установ, громадських організацій і самих ВІЛ-інфікованих СІН.
12. Створення інформаційної бази даних про державні, міжнародні, громадські організації, які провадять активну роботу у сфері профілактики ВІЛ-інфекції серед СІН.
13. Продовження досліджень із зазначеної проблеми, вивчення каналів та методів впливу на поліпшення ситуації щодо інфікування ВІЛ серед ін'єкційних наркоманів.

На регіональному рівні:

1. Створення регіонального координаційного органу, який має контролювати діяльність державних і неурядових організацій з питань розширення профілактичних дій та охоплення ними СІН, а також оцінювати ефективність конкретних проектів, програм, заходів, їхнього впливу на ситуацію щодо цієї проблеми за допомогою визначених критеріїв ефективності кожного окремого заходу чи проекту.
2. Більш активне залучення до такої роботи НУО, які вже працюють з цієї проблематики, особливо у регіонах із середнім та низьким рівнями поширеності ВІЛ-інфекції.
3. Організація за допомогою державних та громадських, у тому числі міжнародних, організацій спеціальних навчальних семінарів, тренінгів відповідно до сучасного рівня вимог щодо тематики наркоманії та ВІЛ-інфекції для різних цільових груп (представників НУО, ЗМІ, правоохоронних органів, соціальних працівників та ін.) з метою забезпечення їх інформацією та навчання роботи із СІН.
4. Сприяння створенню громадських та державних пунктів обміну шприців для СІН з метою залучення їх до програм зниження шкоди.
5. Формування за допомогою соціальної реклами громадської думки та вироблення адекватного ставлення до ВІЛ-інфікованої людини. Передусім необхідно:
 - ♦ подавати адресну інформацію, тобто публікувати матеріали цільової тематики для батьків, СІН, молодих людей і т. п.;
 - ♦ залучати до виступів у ЗМІ фахівців, які займаються даною проблемою, — медиків, соціологів, психологів, педагогів, юристів тощо;
 - ♦ використовувати популярні міські та обласні газети для розширення просвітницької інформації, перш за все серед молоді.
6. Розширення сфери дослідження ін'єкційного споживання наркотиків у місцях позбавлення волі, армії, студентському середовищі, сільських районах, у таких малодоступних і маловивчених групах, як гомосексуалісти та інші.

На рівні окремих міст:

1. Провести аналіз ситуації щодо наркоспоживання та ВІА-інфекції на рівні міста і за результатами розробити конкретні плани дій — як короткотермінові, так і стратегічні.

2. З метою підвищення рівня усвідомлення СІН важливості й необхідності переходу до більш безпечної поведінки, зокрема до неін'єкційного вживання наркотиків, потрібно використовувати аутріч-роботу.

3. Залучати всі органи місцевого самоврядування, установи, підприємства, що співпрацюють у сфері виконання програми забезпечення протидії епідемії ВІА-інфекції, до роботи з формування толерантного ставлення в суспільстві до ВІА-інфікованих і сімей, у яких вони живуть.

4. Довести до відома людей, що впровадження сучасних методів лікування, в тому числі профілактичного лікування для зниження ризику передачі ВІА від ВІА-інфікованої матері до дитини, створює сприятливі умови для продовження повноцінного життя.

5. Розширити коло фахівців (соціальні працівники, волонтери з числа СІН, медики, психологи), які беруть участь у здійсненні профілактичних програм серед СІН, особливо у проведенні аутріч-роботи.

6. Більш активно проводити серед молоді профілактичну роботу щодо первинної профілактики ВІА. Виявляти серед неї активних учасників, лідерів-волонтерів, здатних організувати та провести таку роботу.

7. Вважаємо за потрібне запропонувати місцевим владним структурам, державним і громадським організаціям:

- більш активно залучати до профілактичної роботи НУО, які вже працюють із цієї проблематики;
- розширювати мережу пунктів обміну шприців, з метою залучення до програм зменшення шкоди сприяти створенню громадських і державних пунктів обміну шприців для споживання ін'єкційних наркотиків; доцільно орієнтуватися на створення стаціонарного ПОШ на рівні кожного району;
- надавати адресну інформацію, тобто публікувати матеріали цільової тематики для батьків, споживачів ін'єкційних наркотиків, молодих людей і т. п.;
- сприяти активізації діяльності наявних та створенню нових реабілітаційних центрів для споживачів ін'єкційних наркотиків.

8. Спланувати на місцевому рівні та вжити заходів щодо розширення охоплення споживачів ін'єкційних наркотиків профілактичними діями:

- на місцевому рівні необхідно створити координаційний орган, який має контролювати узгодженість, взаємопов'язаність та систематичність профілактичних заходів, які проводяться державними та неурядовими організаціями;
- сприяти створенню й відкриттю системи кабінетів анонімного обстеження на ВІА-інфекцію.

9. Створювати реабілітаційні центри (центри ресоціалізації) для СІН.

10. Більш активно залучати заклади освіти.

11. Розширювати спектр послуг (медичних, соціальних, юридичних, психологічних тощо) для СІН, які б надавалися безкоштовно.

12. Проводити профілактичні програми щодо зменшення кількості споживання ін'єкційних наркотиків як одного з головних факторів, що призводить до погіршення фізичного здоров'я споживачів ін'єкційних наркотиків.

13. Розробити профілактичні програми, спрямовані на підвищення фізичної активності споживачів ін'єкційних наркотиків.

14. Провести дослідження щодо більш детального вивчення фізичного здоров'я споживачів ін'єкційних наркотиків.

Регіональні особливості споживачів ін'єкційних наркотиків

Регіональні особливості мають значний вплив на поширення епідемії ВІА у середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків. Це пов'язано як із загальною соціально-економічною ситуацією регіонів, гостротою соціальних проблем, місцевими цінностями і традиціями, станом і характером діяльності установ освіти та охорони здоров'я, так і з поширеністю вживання тих чи інших наркотиків у регіоні, чисельністю груп СІН та особливостями їх субкультури. З іншого боку, на стан захворюваності ВІА впливає реалізація в регіоні тих чи інших програм профілактики ВІА та соціальної підтримки СІН. Отже, аналіз уявлень СІН щодо ВІА, особливостей їх поведінки та особистісних характеристик необхідний для розробки й удосконалення заходів, спрямованих на запобігання поширенню ВІА.

Як зазначалося вище, залежно від рівня поширення ВІА області, де проводилося дослідження, були поділені на чотири групи. До першої групи були віднесені області з високим рівнем поширеності ВІА — Одеська, Миколаївська, Дніпропетровська, Донецька, АР Крим, до другої — з помірно високим рівнем поширеності ВІА — Черкаська, Херсонська області та місто Київ, до третьої — з середнім рівнем поширеності ВІА — Полтавська, Харківська, Волинська, до четвертої — з низьким рівнем поширеності ВІА — Сумська, Тернопільська, Рівненська області.

Дані щодо **соціально-демографічних особливостей** споживачів ін'єкційних наркотиків в кожній з груп областей наведено у таблицях 1, 2, 3, 4.

Таблиця 1 Розподіл СІН — учасників опитування за віком, %

№	Вік	Україна в цілому	Територіальна група			
			1	2	3	4
1.	До 17 років	4	5	3	3	4
2.	18–20 років	16	18	15	14	15
3.	21–24 роки	26	23	27	27	26
4.	25–29 років	27	23	29	31	26
5.	30 років та більше	27	31	26	25	30

Таблиця 2 Розподіл СІН — учасників опитування за статтю, %

№	Стать	Україна в цілому	Територіальна група			
			1	2	3	4
1.	Чоловіча	74	71	76	69	80
2.	Жіноча	26	29	25	31	19

Таблиця 3 Розподіл СІН — учасників опитування за освітою, %

№	Освіта	Україна в цілому	Територіальна група			
			1	2	3	4
1.	Початкова освіта (менше 9 класів)	5	7	6	2	3
2.	Базова (неповна) середня освіта (повних 9 класів)	17	18	22	14	16
3.	Повна загальна середня (або професійно-технічна) освіта (11 класів тощо)	57	54	52	61	60
4.	Базова вища освіта (технікум, ВНЗ I, II рівнів акредитації)	16	16	17	17	15
5.	Повна вища освіта (ВНЗ III, IV рівнів акредитації)	5	5	5	6	5

Таблиця 4 Розподіл СІН — учасників опитування за родом занять, %

№	Заняття	Україна в цілому	Територіальна група			
			1	2	3	4
1.	Учень(ниця) школи	0,5	0,4	0,5	0,5	0,4
2.	Учень(ниця) ПТУ	2,3	2	2	1,1	4,3
3.	Студент(ка) технікуму	2,3	3,6	2	1,5	1,2
4.	Студент(ка) ВНЗ	3,6	3,8	3,4	3,8	3,1
5.	Маю постійну роботу	17,4	19,2	14,7	18,7	15,9
6.	Маю випадкові заробітки	36,7	36,8	33	45,6	31,6
7.	Безробітний(на)	31,1	27,2	38,4	25,1	35,7
8.	Займаюся домашнім господарством	2,8	2,7	2,8	2,7	2,9
9.	Непрацездатний(на) (інвалід)	2,4	2,8	2	0,5	4,1

Вікові, статеві особливості СІН, рівень їхньої освіти та сфери зайнятості є важливими чинниками, що впливають на їхнє ставлення до власної особистості та здоров'я, на їхню поведінку та уявлення щодо ВІЛ. Як можна побачити, серед опитаних першої територіальної групи порівняно з іншими більше респондентів (23%) належать до молодших вікових категорій (до 20 років), тоді як у другій, третій та четвертій територіальних групах кількість опитаних цієї категорії не перевищує 19%. У другій та третій територіальних групах переважають опитані віком 21-29 років, у першій і четвертій — віком старше 30 років. Найбільше наймолодших учасників опитування (11%) в Одеській області, найбільше найстарших (51%) — у Полтавській області.

У всіх територіальних групах серед опитаних переважали чоловіки, найпомітніше — в четвертій групі (приблизно 4:1), найменш помітно — у третій групі (2:1). Найбільша питома вага жінок серед опитаних була в Харківській (36%), Дніпропетровській (33%) областях та в АР Крим (32%), найменша — в Сумській області (14%).

Більшість опитаних у всіх областях мають повну загальну середню освіту. Проте серед опитаних в першій і другій територіальних групах відносно більше СІН з початковою та неповною середньою освітою, кількість осіб з вищою освітою дуже низька у всіх групах. Найбільша кількість опитаних, які не мають повної середньої освіти, — в Одеській області (30%) і в Криму (29%), опитаних з базовою та повною вищою освітою — в Херсонській (28%) та Харківській (25%) областях.

Залежно від роду зайнятості у всіх територіальних групах переважають безробітні й особи, що мають випадкові заробітки. Безробітних відносно більше серед опитаних другої (38%) і четвертої (36%) груп, осіб з випадковими заробітками — серед опитаних першої (37%) та третьої (46%) груп. Питома вага опитаних інших категорій відносно рівна у всіх територіальних групах. Найбільше опитаних, які мають постійну роботу, в Харківській області (31%), таких, які мають випадкові заробітки, — у Волинській (48%) та Полтавській (47%) областях, безробітних — у Тернопільській (46%) та Херсонській (46%) областях.

Важливими чинниками поведінки СІН є їх самооцінка власного матеріального становища та соціального статусу. Результати самооцінки опитаними власного матеріального становища суттєво не відрізняються в територіальних групах. У четвертій групі порівняно більше осіб, що відносять себе до людей із високим і вищим за середній достатком (10% порівняно з 5,5% в середньому в інших територіальних групах). У третій територіальній групі порівняно більше опитаних віднесли себе до осіб із середнім та вищим за середній достатком (74% порівняно з 68% в середньому в інших групах), в першій та другій групі відносно більше опитаних з низьким та дуже низьким достатком (27% порівняно з 21% в третій і четвертій територіальних групах). Аналогічна картина спостерігається з самооцінкою респондентами свого соціального статусу.

Таким чином, можна констатувати, що за соціально-демографічними характеристиками регіони, які увійшли до територіальних груп, дещо відрізняються один від одного. Так, у регіонах з високим та відносно високим рівнем поширеності ВІЛ серед СІН більше осіб юнацького віку, таких, які не мають повноцінної освіти та належного достатку. Не спостерігається взаємозв'язку між рівнем поширеності ВІЛ та статевим складом СІН і родом їх зайнятості. Проте наявні за цими ознаками відмінності необхідно враховувати при оцінці епідемічної ситуації та при розробці й впровадженні профілактичних програм.

Знання та уявлення щодо шляхів поширення ВІЛ та засобів його попередження є чинниками, що впливають на рівень небезпечності поведінки СІН. Формування коректних уявлень сприяє переходу споживача наркотиків на більш безпечні засоби їх вживання, дотриманню норм безпечного статевого життя, зверненню по допомогу до громадських організацій. Результати самооцінки опитаними своїх знань щодо ВІЛ наведено у табл. 5.

Таблиця 5 Оцінка респондентами рівня своїх знань щодо ВІЛ, %

№	Відповідь	Україна в цілому	Територіальна група			
			1	2	3	4
1.	Чи відомо Вам що-небудь стосовно ВІЛ/СНІД?	96	96	96	97	94
2.	Чи вважаєте Ви свої знання про ВІЛ/СНІД достатніми?	52	58	44	53	53

Як видно з результатів дослідження, переважна більшість опитаних у всіх територіальних групах володіє інформацією щодо ВІЛ, у четвертій групі цей показник несуттєво нижчий. Відносно більше опитаних першої групи і відносно менше опитаних другої групи вважають свої знання про ВІЛ достатніми. Останній показник свідчить про готовність СІН до отримання профілактичної інформації. Отже, вона вища в регіонах другої територіальної групи.

Результати оцінки рівня обізнаності СІН щодо ВІЛ та засобів його попередження проілюстровані на рисунках 1, 2, 3.

Рис. 1. Рівень обізнаності СІН щодо шляхів зниження ризику інфікованості ВІЛ, %

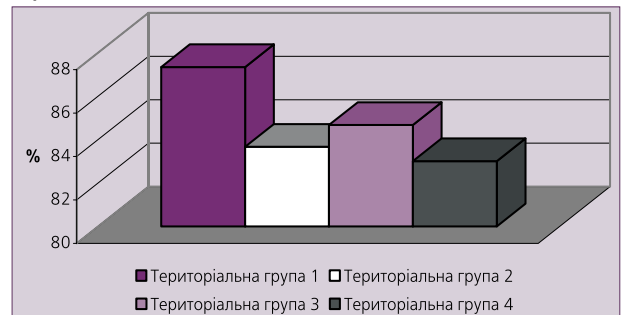
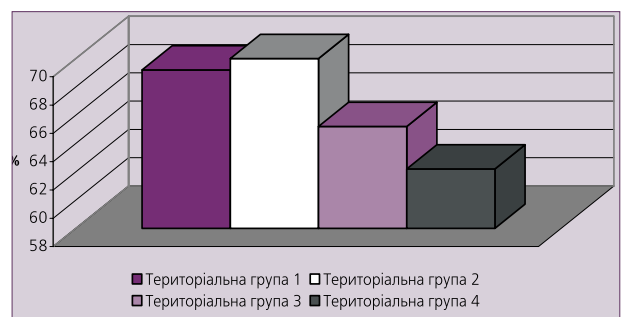


Рис. 2. Рівень обізнаності СІН щодо проблем ВІЛ, %



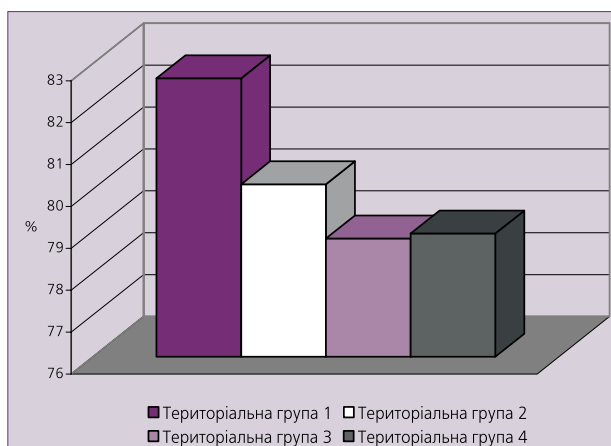


Рис. 3. Рівень обізнаності СІН щодо шляхів поширення ВІЛ, %

Як видно з рисунків, опитані першої територіальної групи демонструють порівняно з іншими більш високий рівень обізнаності щодо ВІЛ (відповідно в середньому у 87%, 69% та 83% випадків), опитані четвертої — найменш коректні (відповідно 83%, 62% та 79%), хоча відмінності між ними незначна. Варто також відзначити, що опитані третьої і четвертої територіальних груп у середньому оцінюють ризик свого зараження ВІЛ як менш імовірний порівняно з опитаними перших двох груп. Подібний стан можна пояснити тим, що в регіонах першої групи вже тривалий час реалізуються профілактичні програми. Відносно низький рівень обізнаності щодо ВІЛ у регіонах третьої і четвертої територіальних груп, незважаючи на відносно вищий рівень освіти СІН у них, вказує на необхідність розширення інформаційної профілактичної роботи в цих регіонах.

Знання щодо шляхів поширення ВІЛ та засобів захисту від нього сприяють зниженню ризику зараження лише за умови, що вони відображаються на поведінці людини. Оцінка ризикованих аспектів поведінки СІН дасть змогу як дослідити чинники поширення ВІЛ в їхньому середовищі, так і визначити зміст профілактичної роботи.

Оцінку ризикованих аспектів вживання наркотиків СІН різних територіальних груп наведено на рисунках 4, 5, 6.



Рис. 4. Розподіл відповідей СІН на запитання «Якщо Ви готуєте наркотик самі, чи доводилося Вам використовувати людську кров при приготуванні /очищенні наркотичу?», %

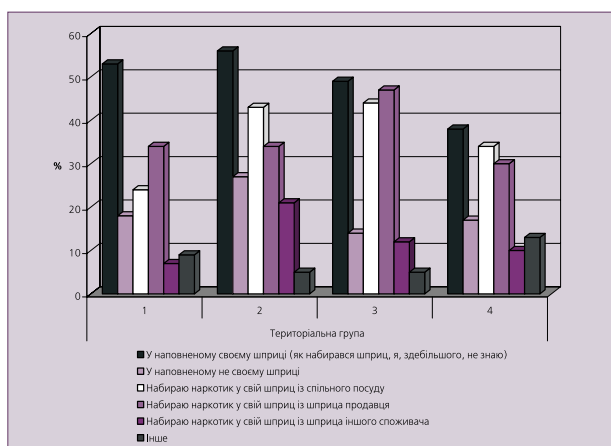


Рис. 5. Розподіл відповідей СІН на запитання «Як зазвичай Ви купуєте наркотики?», %

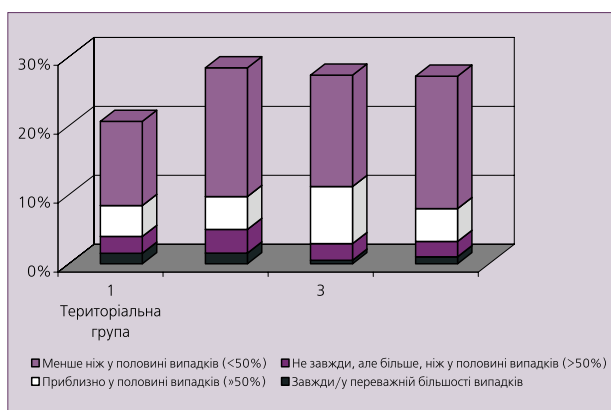


Рис. 6. Розподіл відповідей СІН на запитання «Як часто впродовж останнього місяця (30 днів) Ви використовували шприц або голку іншої/інших особи/осіб?», %

Як видно з наведених даних, респонденти першої, другої та третьої груп частіше за опитаних четвертої групи використовують кров при приготуванні наркотиків (відповідно у 10%, 30% та 16% випадків) або вживають наркотик, приготовлений іншою особою (у 50%, 33% і 60% випадків). В останньому випадку вони частіше за все купують наркотик у наповненому шприці або набирають його із шприца продавця. З іншого боку, серед опитаних першої територіальної групи найбільше таких, хто не використовує кров при приготуванні наркотиків (40%) і не використовує шприц або голку іншої особи (78%). Отже, найбільш поширеним небезпечним аспектом вживання наркотиків у регіонах з високим рівнем поширення ВІЛ є використання неперевіреного наркотичу, виготовленого іншими особами. Частіше за все, за даними дослідження, небезпечні способи вживання наркотиків зустрічаються в регіонах другої територіальної групи (найбільш швидкі темпи поширення ВІЛ останніми роками), що підтверджує їхній вплив на перебіг епідемії.

На поширення ВІЛ впливають також ризиковані типи **сексуальної поведінки СІН**. Саме статевим шляхом ВІЛ може виходити за межі груп споживачів наркотиків. Поширеність деяких ризикованих типів статевої поведінки серед СІН за даними дослідження розкрито у табл. 6.

№	Типи статевої поведінки	Територіальна група			
		1	2	3	4
1.	Більше одного статевого партнера за останній час	83	74	81	78
2.	Випадкові та малознайомі сексуальні партнери (непостійні сексуальні партнери)	38	36	47	42
3.	Комерційні сексуальні партнери, яким Ви давали винагороду за їхні сексуальні послуги	7	6	8	7
4.	Комерційні сексуальні партнери, які Вам давали винагороду за сексуальні послуги	6	8	7	5
5.	Не завжди використовується презерватив під час сексуальних контактів з Вашим чоловіком/дружиною або постійним сексуальним партнером(ами)	58	44	47	51
6.	Не завжди використовується презерватив під час сексуальних контактів з випадковими чи малознайомими особами	18,6	21,7	25,2	23,3

Таблиця 6 Поширеність ризикованих типів статевої поведінки серед СІН, %

Дослідження показало, що кількість СІН, які беруть участь у наданні сексуальних послуг, приблизно однакова у всіх регіонах. Сексуальні незахищені контакти з випадковими партнерами частіше зустрічаються у СІН третьої групи. В той же час опитані першої територіальної групи частіше за інших використовують презерватив при випадкових статевих контактах, проте рідше за інших — при сексуальних контактах з постійним партнером. Це також може бути результатом профілактичної роботи, що проводилася в цих регіонах.

Останнім критерієм порівняння особливостей СІН різних регіонів можуть бути їхня обізнаність щодо програм зменшення ризику зараження ВІЛ та їхня участь у цих програмах. Отримані дані щодо цього наведено у табл. 7.

Таблиця 7 Участь опитаних у програмах зменшення ризику зараження ВІЛ, %

№		Територіальна група			
		1	2	3	4
1.	Обізнаність щодо громадських організацій, які працюють із споживачами ін'єкційних наркотиків	56	69	59	37
2.	Обізнаність щодо роботи пунктів „Довіра”	56	66	60	26
3.	Користування послугами пункту обміну шприців або пунктів „Довіра”	41	56	48	15

Як видно з наведених даних, найбільш обізнаними та активними учасниками програм зменшення шкоди є опитані другої і третьої територіальних груп, тоді як опитані четвертої групи найменш залучені до таких програм. Ці результати свідчать про стан реалізації профілактичних програм у тому чи тому регіоні. Можна припустити, що регіони четвертої групи (низький рівень поширеності ВІЛ) не привертають необхідної уваги організацій, які працюють у сфері профілактики ВІЛ серед СІН. Проте профілак-

тика буде ефективною лише за умов запобіжного характеру профілактичних заходів. Відносно низький рівень уявленень представників четвертої територіальної групи про проблему ВІЛ/СНІД, поширеність в їхньому середовищі небезпечної сексуальної поведінки та небезпечних способів уживання наркотиків є чинниками, що можуть сприяти зростанню серед них рівня інфікованості ВІЛ.

На основі проведеного дослідження можна дати наступні рекомендації:

- Соціальним службам, медичним установам та громадським організаціям, які здійснюють профілактичну роботу в середовищі СІН, необхідно враховувати наявні соціально-демографічні й соціально-економічні особливості споживачів наркотиків різних територіальних груп, а саме:
 - областях 1-ї і 2-ї груп варто звернути особливу увагу на роботу з СІН юнацького віку, враховуючи при цьому їхні вікові особливості (відсутність належної освіти, несформованість життєвих пріоритетів, адекватного уявлення про власне здоров'я, схильність до ризику, особливості підліткової субкультури тощо);
 - областях 1-ї і 2-ї груп варто враховувати особливо низький рівень матеріального достатку СІН. Отже, необхідно приділяти увагу забезпеченню представників груп СІН необхідними для зменшення ризику інфікування ВІЛ матеріалами;
 - областях 3-ї групи пріоритетом профілактичної роботи може бути робота з жінками — споживачами наркотиків, спрямована як на загальну профілактику ВІЛ, так і на допомогу у подоланні специфічних проблем жінок із соціально-вразливих та виключених груп (медична допомога, захист від насильства тощо).
- При здійсненні навчання СІН безпечнішим засобам вживання наркотиків у регіонах 1-ї і 3-ї територіальних груп необхідно звертати увагу на безпеку поширення ВІЛ при використанні наркотиків, виготовленого іншою особою.
- Соціальним службам та громадським організаціям слід активізувати роботу серед СІН 4-ї територіальної групи, спрямовану на формування у них адекватного уявлення про ВІЛ-інфекцію та засоби її попередження, в тому числі й при сексуальних стосунках.
- При проведенні профілактичної роботи в регіонах 3-ї територіальної групи необхідно акцентувати увагу на профілактиці поширення ВІЛ статевим шляхом. Така профілактична робота має включати як розповсюдження серед представників СІН цих регіонів інформаційних матеріалів, так і надання консультацій, забезпечення їх презервативами тощо.

Інші публікації серії

Моніторинг поведінки молоді як компонент епіднагляду другого покоління/ Балакірева О.М., Галусян Ю.М., Дікова-Фаворська Д.М., Дмитрук Д.А., Сосідко Т.І., Мельниченко В.І., Яременко О.О. — Київ: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІА/СНІД в Україні», 2005. — 44 с.

Моніторинг поведінки жінок, які надають сексуальні послуги за плату як компонент епіднагляду другого покоління / Артюх О.Р., Балакірева О.М., Бочкова Л.В., Галич Ю.П., Галусян Ю.М., Дікова-Фаворська Д.М., Злобіна О.Г., Левчук Н.М., Лютий В.П., Марциновська В.А., Микитюк Т.П., Морозов В.Ф., Петровський О.М., Шамота Т.С., Яременко О.О. — Київ: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІА/СНІД в Україні», 2005. — 60 с.

Моніторинг поведінки чоловіків, які мають секс з чоловіками, як компонент епіднагляду другого покоління /Л.Амджадін, К.Кашченкова, Т.Коноплицька, О.Лисенко, А.Марусов, Ю.Привалов, Ю.Саєнко, О.Трофименко. — Київ: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІА/СНІД в Україні», 2005. — 60 с.

Моніторинг поведінки військовослужбовців як компонент епіднагляду за ВІА другого покоління/ Погоріла Н.Б., Сасько О.В., Пашкович В.Л. — Київ: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІА/СНІД в Україні», 2005. — 28 с.

Політики та програми боротьби з ВІА/СНІД на робочих місцях/ Варбан М.Ю., Демченко І.Л. — Київ: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІА/СНІД в Україні», 2005. — 28 с.

Оцінка рівня охоплення учнівської та студентської молоді профілактичними програмами/ Ганюков О., Березіна Н., Варбан М., Єресько О., Купчинська М., Купчинська К., Михайличенко М., Шенін О., Саріогло В., Ярмолюк Е. . — Київ: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІА/СНІД в Україні», 2005. — 32 с.

■ Для нотаток

