

АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ЗВ'ЯЗАНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ 2009 РОКУ

МОНІТОРИНГ ПОВЕДІНКИ ТА
ПОШИРНОСТІ ВІА-ІНФЕКЦІЇ
СЕРЕД ЧОЛОВІКІВ, ЯКІ ПРАКТИКУЮТЬ
СЕКС ІЗ ЧОЛОВІКАМИ,
ЯК КОМПОНЕНТ ЕПІДНАГЛЯДУ
ЗА ВІА ДРУГОГО ПОКОЛІННЯ

Авторський колектив:

Большов Є. С., консультант Київського міжнародного інституту соціології ЛТД;
Касянчук М. Г., канд. хім. наук, голова Піклувальної ради Громадської організації “Міжрегіональний центр ЛГБТ-досліджень Донбас-СоцПроект”;
Трофименко О. В., менеджер проектів Центру соціальних експертиз Інституту соціології НАН України;
Шеремет С. П., в. о. президента Гей-Форуму України, експерт Постійної референтної групи з питань ЛГБТ-спільноти та ЧСЧ-сервісних проектів в Україні

Схвалено та рекомендовано до друку Постійною референтною групою з питань ЛГБТ-спільноти та ЧСЧ-сервісних проектів в Україні (рішення від 7 лютого 2011 року, протокол № 23)



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

Викладені у цій 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 СНІДом, туберкульозом та малярією. Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, 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”, 2011

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

СКОРОЧЕННЯ	5
ВСТУП	6
МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	8
НАЙВАЖЛИВІШІ РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ	13
РОЗДІЛ 1. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ РЕСПОНДЕНТІВ	17
1.1. Розподіл за віком.....	17
1.2. Сімейний стан	18
1.3. Освіта	20
1.4. Рід занять	21
1.5. Місце проживання	21
1.6. Сексуальна орієнтація та сексуальна ідентичність.....	22
РОЗДІЛ 2. РІВЕНЬ ЗНАНЬ ПРО ВІЛ	24
2.1. Знання про ВІЛ	24
2.2. Суб'єктивна оцінка ризику інфікування ВІЛ.....	30
РОЗДІЛ 3. СЕКСУАЛЬНА ПОВЕДІНКА	33
3.1. Вік першого сексуального контакту з чоловіком	33
3.2. Категорії сексуальних партнерів	34
3.3. Використання презервативів.....	36
3.4. Зв'язок між використанням презерватива та інфікованістю ВІЛ	40
3.5. Сексуальні контакти з жінками	40
3.6. Зв'язок між рівнем знань про ВІЛ і користуванням презервативами.....	42
3.7. Досвід сексуальних стосунків з ВІЛ-позитивним партнером.....	45

РОЗДІЛ 4. ПРАКТИКА ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ ТА НАРКОТИКІВ	46
---	-----------

РОЗДІЛ 5. ОХОПЛЕННЯ ПРОГРАМАМИ ПРОФІЛАКТИКИ	48
--	-----------

5.1. Знання симптомів ІПСШ	48
5.2. Охоплення програмами профілактики	49
5.3. Отримування презервативів та інформованість про те, де можна пройти тестування на ВІЛ	52
5.4. Послуги ВІЛ-сервісних організацій для чоловіків, які практикують секс із чоловіками	54

РОЗДІЛ 6. ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ ТА ІПСШ. ЛІКУВАННЯ ІПСШ. ПОШИРЕНІСТЬ ВІЛ І СИФІЛІСУ	60
--	-----------

6.1. Досвід тестування на ВІЛ.....	60
6.2. Захворювання, які передаються статевим шляхом.....	62
6.3. Поширеність ВІЛ: національний та регіональний рівні.....	63
6.4. Поширеність сифілісу: національний та регіональний рівні	65

4

РОЗДІЛ 7. ФАКТОРИ РИЗИКУ ІНФІКУВАННЯ ЧСЧ ВІЛ	67
---	-----------

7.1. Аналіз факторів ризику інфікування ВІЛ серед ЧСЧ	67
7.2. Обговорення результатів логістичного аналізу	70

РОЗДІЛ 8. ДОСВІД ДИСКРИМІНАЦІЇ ЧЕРЕЗ СЕКСУАЛЬНУ ОРІЄНТАЦІЮ	72
---	-----------

ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	73
--------------------------------------	-----------

Висновки	73
Рекомендації.....	74

ДОДАТОК 1. Національні показники моніторингу та оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль за епідемією ВІЛ/СНІД серед ЧСЧ, на рівні міст	76
--	----

ДОДАТОК 2. Національні показники моніторингу та оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль за епідемією ВІЛ/СНІД серед ЧСЧ, на рівні міст, розподіл за віком.....	81
--	----

СКОРОЧЕННЯ

ІПСШ – інфекції, що передаються статевим шляхом

ЛГБТ – лесбійки, геї, бісексуали, трансгендери

НУО – неурядова організація

ПКС – працівники комерційного сексу

СІН – споживачі ін'єкційних наркотиків

ЧСЧ – чоловіки, які практикують секс із чоловіками

RDS – respondent-driven sampling – вибірка, що спрямовується респондентами

TLS – time-location sampling – вибірка за місцем та часом

ВСТУП

Чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками (ЧСЧ), на державному рівні визнані в Україні однією із уразливих щодо ВІЛ-інфекції груп населення¹. І хоча існують різні погляди на роль ЧСЧ в перебігу епідемії, вважається, що серед цієї групи рівень захворюваності на ВІЛ вищий, ніж серед гетеросексуальних чоловіків, які не є споживачами ін'єкційних наркотиків². Офіційна статистика в Україні майже цілковито ігнорує гомосексуальний шлях передачі ВІЛ. У 2009 р. офіційно зареєстровано лише 94 нових випадки ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ (табл. 1).

Таблиця 1. Кількість осіб в Україні, інфікованих ВІЛ гомосексуальним шляхом³

1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1	1	4	3	2	3	9	20	35	48	65	94

Проте дані дозорних епідеміологічних досліджень свідчать, що реальна кількість випадків інфікування гомосексуальним шляхом може сягати кількох тисяч на рік⁴. Суттєва недооцінка кількості випадків інфікування ЧСЧ на ВІЛ викликана віднесенням цих випадків до загальної категорії інфікування статевим шляхом та закритістю групи ЧСЧ.

За результатами моніторингу поведінки ЧСЧ та поширеності ВІЛ у цій групі, здійсненого в 2007 році в Києві, Миколаєві, Кривому Розі та Одесі, були отримані такі дані про рівень інфікування групи ЧСЧ на ВІЛ: 23% – в Одесі, 10% – у Миколаєві, 8% – у Кривому Розі, 4,4% – в Києві. Показник інфікування ЧСЧ на ВІЛ у цих чотирьох містах склав 10,5%. За результатами дослідження 2009 року, показник інфікування на ВІЛ серед ЧСЧ склав 8,6%. Рівень захворюваності на ВІЛ в групі ЧСЧ перевищує 5%, відповідно, це свідчить про епідемію в даній групі.

¹ Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки» № 1026-VI від 19.02.2009.

² Baral S, Sifakis F, Cleghorn F, Beyrer C (2007) Elevated risk for HIV infection among men who have sex with men in low- and middleincome countries 2000–2006: A systematic review. PLoS Med 4(12):

³ ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень №33. <http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/research/pdf/Bulletin33ua.pdf>

⁴ Ризики ВІЛ-інфікування юнаків, які практикують одностатеві сексуальні стосунки // Підлітки груп ризику інфікування ВІЛ: час діяти. – К. : Український інститут соціальних досліджень ім. Олександра Яременка, Представництво в Україні Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ), 2008–2009.

Разом з тим, інформація про поведінкові характеристики цієї групи та рівень поширеності ВІЛ та інфекцій, що передаються статевим шляхом, залишається недостатньою для того, щоб впевнено визначати роль тих чи інших факторів, що впливають на поширеність ВІЛ, оцінювати ризик виходу ВІЛ із цієї групи через групи-містки у загальне населення і таким чином ефективно розробляти відповідні профілактичні програми.

Особливого значення за цих умов набуває регулярний збір інформації за стандартизованою методологією та інструментарієм опитування, що дає можливість відстежувати в динаміці розвиток епідемії в групі та пов'язані з нею поведінкові чинники, розробляти прогнози й оперативно реагувати на виклики епідемії.

Моніторинг поведінки ЧСЧ проводиться в Україні з 2004 р. Починаючи з 2007 р., в Україні серед груп ризику, в т. ч. ЧСЧ, проводяться інтегровані біоповедінкові дослідження, в рамках яких вивчення поведінки поєднується з тестуванням крові на ВІЛ та ІПСШ. Це дає змогу робити припущення щодо впливу тих чи інших поведінкових практик на інфікування ВІЛ та/або ІПСШ. У 2009 році дослідження серед ЧСЧ проводив Центр соціальних експертиз Інституту соціології НАН України у співпраці з Українським центром профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України на замовлення МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».

Цей звіт містить інформацію про ризиковані поведінкові практики ЧСЧ, а також рівень знань про шляхи передачі ВІЛ, охоплення ЧСЧ профілактичними програмами. Особливу увагу приділено результатам зв'язаного дослідження – тестуванням крові респондентів на ВІЛ і сифіліс та чинникам інфікування ВІЛ.

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

МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження серед ЧСЧ проводилося Центром соціальних експертиз Інституту соціології НАН України у співпраці з Українським центром профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України на замовлення МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». Збір даних відбувався в період з липня по вересень 2009 р.

Завдання та методи дослідження

Серед основних завдань дослідження були такі:

- збір даних за індикаторами, котрі включені до Переліку національних показників моніторингу й оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль стану епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, та Інструкції щодо визначення цих показників⁵ у групі ЧСЧ;
- збір даних для визначення рівня поширеності ВІЛ-інфекції та сифілісу серед ЧСЧ;
- вивчення факторів ризику інфікування ЧСЧ ВІЛ-інфекцією;
- дослідження тенденцій зміни знань, ставлення, поведінкових практик (сексуальної поведінки, вживання алкоголю та наркотиків) на основі порівняння даних цього дослідження з даними досліджень 2004 та 2007 років;
- дослідження зв'язку між поведінкою ЧСЧ і результатами тестування на ВІЛ, сифіліс;
- збір даних для вивчення зв'язків або взаємного перетинання між групами:
 - ЧСЧ і СІН,
 - ЧСЧ та жінками,
 - ЧСЧ і ПКС;
- визначення рівня охоплення ЧСЧ програмами з профілактики ВІЛ/СНІДу.

Починаючи з 2005 року, для поведінкових досліджень з ВІЛ, як у світі, так, зокрема, і в Україні, використовують нові методики доступу до важкодоступних груп, які на сьогодні визнані найбільш ефективними для вивчення поведінки ЧСЧ та інших вразливих груп⁶. Це – методики Respondent-Driven Sampling (RDS) (вибірка,

⁵ Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17.05.2006 № 280 «Про затвердження Переліку національних показників моніторингу й оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль стану епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, та Інструкції щодо визначення цих показників» зі змінами від 28.12.2007 № 870 (<http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=6545>)

⁶ Див., наприклад, Time-Space Sampling and Respondent-Driven Sampling with Hard-To-Reach Populations. Salaam Semaan. Methodological Innovations Online (2010) 5(2) 60-75; The Effectiveness of Respondent Driven Sampling for Recruiting Males Who have Sex with Males in Dhaka, Bangladesh Lisa. Grazina Johnston, Rasheda Khanam, Masud Reza, Sharful Islam Khan, Sarah Banu, Md. Shah Alam, Mahmudur Rahman and Tasnim Azim AIDS and Behavior . – Volume 12. – N. 2. – P. 294–304.

що реалізується та направляється самими респондентами) та Time-Location Sampling (TLS) (вибірка за місцем і часом). У попередньому моніторинговому поведінковому дослідженні серед ЧСЧ, проведеному в 2007 р., методика RDS вже була випробувана і показала ефективність цього підходу. Проте методика RDS передбачає наявність міцних соціальних зв'язків серед представників цільової групи та їх готовність залучати один одного до опитування. Реалізувати це завдання в усіх містах, обраних для проведення дослідження, – неможливо. Тому застосовується також метод TLS, згідно з яким у певний час і на певному місці відбувається опитування представників цільової групи. Застосування обох методів, TLS та RDS, дає можливість отримати більш репрезентативні дані, аніж використання інших звичних методик, таких як, наприклад, «снігова куля», оскільки технологія реалізації дослідження методами TLS та RDS передбачає глибше проникнення та всебічне охоплення представників цільових груп.

Критерії включення ЧСЧ у дослідження

До участі у дослідженні залучалися чоловіки, які відповідали таким критеріям:

- а) мали на момент залучення їх до дослідження 14 повних років;
- б) мали принаймні один оральний чи анальний сексуальний контакт із чоловіком впродовж 12 місяців, що передували дню опитування;
- в) проживають, працюють або навчаються в місті, де відбувається дослідження;
- г) дали інформовану згоду на участь у дослідженні;
- г) принесли купон, виданий їм вже опитаним чоловіком (для методу RDS).

Географія дослідження

Дослідження проводилось у 14 містах України: Дніпропетровську, Донецьку, Івано-Франківську, Києві, Луганську, Львові, Миколаєві, Одесі, Полтаві, Сімферополі, Ужгороді, Харкові, Херсоні, Черкасах. Для забезпечення можливості зіставлення результатів з попередніми даними дослідження проводилось переважно в тих самих містах, що й попереднє – 2007 року, а саме: Дніпропетровську, Донецьку, Івано-Франківську, Києві, Луганську, Миколаєві, Одесі, Сімферополі, Херсоні, Черкасах; та ще в 4-х містах, в яких у 2007 році дослідження не проводилося, – Львові, Полтаві, Ужгороді, Харкові, але які є цікавими з точки зору порівняння епідеміологічної ситуації.

Тренінг персоналу

Для мережі польових працівників (як інтерв'юерів, так і медичних працівників) було проведено тренінг з організації та реалізації інтегрованого біоповедінкового дослідження (іншими словами «зв'язаного дослідження») методами RDS та TLS. У триденному тренінгу взяли участь супервізори дослідження в регіонах та представники Центру соціальних експертиз НАН України, відповідальні за організацію дослідження як на загальному, так і на місцевому рівнях. Учасникам тренінгу було викладено повну послідовність процесу реалізації проекту за методиками RDS та TLS, а також доведено відповідальність кожного учасника проекту за його ділянку роботи в даному дослідженні. Регіональні представники, залучені до реалізації дослідження, мали нагоду познайомитися з епідеміологами, відповідальними за реалізацію епідеміологічного компоненту в регіонах.

Головним партнером у проведенні дослідження був Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом, котрий також проводив тренінг для епідеміологів місцевих центрів СНІДу з реалізації зв'язаного дослідження. Епідеміологів навчено специфіки зв'язаного дослідження серед ЧСЧ, а також спільній роботі в команді з дослідниками в регіонах.

Обсяги вибірок по містах та розподіл міст за методикою опитування

Загальний обсяг вибірки дослідження становив 2300 осіб. У поданій нижче таблиці наведено розподіл кількості опитаних респондентів за містами та інформація про методологію рекрутингу респондентів.

Таблиця 1. Кількість респондентів та методологія формування вибірки, за містами

Місто	Кількість респондентів	Методика залучення респондентів
Дніпропетровськ	150	RDS
Донецьк	200	RDS
Київ	200	RDS
Луганськ	150	RDS
Миколаїв	200	RDS
Одеса	200	RDS
Сімферополь	150	RDS
Харків	150	RDS
Херсон	150	RDS
Черкаси	150	TLS
Івано-Франківськ	150	TLS
Львів	150	TLS
Полтава	150	TLS
Ужгород	150	TLS

Тестування на ВІЛ та сифіліс

Тестування на ВІЛ та сифіліс використовувалось не для індивідуальної діагностики, а для визначення рівня поширеності ВІЛ та сифілісу серед ЧСЧ. Використовувалось анонімне тестування. Для тестування на ВІЛ та сифіліс застосовувались швидкі тести CITO TEST HIV 1/2/0⁷ та CITO TEST Syphilis⁸. Кожне тестування супроводжувалося до- і післятестовою консультацією (при бажанні отримати результат тесту) медичного працівника, залученого до дослідження. До- і післятестові консультації й тестування здійснювались медичними працівниками центрів профілактики та боротьби зі СНІДом.

У випадку позитивного результату тесту на ВІЛ респондент отримував направлення у Центр СНІДу для проходження уточнюючого тестування.

⁷ Виробник: Acon Biotech (Hangzhou) Co., Ltd. (P.R. China), постачальник: ТОВ «Фармаско Трейдінг», Свідоцтво про державну реєстрацію №7669/2008, дійсне до 11 квітня 2013 р.

⁸ Виробник: Acon Biotech (Hangzhou) Co., Ltd. (P.R. China), постачальник: ТОВ «Фармаско Трейдінг», Свідоцтво про державну реєстрацію №7622/2008, дійсне до 28 березня 2013 р.

Гіпотези дослідження

У дослідженні перевірялися такі гіпотези:

1. Рівень знань про ВІЛ, пов'язаний із віком, рівнем освіти, ВІЛ-статусом (ВІЛ-інфіковані є більш інформованими про хворобу) та приналежністю респондента до числа клієнтів ВІЛ-сервісної НУО.

2. Час, упродовж якого респондент практикував одностатевий секс (вік респондента на момент опитування мінус вік першого сексуального контакту з іншим чоловіком), пов'язаний із ВІЛ-статусом та частотою користування послугами НУО.

3. Факторами ризику інфікування ВІЛ є: тривалий час перебування в групі ЧСЧ, велика кількість статевих партнерів-чоловіків, рецептивна роль при анальному сексі, часте і регулярне вживання алкоголю та наркотичних речовин, менша обізнаність про ВІЛ та ІПСШ, наявність ІПСШ, низький рівень користування презервативами.

4. Наявні фактори, що заважають отримувати ВІЛ-сервісні послуги або знижують їхню якість для ЧСЧ, а саме: брак інформації про діяльність відповідних ВІЛ-сервісних організацій, невідповідність послуг ВІЛ-сервісних організацій потребам потенційних клієнтів, стигматизація та дискримінація ЧСЧ в суспільстві. Разом з тим, наявність позитивного ВІЛ-статусу може стимулювати певну частину клієнтів звертатися до НУО за послугами, спрямованими на охорону здоров'я.

Підходи до аналізу

Основні особливості підходу до аналізу результатів цього дослідження зумовлені методологією останнього: по-перше, це зв'язане дослідження, в рамках якого проводилось як опитування ЧСЧ, так і тестування крові, дає можливість оцінювати поширеність ВІЛ і сифілісу серед досліджуваної групи та проводити статистичний аналіз зв'язків поведінкових практик і рівня інфікування; по-друге, у деяких містах дослідження здійснювалося за допомогою методології RDS (вибірка, що направляє та реалізується респондентами), у решті міст – TLS (вибірка за місцем та часом); відповідно, частково аналіз проводився за допомогою програмного забезпечення RDSAT, розробленого для аналізу даних, зібраних за допомогою RDS⁹, а на рівні всієї вибірки, котра об'єднувала дані, зібрані за допомогою RDS та TLS, аналіз проводився за допомогою програмного пакета для статистичної обробки даних SPSS версії 17.0. Крім того, для тих міст, де було можливим порівняння із даними попереднього дослідження серед ЧСЧ 2007 р. (для таких міст, як Миколаїв, Київ, Одеса, Кривий Ріг), дано аналіз як значення національних показників, так й інших індикаторів у динаміці. Для того щоб забезпечити можливість аналізу даних, зібраних із застосуванням методологій RDS та TLS за допомогою пакету SPSS, який є найбільш поширеним програмним комплексом статистичного аналізу, були побудовані та імпортовані ваги, які враховують особливості цих двох підходів та характеристики отриманих вибірок і дають змогу коректно аналізувати зібрані дані.

Для ключових показників проводиться окремий підрахунок щодо вікових підгруп – молодших і старших 25 років.

⁹ Програма RDSAT дозволяє отримувати більш точні та статистично незміщені оцінки показників, які вимірюються в дослідженнях закритих груп (ЧСЧ, СІН і т.ін.), завдяки тому, що методологія RDS дає змогу розв'язувати основну проблему вибірок, рекрутування до яких здійснюється за допомогою респондентів, а саме – залежність від характеристик початкових респондентів.

При порівнянні показників у різних підгрупах та при підрахунках коефіцієнтів зв'язку наводяться рівні статистичної значущості.

Оскільки ризик інфікування ВІЛ пов'язаний із багатьма факторами, що діють спільно і не є незалежними (наприклад, рівень знань респондентів про ВІЛ може залежати від віку, характеру зайнятості респондента, користування послугами НУО тощо), ті, хто до початку дослідження не знав про свій ВІЛ-позитивний статус, але в кого швидкий тест показав наявність ВІЛ, матимуть менше шансів мати в анамнезі користування презервативами в останньому сексуальному контакті, більше шансів відігравати в останньому анальному сексі рецептивну роль, мати секс із жінками (чи бути одруженим), часто вживати алкоголь та наркотики, займатися сексом у стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння, рідко користуватися презервативами та лубрикантами, мати випадкових чи комерційних партнерів (причому більше таких, які платять респондентові), оцінювати свій ризик інфікуватися як незначний, не отримувати послуг НУО, мати низький рівень знань про ВІЛ і про симптоми ІПСШ, не знати, де можна тестуватися на ВІЛ, не тестуватися на ВІЛ до опитування, – доцільним є застосування бінарного логістичного регресійного аналізу ризику сероконверсії, який дає можливість визначити вплив того чи іншого фактору на проблему, що розглядається.

Попри всі зусилля замовника та організаторів дослідження воно має певні обмеження. По-перше, незважаючи на те, що, в порівнянні з дослідженням 2007 року, географія опитування була розширена до 14 міст, ці дані не можуть бути репрезентативними для всієї сукупності ЧСЧ України. По-друге, у загальній вибірці ЧСЧ різних міст представлені приблизно однаково (в більшості міст вибірка становить 150 респондентів), але, зрозуміло, що вони не представляють структуру ЧСЧ цих міст. По-третє, хоча методики RDS та TLS є, певно, найкращими доступними сьогодні підходами для дослідження закритих груп, є деякий ризик отримання зміщених показників, оскільки найбільш надійний вид вибірки – репрезентативна – не реалізується. Крім того, для аналізу об'єднуються масиви, зібрані за методиками RDS та TLS, але й дотепер у науковій літературі немає теоретичного обґрунтування методичної коректності такого поєднання.

НАЙВАЖЛИВІШІ РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

- Вікова структура групи ЧСЧ практично не змінилась з 2007 року: вік найбільшої частини опитаних – від 20 до 40 років. Разом з тим, різні регіони відрізняються один від одного за середнім віком: так, до «молодих» міст належать Одеса, Львів і Харків, де вік найбільшої частки респондентів становить 15–19 років, а до «старих» – Донецьк, Івано-Франківськ і Черкаси, де більше половини респондентів належать до групи 30 років і старше.
- Серед респондентів переважають особи з вищою чи незакінченою вищою освітою, і ця частка є вищою, ніж серед населення загалом.
- Найбільша частка респондентів, які не живуть в місті постійно, а приїжджають час від часу (є маятниковими мігрантами), – в Івано-Франківську (31%) і Донецьку (28%). Також значна частка мігрантів в Ужгороді (13%) та Черкасах (15%).
- Група ЧСЧ характеризується доволі високим рівнем знання про шляхи передачі ВІЛ (відповідний національний показник становить 71%); у порівнянні з попереднім дослідженням ЧСЧ, яке проводилось у 2007 році, цей показник поліпшився: 47% серед усіх ЧСЧ у 2007 році і 71% – у 2009 році (зростання майже у два рази). Рівень знань про шляхи передачі ВІЛ суттєво не відрізняється в різних вікових групах, а також між одруженими та неодруженими респондентами.
- Рівень знань про шляхи передачі ВІЛ є дещо вищим серед ЧСЧ вікової групи осіб, старших 25-ти років.
- Найбільші відмінності у рівні знань про ВІЛ спостерігаються у мешканців різних міст: так, найнижчий рівень знань продемонстрували мешканці Івано-Франківська (31% правильно визначили шляхи передачі ВІЛ), Донецька (49%), Дніпропетровська (68%) та Черкас (62%), а найвищий – респонденти з Миколаєва (89%) та Сімферополя (96%). Вочевидь, робота НУО в таких містах, як Івано-Франківськ та Донецьк, потребує активізації та вдосконалення.
- Клієнти ЧСЧ-сервісних організацій продемонстрували, в середньому, вищий рівень знань про ВІЛ, у порівнянні з іншими респондентами (74% та 67%, відповідно).
- Більшість респондентів ідентифікують себе як геї/гомосексуали (таких близько 70%), ще 29% – як бісексуали. Є міста, в яких частка бісексуалів сягає 40–45% (Одеса, Луганськ, Донецьк). Віднесення себе до гомо- чи бісексуалів загалом корелює із сімейним станом респондентів, проте десята частина респондентів-геїв перебуває на момент опитування в зареєстрованому гетеросексуальному шлюбі. Сексуальні контакти з жінками

досить поширені в середовищі ЧСЧ. Так, 58% респондентів повідомили, що протягом життя мали сексуальні контакти з жінками, і 33% – що такі контакти відбувалися протягом останніх шести місяців. З огляду на це, жінки можуть виступати групами-містками для виходу ВІЛ у загальне населення. Відповідно, мають розроблятися спеціальні профілактичні програми, для того щоб запобігти такій ситуації.

- Сексуальна ідентичність не завжди корелюється з реальними сексуальними практиками: так, 20% тих, хто визнав себе геєм/гомосексуалом, мав протягом останніх півроку перед дослідженням секс із жінкою.
- Середній вік першого сексуального контакту з чоловіком для респондентів – близько 18 років. Кожен другий респондент мав сексуальний контакт з чоловіком ще до досягнення вісімнадцятиріччя, 42% – до досягнення віку згоди (16 років).
- Відбувається зниження віку першого сексуального контакту з чоловіком: якщо в групі респондентів, старших від 25 років, середній вік першого контакту становить 19 років, то в групі до 25 років – 16 років.
- Значна частина опитаних (39%) протягом останніх 6 місяців практикували з чоловіками всі три види сексуальних контактів, які конкретизувалися в дослідженні, – анальні в активній ролі, анальні в пасивній ролі та оральні.
- Тільки третина респондентів (34%) повідомили, що протягом місяця до дослідження в них був лише один сексуальний партнер. В кожного п'ятого їх було двоє, у 17% – троє, у 11% – четверо.
- З числа тих, хто протягом останнього місяця мав анальні сексуальні контакти з випадковими партнерами, тільки у 35% такий партнер був єдиний. У 28% було два випадкових партнери, у 16% – три, у 21% – більше трьох.
- За два роки, що минули з часу попереднього дослідження, значно поліпшився національний показник «Відсоток чоловіків, які використовували презерватив під час останнього статевого (анального) акту із партнером-чоловіком», він становить 64%. Однак немає статистичного зв'язку між залученістю ЧСЧ до профілактичних програм та використанням презерватива під час останнього контакту. Найвищий рівень цього показника в Миколаєві (93%), найнижчі – в Херсоні та Луганську (32% та 38%).
- ЧСЧ, які протягом останніх 30 днів мали анальні сексуальні контакти тільки з постійними партнерами, рідше використовували презервативи, ніж ЧСЧ, які мали анальні сексуальні контакти як з постійними, так і з випадковими сексуальними партнерами. В цих групах відрізняється як національний показник використання презерватива під час останнього анального сексуального контакту (60% проти 82%), так і частота використання презервативів (у першій групі при кожному анальному сексуальному контакті використовували презерватив 45%, в другій – 58%).
- Наявний зв'язок між використанням презерватива під час останнього анального контакту та ВІЛ-статусом респондента: ті, хто знає про свій ВІЛ-позитивний статус, частіше використовують презерватив як з постійним, так і з випадковим партнером.
- Наявний зв'язок між рівнем знань про ВІЛ та частотою використання презервативів. Так, серед обізнаних ЧСЧ більше тих, хто протягом останніх 30 днів завжди або майже завжди використовував презерватив під час анального сексу з партнерами-чоловіками, – 56% проти 44% серед гірше обізнаних ($p < 0,01$).

- З тих респондентів, які мали сексуальні контакти з жінками, 42% не використовували презерватив під час останнього статевого контакту з жінкою. Цей факт, а також велика частка бісексуалів серед ЧСЧ, потребує врахування при розробці профілактичних програм (наприклад, включення інформації про безпечний секс при гетеросексуальних контактах).
- Вживання наркотиків серед ЧСЧ не дуже поширене: 0,6% вживали наркотики ін'єкційним шляхом протягом останнього місяця, ще 0,7% вживали їх раніше. Кожен десятий опитаний упродовж останнього року вживав неін'єкційні наркотики (11%), ще 5% повідомили, що вживали їх раніше.
- Практика вживання неін'єкційних наркотиків трохи більше поширена серед молодшої вікової групи (до 25 років) – 14% проти 9% в групі старших за 25 років.
- Практика сексуальних контактів у стані алкогольного сп'яніння статистично значуще пов'язана з ризикованою сексуальною поведінкою: пасивними анальними контактами без використання презерватива; сексуальними контактами з жінками без використання презерватива; анальними сексуальними контактами з чоловіками без використання лубриканту.
- Серед учасників дослідження поширені сексуальні контакти в стані алкогольного сп'яніння: майже дві третини опитаних вказали, що протягом останнього місяця вони вступали в сексуальні стосунки в стані алкогольного сп'яніння.
- Серед опитаних ЧСЧ 63% охоплені профілактичними програмами. Приблизно однаковою мірою охоплені різні за віком ЧСЧ. Національний показник охоплення профілактичними програмами зріс з 50% у 2007 році до 63% – у 2009-му. Показник обчислюється на основі відповідей на два запитання: 1) Чи отримували Ви впродовж останніх 12 місяців безкоштовно презервативи? та 2) Чи знаєте Ви, куди слід звертатися, якщо хочете пройти тест на ВІЛ?
- Серед опитаних ЧСЧ 38% є клієнтами тієї чи іншої неурядової ВІЛ-сервісної організації, а дві третини ЧСЧ отримували послуги від подібних організацій упродовж останніх 12 місяців.
- Найчастіше ЧСЧ отримували від НУО спеціальні інформаційні матеріали, (56%) та допомогу в проходженні тестування на ВІЛ (39%), консультації з питань ВІЛ/СНІДу, ІПСШ (36%).
- Найбільше ЧСЧ відчувають потребу в таких послугах, як тестування на ВІЛ (72% опитаних висловили таку думку), безкоштовне тестування на сифіліс та інші ІПСШ (61%), інформаційні зустрічі місцевої ЛГБТ-спільноти (62%).
- Серед опитаних ЧСЧ 89% знають, де можна пройти тест на ВІЛ.
- Порівняно з результатами попереднього дослідження серед ЧСЧ (2007 рік), значення національного показника з тестування на ВІЛ серед ЧСЧ (пройшли тест протягом 12 місяців до дослідження та отримали його результат) значно збільшилось – з 28% до 43%.
- Найчастіше респонденти зверталися для проходження тесту на ВІЛ до неурядових організацій (37%) та кабінетів довіри/кабінетів анонімного обстеження (35%). Під час дотестового та післятестового консультування (яке ЧСЧ проходили не в рамках дослідницького проекту) консультант у 40% випадків не ставив питання про приналежність клієнта до групи ЧСЧ. Результати зв'язаного дослідження засвідчили, що середня поширеність ВІЛ серед опитаних ЧСЧ становить 8,6%. У 2007 році цей показник становив 10,5%. Проте слід зазначити, що тестування на ВІЛ відбувалось у всіх містах, де проводилося дослідження, тоді як у 2007 –

- тільки в Кривому Розі, Києві, Миколаєві та Одесі. Таким чином, пряме порівняння цих показників не є коректним через різну композицію вибірок.
- Найнижча поширеність ВІЛ серед ЧСЧ спостерігається у Миколаєві (1,5%), Дніпропетровську (1,6%), Івано-Франківську (2,7%), Луганську (4,8%). Найвища – в Донецьку (19,9%) та Одесі (21,7%).
 - Існують розбіжності між об'єктивним ВІЛ-статусом ЧСЧ та їхнім уявленням про власний серологічний статус: серед ЧСЧ, які повідомили свій ВІЛ-статус і вважають, що він негативний, 5% таких, які, за результатами тестування швидкими тестами в рамках дослідження, виявилися ВІЛ-позитивними.
 - Найбільш поширеним підґрунтям для дискримінації та стигматизації ЧСЧ є думка, що чоловіки-гомосексуали частіше хворіють на ВІЛ/СНІД (на те, що вони зустрічали людей, які поділяють це переконання, вказали майже половина учасників дослідження – 48%). 38% респондентів відповіли, що вони чули на свою адресу образливі вигуки та прізвиська. Чверть учасників дослідження (25%) зазначили, що їх засуджують родичі, друзі та знайомі за те, що вони мають гомосексуальні контакти.

РОЗДІЛ 1. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ РЕСПОНДЕНТІВ

1.1. Розподіл за віком

Середній вік учасників дослідження склав 28 років. Найбільша частина респондентів має вік від 20 до 29 років (рис. 1.1.1). Приблизно кожен десятий респондент належить до наймолодшої групи – від 15 до 19 років. Майже така сама частка наймолодших ЧСЧ була зафіксована і в дослідженні 2007 року¹⁰ – 12%. Якщо порівнювати вікову структуру ЧСЧ, які брали участь у дослідженні, зі структурою сталого чоловічого населення міст України¹¹, то серед ЧСЧ переважають особи у віці 20–24 років (26% проти 18%).

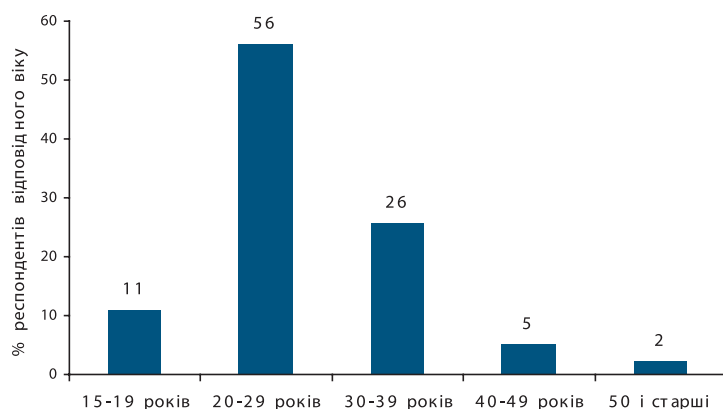


Рис. 1.1.1. Вікова структура учасників опитування, %, N = 2300

Щодо вікового розподілу за містами, то Одеса та Харків відрізняються великою часткою респондентів у віці від 15 до 19 років (40% та 25%, відповідно), а Донецьк і Черкаси, навпаки, мають значні частки старших респондентів (16% та 18%, відповідно, належать до групи 40–49 років) (див. рис. 1.1.2).

¹⁰ Моніторинг поведінки чоловіків, які практикують секс з чоловіками, як компонент епіднагляду другого покоління / О. М. Балакірева, Т. В. Бондар, М. Г. Касянчук та ін. – К. : МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД В Україні», 2008 рік.

¹¹ За даними Держкомстату України.

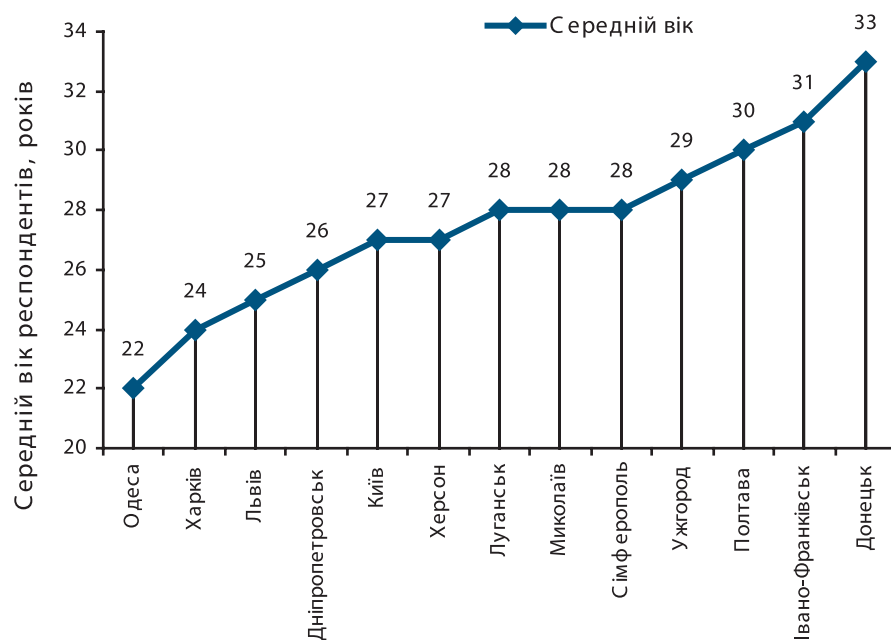


Рис. 1.1.2. Розподіл середнього віку респондентів за містами

1.2. Сімейний стан

Переважаюча частина учасників дослідження (79%) ніколи не були одружені (за результатами дослідження 2007 року, цей відсоток був майже таким самим – 77%), тільки 7% перебувають у зареєстрованому шлюбі (в 2007 році – 10%). Тобто з часом зменшується частка ЧСЧ, які були раніше або на теперішній час перебувають у шлюбі. Однак слід зауважити, що в різних містах ця динаміка відрізняється (табл. 1.2.3). Щодо фактичного сімейного стану, то переважна більшість опитаних не мешкає з сексуальними партнерами: так, 40% проживають разом з батьками чи родичами, 34% – живуть окремо. Кожен п'ятий респондент (20%) проживає з партнером-чоловіком, близько 6% – з партнером-жінкою.

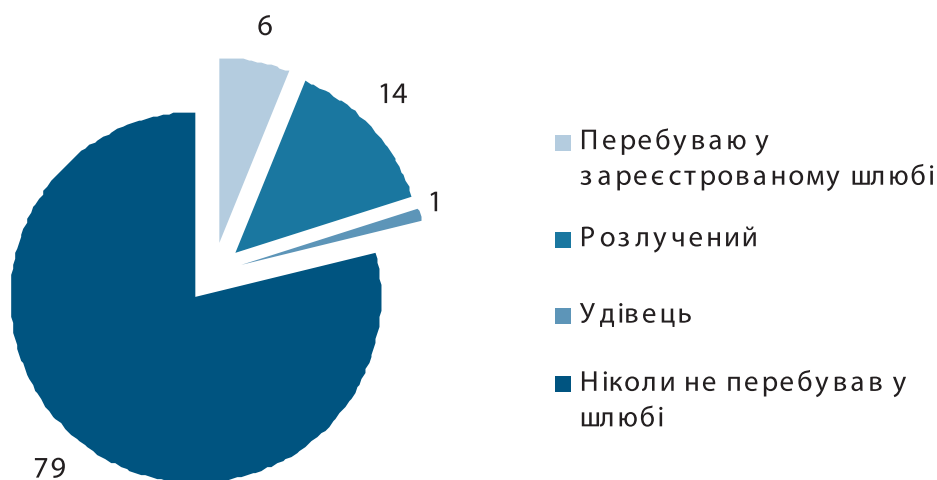


Рис. 1.2.1. Юридичний шлюбний стан респондентів, % серед усіх респондентів, 2009 рік



Рис. 1.2.2. Фактичний сімейний стан респондентів, % серед усіх респондентів, 2009 рік

Щодо розподілу за містами, то серед респондентів Донецька, Полтави, Сімферополя та Черкаси значно більші, ніж в інших містах, частки одружених чи розлучених (табл. 1.2.1 і табл. 1.2.2) (це може бути пов'язане із старшим середнім віком респондентів з відповідних міст) та тих, хто живе із жінкою-партнером (рис. 1.1.2).

Таблиця 1.2.1. Юридичний шлюбний стан респондентів, розподіл за містами, %, 2009 рік

	Івано-Франківськ	Дніпропетровськ	Донецьк	Київ	Луганськ	Львів	Миколаїв	Одеса	Полтава	Сімферополь	Ужгород	Харків	Херсон	Черкаси
N	149	150	198	199	150	147	191	199	151	150	147	150	149	145
Вдівець	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	3	1
Ніколи не був одружений	70	85	63	90	81	93	88	86	62	67	80	88	77	61
Перебуваю у зареєстрованому шлюбі	11	4	13	4	7	1	1	4	7	13	9	5	4	19
Розлучений	17	11	24	7	11	6	11	9	31	20	9	7	17	19

Таблиця 1.2.2. Фактичний шлюбний стан респондентів, розподіл за містами, %, 2009 рік

	Івано-Франківськ	Дніпропетровськ	Донецьк	Київ	Луганськ	Львів	Миколаїв	Одеса	Полтава	Сімферополь	Ужгород	Харків	Херсон	Черкаси
N	150	148	200	200	150	150	198	201	151	150	146	145	149	143
Живу з батьками/родичами	51	37	40	28	57	44	32	56	41	28	47	54	31	35
Живу з жінкою-партнеркою	10	3	8	3	8	1	1	4	11	13	7	3	6	20
Живу з чоловіком-партнером	5	36	20	24	15	22	40	13	9	25	13	12	27	18
Живу сам	34	23	32	45	19	33	28	28	39	35	34	30	36	27

Таблиця 1.2.3. Юридичний шлюбний стан респондентів, розподіл за містами, %, 2007–2009 рр.

	Івано-Франківськ	Дніпропетровськ	Донецьк	Київ	Луганськ	Миколаїв	Сімферополь	Херсон	Черкаси
2007	7	11	21	7	9	13	5	2	16
2009	12	5	11	3	6	1	15	1	18

1.3. Освіта

Серед респондентів переважають особи з вищою чи незакінченою вищою освітою (35% і 21%). Частка людей з повною чи незакінченою вищою освітою більша, ніж серед усього населення. Так, в Україні повну вищу освіту мають близько 20% всього населення¹², серед усіх чоловіків старше 18 років – 19%, серед чоловіків, що старші 18 років та проживають в обласних центрах (група, яка найкоректніше може бути порівняна з вибіркою ЧСЧ) – 27%. У дослідженні 2007 року частка респондентів з вищою освітою була нижчою – 26%. Велика кількість опитаних, які мають незакінчену вищу освіту, пояснюється віковим розподілом – вік більш ніж чверті опитаних (26%) – від 20 до 24 років, тобто серед них є велика кількість студентів (17% респондентів зазначили, що вони є студентами).

Найнижча частка респондентів з вищою освітою у Донецьку – 17% та Одесі – 18% (для порівняння: в Києві – 45%, у Черкасах та Ужгороді – 44%). Низька частка осіб з вищою освітою в Одесі може пояснюватись тим, що значна кількість опитаних (41%) мають вік від 15 до 19 років.

¹² За результатами Перепису 2001 року, вищу освіту мали 35% українців у віці від 17 років та старше, повну вищу – 15%. Для чоловіків ці показники становлять 32% та 15%. Для чоловіків, які проживають у містах, – 39% та 19%. У термінології Перепису 2001 року «повна вища» відповідає категорії «вища», що застосовувалась до 1996 року. За результатами великої кількості репрезентативних соціологічних досліджень, в яких використовувалась шкала освіти близька до тієї, що застосована в цьому опитуванні, частка людей з вищою освітою серед населення України становить близько 20%. Дивись: http://www.ukrcensus.gov.ua/results/education_population/

1.4. Рід занять

У сукупності опитаних переважають наймані працівники – їх 38%. Студентів та самозайнятих осіб приблизно однакова кількість – 17 і 16% відповідно. Кожен десятий опитаний – безробітний. Великою є частка студентів у вибірці дослідження у Харкові – 28%, що може пояснюватись великою кількістю вищих навчальних закладів у цьому місті¹³. Фактичний сімейний стан респондентів пов'язаний з їх родом занять. Так, найбільше серед безробітних тих, хто живе з родичами або батьками (55%), учнів та студентів (75%), утриманців (46%).

1.5. Місце проживання

Вибіркова сукупність в основному складається із тих, хто є корінним мешканцем міста опитування (табл. 1.5.1) або живе в ньому вже давно. Разом з тим, 8% приїжджають час від часу (третина серед них є найманими працівниками).

Найбільшу частку становили респонденти, які не живуть у місті постійно, а приїжджають час від часу, за результатами дослідження, в Івано-Франківську (31%) і Донецьку (28%). Також значна частка мігрантів спостерігається в Ужгороді (13%) та Черкасах (15%). Незважаючи на те, що Сімферополь і Одеса – курортні або транзитні міста, частка маятникових мігрантів в них була нульовою. З огляду на те, що, на відміну від такого міста, як Черкаси, в Сімферополі та Одесі до вибірки не потрапили мігранти; це дає підстави вважати, що формування вибіркової сукупності в різних містах могло відбуватися по-різному, і це певною мірою обмежує дослідження.

Таблиця 1.5.1. Місце проживання респондентів, розподіл за містами, %, 2009 рік

	Івано-Франківськ	Львів	Ужгород	Полтава	Черкаси	Дніпропетровськ	Донецьк	Київ	Луганськ	Миколаїв	Одеса	Сімферополь	Харків	Херсон
Тут народився і живу	51	78	51	64	47	82	45	23	90	69	69	79	75	66
Не живу постійно, приїжджаю час від часу	31	2	13	7	15	3	28	1	0	1	0	0	2	1
Живу в цьому місті менше одного року	1	2	1	1	2	3	1	11	0	0	7	0	6	1
Живу в цьому місті від 1 до 5 років	7	6	8	7	6	7	3	34	3	6	8	8	6	10
Живу в цьому місті від 6 до 10 років	4	5	8	6	3	3	7	18	3	4	5	5	2	5
Живу в цьому місті більше 10 років	7	6	19	16	27	2	17	13	3	19	12	9	8	18

¹³ За даними Головного управління статистики в Харківській області, в 2008/2009 навчальному році у ВНЗ I–IV рівня акредитації навчалися 269,5 тисячі студентів (див. http://upstat.kharkov.ukrtel.net/ua/stat/stat_inf/osvita/tab4.html); для порівняння, за даними Головного управління статистики в Дніпропетровській області, в 2008/2009 навчальному році у ВНЗ I–IV рівня акредитації навчалися 176,8 тисячі студентів (див. <http://www.dneprstat.gov.ua/statinfo/o/o4.htm>)

1.6. Сексуальна орієнтація та сексуальна ідентичність

Більшість респондентів ідентифікують себе як геї/гомосексуали (таких близько 70%), ще 29% – як бісексуали. Відповідно, 1% вважають себе гетеросексуалами. Корелюють з самоідентифікацією і відповіді учасників дослідження на питання, до кого в них є статевий потяг: 63% респондентів вказують, що їх приваблюють винятково чоловіки, 23% – що здебільшого чоловіки, але іноді й жінки, близько 11% – що жінки і чоловіки однаковою мірою.

Таблиця 1.6.1. Сексуальна самоідентифікація, %, 2009 рік (N = 2277)

	% серед усіх опитаних
Геї/гомосексуали	70
Бісексуали	29
Гетеросексуали	1
Транссексуали ¹⁴	0

Таблиця 1.6.2. Хто приваблює в сексуальному плані, %, 2009 рік (N = 2300)

	% серед усіх опитаних
Винятково чоловіки	63
Здебільшого чоловіки, але іноді й жінки	23
Чоловіки та жінки приблизно в однаковій мірі	11
Здебільшого жінки, але іноді й чоловіки	3
Я ще не визначився	0

Як видно з таблиці 1.6.3, самоідентифікація ЧСЧ сильно корелює з їх уподобаннями щодо вибору чоловіків чи жінок як сексуальних партнерів. Це слід враховувати у розробці профілактичних програм, маючи на увазі, що середовище ЧСЧ неоднорідне і складається з різних за ідентифікацією та сексуальними вподобаннями сегментів, що, звісно, впливає на поведінку.

Таблиця 1.6.3. Сексуальна самоідентифікація серед категорій ЧСЧ залежно від того, хто приваблює в сексуальному аспекті, %, 2009 рік

	Геї/гомо-сексуал	Бісексуал	Гетеросексуал	Транссексуал	N
Винятково чоловіки	90	2		100	1443
Здебільшого чоловіки, але іноді й жінки	10	53	9	-	518
Чоловіки та жінки приблизно однаковою мірою	-	35	8	-	242
Здебільшого жінки, але іноді й чоловіки	-	9	85	-	71

¹⁴ Транссексуалами визнали себе 3 особи, або 0,1% вибіркової сукупності.

Зазначмо, що частка опитаних, які ідентифікують себе як гомосексуали чи бісексуали, відрізняється залежно від міста. Є міста, де частка бісексуалів сягає 40–45% (Одеса, Луганськ, Донецьк).

Зазначмо, що частота ідентифікації себе як бісексуала або гомосексуала майже однакова в двох вікових групах (молодше та старше 25 років): приблизно від 29% до 70%.

Таким чином, учасниками дослідження були чоловіки у віці переважно від 20 до 40 років, неодружені, які живуть самі чи з батьками, мають високий рівень освіти, працюють або навчаються та, як правило, живуть постійно в місті, де відбувалося опитування.

Разом з тим, маємо значні відмінності між різними регіонами. Наприклад, респонденти з Донецька, Черкас та Івано-Франківська характеризуються старшим середнім віком, значною часткою одружених та вищим, у порівнянні з усією сукупністю дослідження, рівнем маятникової міграції.

Висновки до розділу

Найбільш значна частина респондентів мають вік від 20 до 29 років. Приблизно кожен десятий респондент належить до наймолодшої групи – від 15 до 19 років. Переважна частина учасників дослідження ніколи не були одружені. Щодо фактичного сімейного стану, то більшість опитаних не мешкає з сексуальними партнерами. Серед респондентів переважають особи з вищою чи незакінченою вищою освітою. Частка людей з повною чи незакінченою вищою освітою більша, ніж серед усього населення країни. Третина ЧСЧ вважає себе бісексуалами. Самоідентифікація ЧСЧ сильно корелює з їхніми уподобаннями щодо вибору чоловіків чи жінок як сексуальних партнерів.

РОЗДІЛ 2. РІВЕНЬ ЗНАНЬ ПРО ВІЛ

2.1. Знання про ВІЛ

Оцінка рівня знань про шляхи запобігання інфікуванню ВІЛ та про те, як ВІЛ не передається, серед особливо уразливих до цього захворювання категорій є важливою складовою моніторингових досліджень. Інтегральний індикатор рівня знання є одним з найважливіших національних показників. Він конструюється за правильними відповідями респондентів на п'ять запитань: 1) Чи можливо знизити ризик передачі ВІЛ, якщо мати статеві контакти лише з одним, вірним, неінфікованим партнером? 2) Чи можливо знизити ризик передачі ВІЛ, якщо правильно використовувати презерватив під час кожного сексуального контакту? 3) Чи може здорова на вигляд людина бути ВІЛ-інфікованою? 4) Чи можна інфікуватися ВІЛ, якщо пити з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною? 5) Чи можна інфікуватися ВІЛ через спільне з ВІЛ-інфікованою людиною використання туалету, басейну, сауни? Чисельником показника є кількість ЧСЧ, які правильно відповіли на всі п'ять запитань, а знаменником – усі ЧСЧ, які надали відповіді на ці запитання, включно з відповіддю «не знаю» та «важко сказати».

Відповідно до результатів, більшість опитаних ЧСЧ – 71% – правильно відповіли на всі п'ять запитань (рис. 2.1.1).

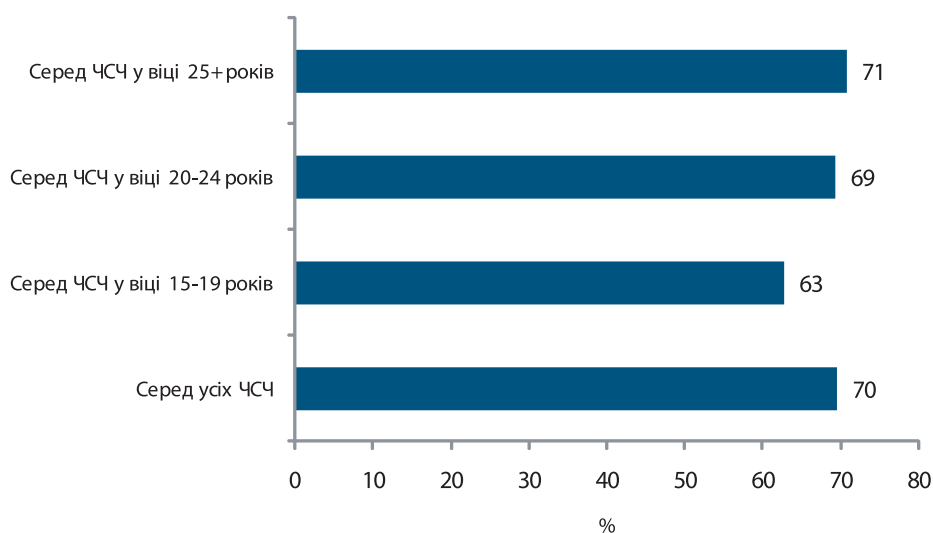


Рисунок 2.1.1. Відсоток ЧСЧ, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається, %, 2009 рік

У порівнянні з дослідженням серед ЧСЧ 2007 р., національний показник знання про шляхи передачі ВІЛ поліпшився: 47% серед усіх ЧСЧ в 2007 році і 71% – в 2009 році.

Оскільки композиція вибірок за віком та освітою може відрізнятись у 2007 та 2009 рр., було проведено окремий аналіз динаміки показника в освітньо-вікових групах. Як видно з таблиці 2.1.1, показник покращився в кожній з груп.

Таблиця 2.1.1. Динаміка національного показника «Відсоток осіб, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається серед чоловіків, які мають секс із чоловіками», за освітньо-віковими групами, %, 2007–2009 роки, порівняння 6 міст

	2007	2009
20-29 років, не мають вищої освіти	44	66
20-29 років, мають вищу освіту	49	80
30-39 років, не мають вищої освіти	46	68
30-39 років, мають вищу освіту	56	78
40-49 років, не мають вищої освіти	38	63
40-49 років, мають вищу освіту	51	65

У цілому рівень знань про шляхи передачі ВІЛ дещо відрізняється серед різних вікових груп: серед ЧСЧ у віці 25+ років більше тих, хто правильно відповів на всі запитання, порівняно з ЧСЧ у віці 15–19 років (71% проти 63%, $p < 0,05$, рис. 2.1.1). У дослідженні 2007 р. показники для вікових груп були такими: в групі 15–24 – 43%, в групі старших 25-ти років – 49%.

Результати дослідження засвідчують, що рівень знань значною мірою коливається залежно від міста, де проводилося опитування (рис. 2.1.2). Так, найнижчий рівень знань простежується в Івано-Франківську (31%). Відносно невисокий рівень знань фіксується також і в Донецьку (49%). А найвищим рівнем знань характеризуються ЧСЧ, які проживають у Сімферополі (96%). Загалом, за винятком Івано-Франківська та Донецька, в містах, що потрапили до вибірки дослідження, рівень знань про ВІЛ становить не менше 62%. Зауважимо, що ситуація у Донецьку та Івано-Франківську виглядає дивно з огляду на те, що профілактичні програми в цих містах працюють протягом тривалого часу. Можна припустити, що програм недостатньо або є якісь недоліки в організації профілактичної роботи (рис. 2.1.2).

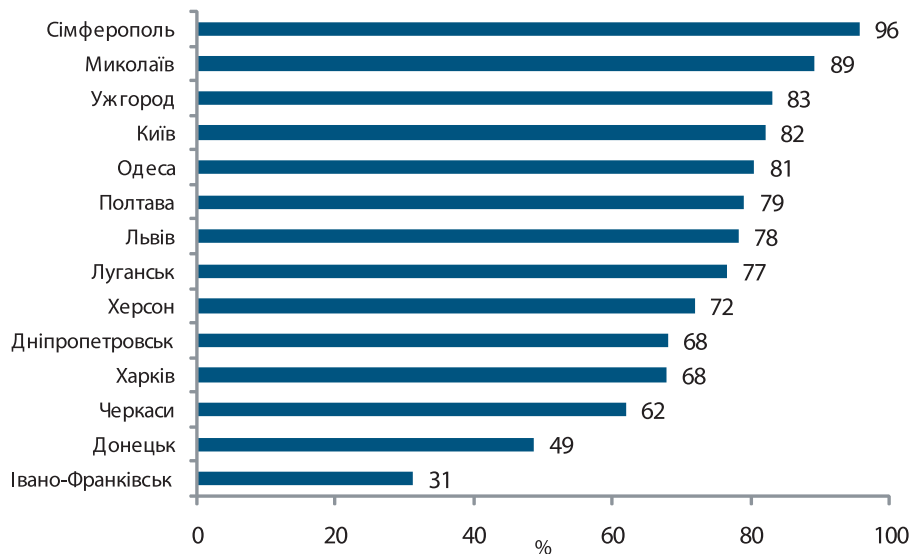


Рис. 2.1.2. Відсоток ЧСЧ, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається, розподіл за містами, %, 2009 рік

Наявний також зв'язок між рівнем знання про ВІЛ та тим, чи є респондент клієнтом організацій¹⁵, що працюють з ЧСЧ (74% серед клієнтів та 67% серед інших ($p < 0,01$)). У Львові, Донецьку, Києві та Миколаєві серед клієнтів НУО рівень знань про ВІЛ статистично значно вищий, ніж серед тих, які не є клієнтами НУО (табл. 2.1.2).

Таблиця 2.1.2. Національний показник «Відсоток осіб, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається, серед чоловіків, які мають секс із чоловіками», за містами, клієнти – не клієнти НУО, %, 2007–2009 роки

	Клієнт	Не клієнт
<i>Серед усіх респондентів</i>	74	65
Івано-Франківськ	37	22
Львів	90	66
Ужгород	0	83
Полтава	0	79
Черкаси	59	79
Дніпропетровськ	100	68
Донецьк	74	47
Київ	82	67
Луганськ	0	75
Миколаїв	88	11
Одеса	73	60
Сімферополь	98	93
Харків	68	65
Херсон	67	54

Розглянемо також відповіді ЧСЧ на окремі запитання, які входять до національного показника. Так, не менше 88% ЧСЧ правильно відповіли на кожне з цих запитань (табл. 2.1.3). При цьому дещо гіршим виявилось знання про те, що: 1) здорова на вигляд людина може мати ВІЛ, 2) що не можна інфікуватися ВІЛ, якщо пити з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною, 3) що не можна інфікуватися ВІЛ через спільне з ВІЛ-інфікованими людьми користування туалетом, басейном, сауною. На ці ствердження правильну відповідь дали 88–89% опитаних ЧСЧ проти 94% правильних відповідей на два інших запитання про шляхи зниження ризику інфікування ВІЛ. Також зазначмо, що серед 15–19-річних ЧСЧ менше таких, хто знає, що здорова на вигляд людина може мати ВІЛ, – 83% проти 89% серед 20–24-річних і ЧСЧ старших 25-ти років. А також 15–19-річні гірше обізнані з тим, що не можна інфікуватися ВІЛ через спільне користування туалетом, басейном, сауною – 79% проти 89–90% серед 20–24-річних і 25+ -річних ЧСЧ.

¹⁵ Респондентам ставили запитання: «Чи є Ви клієнтом організації, яка працює із ЧСЧ? Маєте картку клієнта?»

Таблиця 2.1.3. Частка ЧСЧ, які правильно відповіли на запитання про знання щодо ВІЛ, %, 2009 рік

	Усі ЧСЧ	ЧСЧ у віці 15–19 років	ЧСЧ у віці 20–24 років	25+ років
Чи можливо знизити ризик передачі ВІЛ, якщо мати статеві контакти лише з одним, вірним неінфікованим партнером?	94	96	93	95
Чи можливо знизити ризик передачі ВІЛ, якщо правильно користуватися презервативом під час кожного сексуального контакту?	94	94	92	94
Чи може здорова на вигляд людина бути ВІЛ-інфікованою?	88	83	89	89
Чи можна заразитися ВІЛ-інфекцією через укуси комара?	79	72	80	80
Чи можна інфікуватися ВІЛ, якщо пити з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною?	88	85	89	88
Чи можна інфікуватися ВІЛ через спільне з ВІЛ-інфікованою людиною використання туалету, басейну, сауни?	89	79	89	90
Чи можна інфікуватися ВІЛ, якщо вживати їжу з однієї тарілки з ВІЛ-інфікованою особою?	87	83	89	87
Чи можна інфікуватися ВІЛ через спільне використання ін'єкційного інструментарію?	97	96	97	98
Чи може ВІЛ-інфекція передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини під час вагітності?	79	81	78	79
Чи може ВІЛ-інфекція передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини під час пологів?	75	68	75	76
Чи може ВІЛ-інфекція передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини під час годування груддю?	63	61	63	63

Під час дослідження респондентам ставилася також низка інших запитань стосовно знання про ВІЛ та шляхи його передачі. В таблиці 2.1.2 наведено кількість тих, хто правильно відповів на запитання з блоку знань про ВІЛ. Так, найбільш безпроблемним виявилось запитання щодо того, чи може ВІЛ передаватися шляхом використання спільного ін'єкційного інструментарію – 97% опитаних відповіли, що може (93% в 2007). Майже всі ЧСЧ погодилися, що ризик інфікування ВІЛ можна знизити, якщо правильно користуватися презервативами під час кожного сексуального контакту (94%) (в 2007 році – 93%), а також, якщо мати статеві контакти лише з одним, вірним, неінфікованим партнером (94%) (в 2007 році – 78%). Найбільш проблематичним виявилось запитання щодо того, чи може ВІЛ-інфекція передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини при годуванні груддю – лише 63% погодилися з таким твердженням (в 2007 році 61%). Але, загалом, на

решту запитань правильно відповіли не менше 3/4 респондентів. Також простежуються деякі розбіжності серед різних вікових груп, але у цілому такі розбіжності не є суттєвими. У порівнянні з даними 2007 року, дослідження 2009 року демонструє, що майже з усіх питань рівень знань про ВІЛ в групі ЧСЧ виріс.

Рівень знань про ВІЛ може залежати від сімейного статусу (одружені менше охоплені профілактичними програмами, оскільки вони є більш закритими, а специфічних послуг в ЧСЧ-проектах, які б враховували специфіку цієї підгрупи, не існує (одружені частіше відвідують круїзингові місця, де можна мати швидкий анонімний секс). Як продемонстрував аналіз результатів дослідження, рівень знань про ВІЛ не залежить від юридичного шлюбного статусу, проте є певна залежність від фактичного: так, рівень знань про ВІЛ вищий серед респондентів, які проживають з партнером-чоловіком. В усіх інших підгрупах ЧСЧ рівень знань про ВІЛ практично однаковий. Рівень знань про ВІЛ також може пов'язуватись із зайнятістю: безробітні респонденти та ті, хто обрав категорію "інше", мають відчутно низький рівень базових знань із ВІЛ – 52%, тоді як знання решти становлять від 70% (наймані працівники) до 77% (у держслужбовців).

Але найбільше знання про ВІЛ корелює з рівнем освіти ЧСЧ – чим вищий рівень освіти, тим вищий рівень знань про ВІЛ (табл. 2.1.4).

Таблиця 2.1.4. Значення національного показника «Відсоток осіб, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається серед ЧСЧ», за освітніми групами, %, 2009 рік

Незакінчена середня	48
Закінчена середня	53
Середня спеціальна	68
Незакінчена вища	72
Вища	76
Науковий ступінь	84

Наведемо також розподіл відповідей на питання щодо знань про ВІЛ серед ЧСЧ різних міст (табл. 2.1.5).

Таблиця 2.1.5. Частка ЧСЧ, які правильно відповіли на запитання про знання щодо ВІЛ, розподіл за містами, %, 2009 рік

	Івано-Франківськ	Львів	Ужгород	Полтава	Черкаси	Дніпропетровськ	Київ	Луганськ	Миколаїв	Одеса	Сімферополь	Харків	Херсон
Чи можливо знизити ризик передачі ВІЛ, якщо мати статеві контакти лише з одним, вірним, неінфікованим партнером?	94	95	98	99	86	95	94	92	93	95	100	96	96
Чи можливо знизити ризик передачі ВІЛ, якщо правильно використовувати презерватив під час кожного сексуального контакту?	92	91	95	99	91	84	94	93	96	89	100	96	97
Чи може здорова на вигляд людина бути ВІЛ-інфікованою?	61	93	97	85	97	91	73	100	95	91	96	84	91
Чи можна заразитися ВІЛ-інфекцією через укуси комара?	39	92	87	89	66	73	86	85	89	72	98	78	76
Чи можна інфікуватися ВІЛ, якщо пити з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною?	53	96	91	95	85	84	74	97	98	82	99	92	84
Чи можна інфікуватися ВІЛ через спільне з ВІЛ-інфікованою людиною використання туалету, басейну, сауни?	73	95	92	95	88	85	80	93	99	81	99	89	77
Чи можна інфікуватися ВІЛ, якщо вживати їжу з однієї тарілки з ВІЛ-інфікованою особою?	54	94	89	95	85	83	72	97	97	85	99	91	82
Чи можна інфікуватися ВІЛ через спільне використання ін'єкційного інструментарію?	100	98	98	99	92	94	99	100	97	97	99	99	96
Чи може ВІЛ-інфекція передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини під час вагітності?	96	95	82	84	88	56	77	93	47	78	98	66	75
Чи може ВІЛ-інфекція передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини під час пологів?	68	97	81	72	81	51	78	87	49	70	100	68	68
Чи може ВІЛ-інфекція передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини під час годування груддю?	86	91	57	51	60	48	65	56	49	56	93	61	67

2.2. Суб'єктивна оцінка ризику інфікування ВІЛ

Одним з найважливіших регуляторів власної поведінки є усвідомлення або, навпаки, неусвідомлення наявних ризиків. 41% опитаних ЧСЧ вважають ризик інфікування ВІЛ радше як малоймовірний (рис. 2.2.1)¹⁶. Утім, тільки 10% висловили думку, що їм інфікування взагалі не загрожує. 29% опитаних оцінили такий ризик як реальний (при

чому 14% вважають цей ризик абсолютно реальним)¹⁷. Приблизно стільки ж (28%) оцінюють такі шанси як п'ятдесят на п'ятдесят.

Частка тих, хто вважає ризик малоймовірним, менша серед старших за віком ЧСЧ: якщо серед 15–19-річних таких ЧСЧ було 53%, то серед ЧСЧ у віці старше 25 років відповідний показник становить 37% ($p < 0,01$). Можливо, це пов'язано з тим, що старші за віком ЧСЧ більше усвідомлюють ризик інфікування або частіше вдаються до більш ризикованої поведінки.

При порівнянні суб'єктивної оцінки ризику інфікуватися із частками ЧСЧ, які використовували презервативи при останньому анальному сексі з чоловіками (при останньому сексі з жінками) та не вживали алкоголь протягом останнього місяця, видно, що група респондентів, старша за 25 років, яка оцінює ризик як малоймовірний, у порівнянні із такою самою групою респондентів, молодших за 25 років, характеризується меншим рівнем вживання алкоголю (85% і 91%, відповідно, вживали алкоголь протягом останнього перед опитуванням місяця), та суттєво нижчою часткою осіб, які застосовували презерватив під час останнього сексу з партнеркою-жінкою (43% та 75%, відповідно) (цей рівень не відрізняється від рівня застосування презерватива при останньому анальному сексі з партнером-чоловіком).

Викладене дає змогу зробити припущення, що суб'єктивна оцінка ризику інфікування може бути пов'язана з сімейним станом – одружені ЧСЧ вважають себе більш захищеними. І справді, 39% одружених оцінюють свій ризик інфікуватися ВІЛ як малоймовірний, тоді як серед тих, хто ніколи не перебував у шлюбі, таких 31%.

Слід відзначити, що серед ЧСЧ, які вживають наркотики, трохи менше тих, хто оцінює свої шанси інфікуватися ВІЛ як малоймовірні, – 34% проти 42% серед ЧСЧ, які не вживають наркотиків ($p < 0,05$). Утім, статистично значущих розбіжностей за кількістю тих, хто оцінює шанси як реальні і як п'ятдесят на п'ятдесят, немає. Також потрібно зауважити, що група ЧСЧ, що вживають наркотики, є недостатньо наповненою для повноцінного аналізу.

Звернімо увагу на наявність статистично значущого кореляційного зв'язку між суб'єктивною оцінкою ризику інфікування ВІЛ і частотою використання презервативів з випадковими та комерційними партнерами (коли респондентів платили за комерційний секс). У разі стосунків із випадковими партнерами простежується хоч і слабкий¹⁸, але статистично значущий зворотний зв'язок (можливо, ті, хто використовують презервативи, нижче оцінюють свій ризик). Тобто респонденти, які децю частіше використовували презервативи, характеризуються децю нижчим (суб'єктивно оціненим) шан-

¹⁶ До цієї групи входять і ті, хто сказав, що інфікування на ВІЛ їм абсолютно не загрожує, і ті, хто сказав, що такий ризик є малоймовірним для них.

¹⁷ До цієї групи входять ті, хто вважає такий ризик дуже реальним, а також ті, для кого такий ризик є абсолютно реальним.

¹⁸ Коефіцієнт рангової кореляції Кенделла tau-b становить -0,09 ($p < 0,001$, $N = 1468$).

сом інфікування ВІЛ. А з комерційними партнерами простежується, навпаки, прямий зв'язок, тобто ЧСЧ, які частіше використовували презервативи з комерційними партнерами, дещо вищою мірою оцінювали ризик інфікування ВІЛ (знову ж таки потрібно пам'ятати, що група ЧСЧ, які мали стосунки з комерційними партнерами, є невеликою – 3% тих, платив за секс, і 7% тих, кому платили за секс).

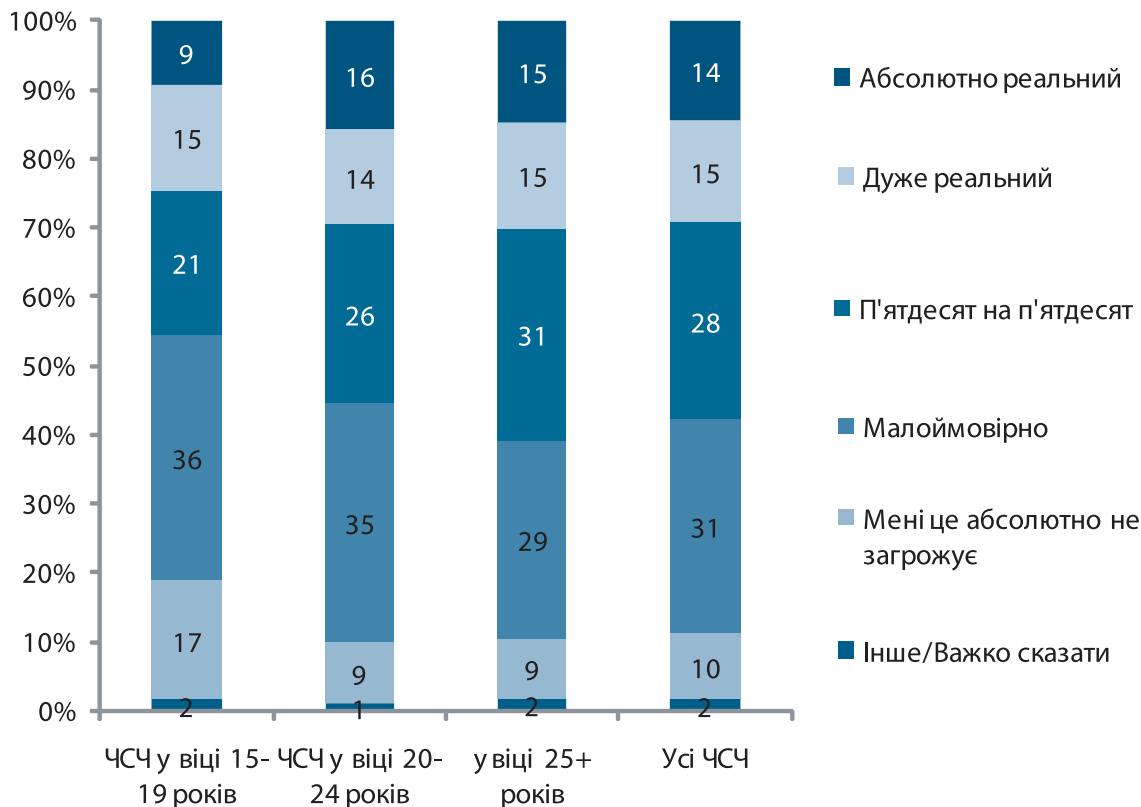


Рис. 2.2.1. Суб'єктивна оцінка ризику інфікування ВІЛ за віковими групами, %, 2009 рік

Простежуються варіації стосовно суб'єктивної оцінки ризику інфікування ВІЛ залежно від міста (табл. 2.2.1). Так, найбільша кількість тих, хто вважає ризик інфікування реальним (дуже або абсолютно реальним), – в Ужгороді (66%), а найнижча – серед ЧСЧ Луганська (7%). А найбільша кількість ЧСЧ, які оцінюють такий шанс як малоймовірний (варіант відповідей «малоймовірно» або «мені це абсолютно не загрожує»), фіксується серед респондентів Львова (60%) та Сімферополя (61%). Водночас найменша кількість таких людей в Ужгороді (21%). Статистично значущого зв'язку між рівнем знань про ВІЛ та оцінкою власного ризику інфікування немає.

Таблиця 2.2.1. Суб'єктивна оцінка ризику інфікування ВІЛ, розподіл за містами, %, 2009 рік

	Абсолютно реальний	Дуже реальний	П'ятдесят на п'ятдесят	Малоймовірно	Мені це абсолютно не загрожує	Інше/Важко сказати
Івано-Франківськ	4	33	38	25	1	0
Львів	14	7	15	47	13	4
Ужгород	43	24	12	15	6	1
Полтава	31	6	9	35	20	0
Черкаси	12	20	30	33	3	1
Дніпропетровськ	12	10	29	31	19	0
Донецьк	11	17	34	29	4	5
Київ	18	5	33	35	9	0
Луганськ	3	4	46	44	3	1
Миколаїв	10	22	44	17	7	1
Одеса	14	9	22	28	26	1
Сімферополь	8	7	17	57	4	8
Харків	16	23	33	18	9	0
Херсон	11	23	31	28	8	0

Висновки до розділу

За результатами дослідження, значення Національного показника “Відсоток ЧСЧ, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається” у 2009 році суттєво зросло, в порівнянні з дослідженням 2007 року. Також зросло значення показника в кожній з освітньо-вікових груп ЧСЧ. Зауважимо, що рівень знань про ВІЛ суттєво варіює залежно від міста, де проводилося опитування. Рівень знань вищий серед клієнтів НУО та збільшується зі зростанням рівня освіти.

РОЗДІЛ 3. СЕКСУАЛЬНА ПОВЕДІНКА

3.1. Вік першого сексуального контакту з чоловіком

Відповідно до українського законодавства¹⁹, вік згоди (тобто вік молодшого партнера сексуального контакту, після досягнення якого не настає відповідальність старшого партнера) визначено як 16 років. Разом з тим, якщо обидва партнери добровільного статевого акту не досягли цього віку, кримінальна відповідальність для жодного з них не настає.

Середній вік першого сексуального контакту з чоловіком для респондентів дослідження становить близько 18 років. У дослідженні Центру “Наш світ”, проведеному в 1999 році, у 77% перший сексуальний контакт з чоловіком відбувся, коли респондентові було менше 16 років. Згідно з даними цього дослідження, 42% респондентів почали сексуальне життя з іншим чоловіком до досягнення ними віку згоди. Таку розбіжність можна пояснити значною відмінністю в методах досягнення респондентів: в опитуванні Центру “Наш світ” брали участь найбільш сексуально активні люди (які активно шукали знайомств через оголошення в газетах, звідки й були взяті їхні контакти), тоді як вибірка цього дослідження є ближчою до випадкової, підтвердженням чого слугує нормальний (у математичному сенсі) характер розподілу віку першого сексуального (із максимумом, що припадає на 16–17 років) контакту, на відміну від даних Центру “Наш світ”.

Зазначмо, що 5% учасників дослідження повідомили, що їх перший сексуальний контакт з чоловіком стався, коли їм було 12 чи менше років, 10% – що коли їм було 14 років або менше, і кожен четвертий (25%) почав статеве життя з чоловіками у віці, молодшому за 15 років, половина – до 17 років, 42% – до 16 років. Як видно із таблиці 3.1.1, кожен другий респондент мав сексуальний контакт з чоловіком ще до досягнення вісімнадцятиріччя. Це важливо для планування інформаційних та профілактичних програм, спрямованих на цю групу. Через такий ранній початок сексуального життя профілактичні програми мають бути спрямовані на юнаків, починаючи з 14–15 років, оскільки до переходу у «дорослі» профілактичні програми вони вже можуть бути ВІЛ-інфікованими або захворіти на інші ІПСШ.

Звернімо увагу, що відбувається зниження віку першого сексуального контакту з чоловіком: якщо в групі респондентів, старших

¹⁹ Кримінальний кодекс України, ст. 156 “Розбещення неповнолітніх”.

25 років, середній вік першого контакту становить 18,7 років, то в групі до 25 років – 16,1 років (різниця статистично значуща на рівні 0,01).

Трохи менше половини опитаних під час першого сексуального контакту з чоловіком не використовували презерватив – 47%, використовували – близько 50% (інші – або не пам'ятають, або відмовились відповідати на це питання). Зазначмо, що серед молодших респондентів (віком до 26 років) частка тих, хто використовував презерватив під час першого сексуального контакту з чоловіком, вища – 55,6% проти 41,6% (різниця статистично значуща на рівні 0.01). Це є свідченням того, що сучасна молодь є більш свідомою ризику інфікуватися, ніж молодь десять років тому (за суб'єктивними спогадами респондентів).

Таблиця 3.1.1. Процентилі за віком першого сексуального контакту з чоловіком, 2009 рік

5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
12 років	14 років	15 років	17 років	20 років	23 роки	25 років

Існує тісний зв'язок між використанням презерватива під час першого сексуального контакту та віком цього контакту. Так, в групі респондентів, у яких перший сексуальний контакт з чоловіком стався до 15 років, при цьому сексуальному контакті використовувався презерватив у 29% випадків, у тих, у кого такий контакт відбувся у віці від 15 до 17 років, – 33%, а у тих двох групах, які вступили в сексуальне життя з чоловіками пізніше (у віці від 17 до 20 або після 20 років), ці показники ще вищі – 56% і 59%.

3.2. Категорії сексуальних партнерів

65% опитаних протягом останніх 6 місяців виступали пасивним партнером при анальних контактах, 69% – активним. Сума перевищує 100%, тому що майже половина (42%) респондентів протягом останніх 6 місяців мали як пасивні, так і активні анальні сексуальні контакти, а 39% опитаних протягом останніх 6 місяців практикували всі три види сексуальних стосунків (включно з оральним). 42% протягом останніх 6 місяців мали як пасивні, так і активні анальні сексуальні контакти.

Серед тих респондентів, які мали протягом місяця до дослідження анальні сексуальні контакти з чоловіками, переважна більшість (близько 80%) мали включно, але не виключно, контакти з постійними партнерами, значна частина – з випадковими (61%).

Кожен третій опитаний (35%) протягом останнього місяця мав сексуальні контакти як з постійним партнером, так і з випадковим. Зауважимо, що частка учасників дослідження, які мали анальні сексуальні контакти з комерційними партнерами, як такими, яким вони платили, так і з такими, що їм платили, невелика: відповідно – 3% і 7%.

Група ЧСЧ, яка надавала сексуальні послуги за винагороду, характеризується такими відмінностями від інших ЧСЧ:

1) Серед них статистично значуще більше представників молодших вікових груп, а також майже вдвічі менше людей з вищою освітою, ніж серед інших ЧСЧ, та вдвічі більше студентів, ніж серед інших ЧСЧ.

2) Статистично значущих відмінностей за ВІЛ-статусом та результатами тестування на сифіліс між групою ЧСЧ, які надавали сексуальні послуги за гроші, та іншими ЧСЧ немає.

3) Серед цієї групи ЧСЧ статистично значуще менше охоплених профілактичними програмами (за національним показником).

4) Значення національного показника використання презерватива під час останнього анального контакту з чоловіком серед цієї групи вище. Водночас, за запитанням про частоту використання презервативів під час анальних контактів з чоловіками група ЧСЧ, які надають сексуальні послуги за гроші, відрізняється від інших ЧСЧ – частка тих, хто “завжди” використовує презервативи, є нижчою.

5) Рівень знань про ВІЛ (за національним показником) серед групи ЧСЧ, які надають сексуальні послуги за винагороду, є статистично значуще нижчий, ніж серед інших ЧСЧ.

Слід зазначити, що з числа тих, у кого протягом останнього місяця були анальні сексуальні контакти з випадковими партнерами, тільки 35% мали єдиного партнера, всі інші – більше. У 28% було два випадкових партнери, у 16% – три, у 21% – більше трьох. Це важлива характеристика сексуального життя учасників дослідження – в значній частині респондентів протягом місяця могло бути два, три і більше випадкових партнерів. Внаслідок слабкості механізмів суспільної регуляції гомосексуальних взаємин опитані, навіть за наявності постійного партнера, мають певну “свободу” в сексуальному житті. Це означає вищий ризик поширення ВІЛ. Оскільки заклики до обмеження кількості партнерів є радше неефективним способом профілактики, актуальнішим буде пропаганда презервативів як обов’язкової умови КОЖНОГО сексуального контакту.

В цілому, кількість сексуальних партнерів у респондентів дослідження є достатньо великою. Тільки третина респондентів (34%) повідомили, що протягом місяця до дослідження в них був тільки один сексуальний партнер. В кожного п’ятого їх було двоє (22%), у 17% – троє, у 11% – четверо.

Можливо, великою кількістю постійних та випадкових партнерів пояснюється незначна кількість респондентів, які повідомляють про сексуальні контакти з партнерами, яким вони платили за секс, – таких тільки 3%. Разом з тим, це, вочевидь, не є єдиною причиною.

Таблиця 3.3.1. Види та кількість сексуальних партнерів, %, 2009 рік

		Були постійні партнери	Кількість постійних партнерів	Були випадкові партнери	Кількість випадкових партнерів	Були комерційні партнери (респондент платив за секс)	Були комерційні партнери (респонденту платили за секс)
		79		61		3	7
Кількість партнерів	1		77		35		
	2		16		28		
	3		3		16		
	> 3		4		21		

У питанні отримання сексуальних послуг за винагороду маємо важливі вікові відмінності. Так, серед групи респондентів до 25 років майже немає тих, хто платив комерційному сексуальному партнерові (таких 0,6%), тоді як у групі осіб, старших за 25 років, цей показник зростає до 4%. Інша ситуація із наданням сексуальних послуг за винагороду. Серед групи старших за 25 років таких 4,5%, а в молодшій групі – 11,7%.

Переважання молодших ЧСЧ серед надавачів сексуальних послуг та старших серед його покупців – характеризує відому тенденцію: залежний партнер (молодший вік, нижчий прибуток, нижчий рівень освіти²⁰ тощо) му- сить компенсувати це більшою готовністю вступити в сексуальний контакт і меншим рівнем “перебірливості”.

Цікаво, що за кількістю випадкових партнерів дві вікові групи (молодші та старші 25 років) не відрізняються.

3.3. Використання презервативів

Важливим індикатором ефективності профілактичних програм є національний показник використання ЧСЧ презерватива під час останнього анального сексуального контакту з чоловіком. За 2 роки, що минули з часу попереднього дослідження, цей показник значно поліпшився – з 39% в 2007 р. до 64% в 2009 р.

Таблиця 3.4.1. Динаміка національного показника «Відсоток ЧСЧ, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту з партнером-чоловіком», %, 2007–2009 роки, 6 міст

	Відсоток ЧСЧ, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту з партнером-чоловіком		
	серед усіх	15–24	25+
2007	39	39	39
2009	64	65	63

Вік опитаних не впливає на значення цього показника.

Щодо міст – значення цього національного показника сильно відрізняється: від 83% – в Івано-Франківську до 32% – у Херсоні. Чи залежить цей показник від рівня залученості до профілактичних програм? Як видно з таблиці 3.4.2, прямого зв'язку немає: є міста з високим рівнем залученості ЧСЧ до профілактичних програм і водночас низьким показником використання презерватива. Аналіз всієї вибірки, без розподілу на міста, також не вказує на наявність статистично значущого зв'язку між цими показниками: серед тих респондентів, хто залучений до профілактичних програм, показник використання презерватива становить 67%; серед тих, хто не залучений, – 61%. Значущість різниці не досягає необхідного рівня для того, щоб зробити висновок про наявність статистичного зв'язку між тим, що респондент залучений до профілактичних програм, і цим показником.

²⁰ Із родом занять корелює надання сексуальних послуг за гроші: найбільше тих, хто займається комерційним сексом (отримує гроші за секс), серед «утриманців» – 25%, учнів, студентів та аспірантів – 14% та безробітних – 10%.

Таблиця 3.4.2. Національні показники «Відсоток ЧСЧ, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту з партнером-чоловіком» і «Відсоток ЧСЧ, яких охоплено профілактичними програмами» за містами, %, 2009 рік

	Національний показник «Відсоток ЧСЧ, які використовували презерватив під час останнього статевого акту з партнером-чоловіком»	Національний показник «Відсоток ЧСЧ, яких охоплено профілактичними програмами»²¹
Івано-Франківськ	83	55
Львів	52	40
Ужгород	81	0
Полтава	78	0
Черкаси	52	67
Дніпропетровськ	72	0
Донецьк	58	7
Київ	45	50
Луганськ	38	0
Миколаїв	93	94
Одеса	81	16
Сімферополь	81	31
Харків	63	15
Херсон	32	61

Таблиця 3.4.3. Національний показник «Відсоток ЧСЧ, які використовували презерватив під час останнього статевого акту з партнером-чоловіком», розподіл серед клієнтів та неклієнтів громадських організацій, %, 2009 рік

	Відсоток ЧСЧ, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту з партнером-чоловіком	
	Клієнти	Не-клієнти
Івано-Франківськ	82	83
Львів	56	49
Ужгород	0	82
Полтава	0	78
Черкаси	54	37
Дніпропетровськ	35	71
Донецьк	41	57
Київ	46	49
Луганськ	0	36
Миколаїв	94	85
Одеса	66	61
Сімферополь	83	82
Харків	59	65
Херсон	30	51

²¹ Показник охоплення профілактичними програмами обчислюється таким чином: у чисельнику ЧСЧ, які відповіли, що протягом останніх 12 місяців безкоштовно отримували презерватив, та знають, де можна пройти тестування на ВІЛ; у знаменнику – всі учасники дослідження. Докладніше про охоплення ЧСЧ профілактичними програмами див. у Розділі 5.

Як видно з таблиці 3.4.3, тільки в Донецьку та Дніпропетровську є чіткий зв'язок між тим, що респондент є клієнтом НУО, та використанням презерватива під час останнього статевого контакту з партнером-чоловіком.

53% опитаних відповіли, що використовували презервативи постійно під час анальних контактів протягом останнього місяця, 18% – у більшості випадків, 8% – у половині випадків, 3% – іноді, 4% – рідко і 14% – ніколи. Різниця за віковими групами за цим показником незначуща.

Таблиця 3.4.4. Частота використання презервативів під час анальних контактів з чоловіками серед клієнтів та неклієнтів НУО, %, 2009 рік

	Клієнт	Неклієнт
Завжди (100%)	58	50
У більшості разів (75%)	17	19
У половині випадків (50%)	6	9
Іноді (25%)	3	3
Рідко (менше 10%)	3	4
Ніколи	13	14
Важко відповісти	0	0

Звернімо увагу на той факт, що серед тих ЧСЧ, які є клієнтами НУО, частка респондентів, які відповіли, що завжди використовували презервативи під час анальних сексуальних контактів з іншими чоловіками протягом місяця до дослідження, є статистично значущо вищою. Зазначимо, що ЧСЧ, які є клієнтами НУО, частіше використовують презервативи при анальних сексуальних контактах як з постійними, так і з випадковими партнерами.

Таблиця 3.4.5. Частота використання презервативів під час анальних контактів з чоловіками серед клієнтів та неклієнтів НУО, контакти з постійними та випадковими партнерами, %, 2009 рік

	З постійними партнерами		З випадковими партнерами	
	Клієнт	Неклієнт	Клієнт	Неклієнт
Завжди (100%)	54	44	70	53
У більшості разів (75%)	13	20	19	24
У половині випадків (50%)	6	6	3	9
Іноді (25%)	5	6	2	3
Рідко (менше 10%)	5	8	3	4
Ніколи	16	16	2	8
Важко відповісти	54	44	0	0

Серед тих респондентів, хто протягом останнього місяця мав анальні сексуальні контакти в пасивній ролі, – 69% під час останнього контакту використовували презерватив. Близький показник використання презерватива і під час останнього контакту в активній формі – 72%. Водночас дуже низький рівень використання презерватива під час останнього орального контакту – тільки 11%. Це, можливо, пояснюється тим, що в рамках інформаційних кампаній серед ЧСЧ недостатньо наголошується на необхідності використання презервативів під час орального сексу, що обумовлено порівняно меншим

ризиком інфікування внаслідок незахищеного орального сексу, ніж внаслідок незахищеного анального сексу.

Серед тих, у кого були сексуальні контакти з постійним партнером протягом останнього місяця, – 63% під час останнього контакту використовували презерватив.

Під час контактів з випадковими партнерами презерватив застосовують частіше – 78%.

ЧСЧ, які впродовж останніх 30 днів мали анальні сексуальні контакти тільки з постійними партнерами, рідше використовували презервативи, ніж ЧСЧ, які мали анальні сексуальні контакти як з постійними, так і з випадковими сексуальними партнерами. Для цих підгруп відрізняються як обчислення національного показника використання презерватива під час останнього анального контакту (60% проти 82%), так і частота використання презервативів (у першій підгрупі при кожному анальному контакті використовували презерватив 45%, в другій – 58%).

Домінантною причиною невикористання презерватива під час останнього контакту з постійним партнером є переконання, що «я і мій партнер здорові» – 22% від тих, хто має постійного партнера. Всі інші причини називають значно рідше: 6% вважають, що презерватив знижує чутливість; 2% вказали, що презерватив не було під рукою; 3% – що партнер наполягав на сексі без презерватива.

Таблиця 3.4.6. Причини невикористання презерватива, за типом партнера, %

	З постійними партнерами, N=558	З випадковими партнерами, N=261
Презерватива не було під рукою	8	39
Його використання знижує чутливість	21	35
Презерватив коштує занадто дорого	0	3
Партнер наполягав на тому, щоб не використовували	9	9
Я впевнений, що і я і партнер – здорові	73	16
Перебував у стані алкогольного сп'яніння	5	27
Перебував під впливом наркотиків	8	1

Інакшою є структура причин невикористання презервативів під час сексуальних контактів з випадковими партнерами. Частіше за все називають такі причини, як: презерватив не було під рукою (7%), використання презерватива знижує чутливість (6%) і перебування у стані алкогольного сп'яніння (5%).

Частота використання лубрикантів майже збігається з частотою використання презервативів під час сексуальних контактів: 54% респондентів протягом останніх 6 місяців постійно використовували лубрикант під час анальних контактів, 23% – у більшості разів, 9% – у половині випадків, близько 6% – іноді, тільки 5% – ніколи не використовували. Вікові групи опитаних не відрізняються за частотою використання лубрикантів. Єдиною причиною невикористання лубрикантів, що її називають досить часто, є відсутність лубриканта під рукою (11%).

3.4. Зв'язок між використанням презерватива та інфікованістю ВІЛ

Чи є статистично значущий зв'язок між використанням презерватива та результатом тесту на ВІЛ? Серед тих, хто перебував у пасивній ролі і чий партнер не використовував презерватив під час останнього анального контакту, статистично значуще більше ВІЛ-інфікованих, ніж серед тих, чий партнер використовував презерватив (17,6% проти 9,3%, рівень значущості $p < 0,001$).

Але для аналогічного показника активного анального контакту статистично значущого зв'язку між використанням презерватива та ВІЛ-статусом немає. Також немає зв'язку між використанням презерватива під час останнього орального контакту та ВІЛ-статусом.

З одного боку, ці результати можуть вказувати на ризикованість незахищеного анального сексу. Разом з тим, можливе інше – складніше пояснення: ВІЛ-позитивні чоловіки, знаючи про свій статус, та думаючи, що їхньому активному партнерові не загрожує інфікування, рідше наполягають на використанні презерватива з огляду на викладені вище суб'єктивні причини (зниження чутливості, небажання партнера тощо).

Є статистично значущий зв'язок між використанням презерватива під час останнього анального контакту та ВІЛ-статусом респондента. Цей зв'язок є як у разі контактів з постійним, так і з випадковим партнером. Також чітким є зв'язок між частотою використання презерватива за останні 6 місяців та ВІЛ-статусом – чим частіше використовував презерватив респондент, тим нижче ймовірність позитивного ВІЛ-статусу²².

Таблиця 3.4.1. Зв'язок між частотою використання презерватива за останні півроку та результатом тестування на ВІЛ, %, 2009 рік

	Позитивний результат тесту на ВІЛ серед ЧСЧ
Завжди (100%)	6
В більшості разів (75%)	9
У половині випадків (50%)	13
Іноді (25%)	16
Рідко (менше 10%)	16
Ніколи	12

3.5. Сексуальні контакти з жінками

Сексуальні контакти з жінками досить поширені в середовищі ЧСЧ. Так, 58% респондентів повідомили, що протягом життя у них були сексуальні контакти з жінками, і 33% – що такі контакти мали впродовж останніх шести місяців. Зазначимо, що в підгрупі респондентів, які мали сексуальні контакти з жінками протягом останнього півріччя, тільки половина (57%) мала 1 партнерку, всі інші – більше.

²² Статистична значущість .000 – 0.112.

Однак звертає на себе увагу слабкий зв'язок між самоідентифікацією себе як бісексуала та наявністю сексуальних контактів з жінками впродовж останніх 6 місяців. Так, наприклад, у Львові бісексуалами визнали себе близько 13%, а мали сексуальні контакти з жінками протягом останнього півріччя значно більше – 25%. У деяких містах частка бісексуалів і частка тих, хто має сексуальні контакти з жінками, збігаються. В цілому, звичайно, ідентифікація себе як гомосексуала або бісексуала дуже впливає на ймовірність сексуальних контактів з жінками. Так, серед тих, хто ідентифікує себе як гомосексуала, мали сексуальні контакти з жінками 20%, серед тих, хто вважає себе бісексуалом, – 65%. Взагалі треба звернути увагу на велику поширеність сексуальних контактів з жінками впродовж останніх 6 місяців серед респондентів дослідження – 33%. У деяких містах, таких, як Львів, Івано-Франківськ, частка таких респондентів перевищує 30%, у Харкові – становить 45%. Серед усіх опитаних частка тих, хто має сексуальні контакти з жінками, перевищує частку тих, хто ідентифікує себе як бісексуала.

З тих респондентів, які мали сексуальні контакти з жінками, 42% не використовували презерватив під час останнього сексуального контакту з жінкою. Очевидно, що жінки-партнери можуть виступати групами-містками. Цей факт, а також велика частка бісексуалів серед ЧСЧ, потребує врахування при розробці профілактичних програм (наприклад, включення інформації про безпечний секс при гетеросексуальних контактах)²³. Потребує також додаткового вивчення мотивація таких людей.

Таблиця 3.6.1. Сексуальна самоідентифікація та сексуальні контакти з жінками, розподіл за містами, %, 2009 рік

	Гей/гомосексуал	Бісексуал	Мали сексуальні контакти з жінками протягом останніх 6 місяців
Івано-Франківськ	48	51	35
Львів	87	13	25
Ужгород	83	16	11
Полтава	75	25	30
Черкаси	66	28	29
Дніпропетровськ	74	26	14
Донецьк	58	40	38
Київ	81	19	14
Луганськ	57	42	22
Миколаїв	84	16	13
Одеса	54	42	26
Сімферополь	83	15	19
Харків	53	47	45
Херсон	68	31	26

²³ Наведено відповідне рішення ПРГ: 16. Підготовка ЧСЧ-сервісними організаціями інформаційно-освітніх матеріалів для ЧСЧ у контексті профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу. Питання внесено секретарем групи Шереметом С. П. Заслухано інформацію секретаря Групи Шеремета С. П. Ухвалено консенсусом: 16.1. Рекомендувати ЧСЧ-сервісним організаціям України: 16.1.1. Включати до інформаційно-освітніх матеріалів для ЧСЧ, спрямованих на профілактику ВІЛ-інфекції/СНІДу та підтримку ВІЛ-позитивних ЧСЧ, мінімальну інформацію про ризики інфікування ВІЛ-інфекцією через гетеросексуальні статеві контакти та через практику групового сексу. ПРОТОКОЛ № 10 засідання Постійної референтної групи з питань ЛГБТ-спільноти та ЧСЧ-сервісних проектів в Україні, м. Київ, центральний офіс ВБО «Всеукраїнська Мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД», 18 серпня 2009 р.

Таблиця 3.6.2. Порівняння частоти використання презервативів з жінками та чоловіками, %, 2009 рік

	З жінками за останні пів-року	З постійними партнерами-чоловіками	З випадковими партнерами-чоловіками
Завжди	36	49	54
У більшості разів	13	20	24
У половині випадків	13	7	7
Іноді	7	6	3
Рідко	6	7	4
Ніколи	23	11	9

Звертає на себе увагу той факт, що презервативи частіше використовуються при сексуальних контактах з партнерами-чоловіками, ніж з жінками. Можливо, причиною є те, що у запитаннях про використання презервативів під час сексуальних контактів з чоловіками наголошувалось на анальних контактах, тоді як у питаннях про контакти з жінками не було вказано, що маються на увазі вагінальні, оральні або анальні контакти.

Серед ЧСЧ, які мали сексуальні стосунки з жінками, 20% повідомили про те, що були випадки, коли презерватив порвався під час сексуального контакту з жінкою. 35% вказали, що були випадки, коли презерватив не було надягнуто до початку статевого акту з жінкою. 18% підтвердили, що були випадки, коли сексуальний акт з жінкою продовжувався після того, як презерватив було знято.

3.6. Зв'язок між рівнем знань про ВІЛ та користуванням презервативами

Можна припустити, що людина, краще обізнана щодо ВІЛ, буде характеризуватися безпечнішими практиками поведінки – наприклад, частіше використовуватиме презервативи під час сексу. Вище вже зазначалося, що одним з національних показників є інтегральна оцінка знання ЧСЧ щодо ВІЛ²⁴. Нижче ми перевіримо гіпотезу, чи справді краща обізнаність (у нашому випадку це ЧСЧ, які правильно відповіли на всі п'ять запитань) пов'язана з безпечнішими практиками.

Результати дослідження засвідчують: дещо більше осіб серед добре обізнаних ЧСЧ повідомили, що під час свого останнього анального сексуального контакту (в пасивній ролі) використовували презерватив, – 71% проти 65% ($p < 0,05$) серед ЧСЧ, які помилилися принаймні в одній з п'яти відповідей на запитання щодо знань про шляхи статевої передачі ВІЛ (табл. 3.7.1). Також статистично значущі відмінності простежуються щодо останнього сексуального контакту з жінкою: якщо серед добре обізнаних ЧСЧ користувалися презервативом 58% опитаних, то серед гірше обізнаних – 48% ($p < 0,05$). Утім, як ми можемо бачити, такі розбіжності не є суттєвими за величиною. Щодо анальних (в активній ролі) та оральних сексуальних контактів, то частка тих, хто користувався презервативом під час останнього разу, не відрізняється залежно від рівня обізнаності.

²⁴ Див. Розділ 2 «Рівень знань про ВІЛ».

Таблиця 3.7.1. Використання презерватива під час останнього сексуального контакту серед різних за обізнаністю щодо ВІЛ ЧСЧ, %, 2009 рік

	ЧСЧ, які помилилися у відповіді принаймні на одне з 5 запитань про знання	ЧСЧ, які правильно відповіли на всі 5 запитань про знання
Останній анальний сексуальний контакт (у пасивній ролі)	65	71
Останній анальний сексуальний контакт (в активній ролі)	72	72
Останній оральний сексуальний контакт	13	10
Останній сексуальний контакт з жінкою	48	58

Слід також розглянути зв'язок між знанням і частотою використання презервативів з партнерами різних категорій. Так, серед обізнаних ЧСЧ більше тих, хто протягом останніх 30 днів завжди або майже завжди використовував презерватив під час анального сексу з партнерами-чоловіками, – 56% проти 44% серед гірше обізнаних ($p < 0,01$) (табл. 3.7.2). Аналогічна тенденція простежується і щодо анального сексу з постійними партнерами за період останніх 6 місяців (51% проти 39%, $p < 0,01$), випадковими партнерами (64% проти 49%, $p < 0,01$), комерційними партнерами, коли респондентів платили за послуги (68% проти 42%, $p < 0,01$), партнерами-жінками (41% проти 31%, $p < 0,05$).

Таблиця 3.7.2. Частка тих, хто завжди або майже завжди використовував презерватив серед різних за обізнаністю щодо ВІЛ ЧСЧ, %, 2009 рік

	ЧСЧ, які помилилися у відповіді принаймні на одне з п'яти запитань щодо знань про шляхи статевої передачі ВІЛ	ЧСЧ, які правильно відповіли на всі 5 запитань щодо знань про шляхи статевої передачі ВІЛ
Анальні сексуальні контакти з партнерами-чоловіками за останні 30 днів	44	56
Анальні сексуальні контакти з постійними партнерами-чоловіками за останні 6 місяців	39	51
Анальні сексуальні контакти з випадковими партнерами-чоловіками за останні 6 місяців	49	64
Анальні сексуальні контакти з комерційними партнерами-чоловіками (коли респондентів платили) за останні 6 місяців	31	42
Сексуальні контакти з партнерами-жінками за останні 6 місяців	44	56

Таким чином, справді простежується деякий зв'язок між знанням та використанням презервативів. Утім, все одно зв'язок не є надто міцним.

Чи є зв'язок між тим, що респондент є клієнтом НУО, та частотою використання презервативів? За жодним показником, який вимірює викорис-

тання презерватива під час останніх сексуальних контактів (різного роду), немає надійного статистично значущого зв'язку між тим, що респондент є клієнтом НУО, та використанням презерватива.

Таблиця 3.7.3. Використання презерватива під час останнього сексуального контакту серед клієнтів та неклієнтів НУО, %, 2009 рік

	Клієнти	Неклієнти
Останній анальний сексуальний контакт (у пасивній ролі)	44	46
Останній анальний сексуальний контакт (в активній ролі)	50	49
Останній оральний сексуальний контакт	7	14
Останній сексуальний контакт з жінкою	37	45

Але є статистично значущий зв'язок між показниками частоти використання презервативів та приналежністю респондента до клієнтів організації.

Таблиця 3.7.4. Частка тих, хто завжди або у більшості випадків використовував презерватив серед клієнтів та неклієнтів НУО, %, 2009 рік

	Клієнти	Неклієнти
Анальні сексуальні контакти з партнерами-чоловіками за останні 30 днів	75	69
Анальні сексуальні контакти з постійними партнерами-чоловіками за останні 6 місяців	58	50
Анальні сексуальні контакти з випадковими партнерами-чоловіками за останні 6 місяців	65	53
Сексуальні контакти з партнерами-жінками за останні 6 місяців	58	45

Серед ЧСЧ, які протягом останніх 6 місяців мали сексуальні контакти з чоловіками, 28% повідомили про те, що були випадки, коли презерватив порвався під час сексуального контакту. Кожен другий (51%) респондент повідомив, що траплялися випадки, коли презерватив не було надягнуто до початку сексуального акту. Такий значний відсоток випадків пов'язаний, ймовірно, з тією обставиною, що сексуальний акт міг розумітися респондентами ширше. Не кожен сексуальний акт вимагає використання презерватива від початку, бо не завжди починається одразу з проникаючого сексу. 16% вказали, що були випадки, коли сексуальний акт продовжувався після того, як презерватив було знято. В принципі, ці дані можуть вказувати на поширеність практик неправильного використання презервативів серед ЧСЧ. Але потрібні якісні дослідження, які б пояснили, що саме респонденти мають на увазі під "сексуальним актом": наприклад, чи йдеться про продовження анального сексу без презерватива чи про перехід до іншої сексуальної активності? Те ж саме стосується і практик одягання презерватива не з самого початку статевого акту. Що самі респонденти вважають статевим актом, відповідаючи на це запитання? Такі самі проблеми актуальні й для аналізу відповідей про «неправильне» використання презервативів під час контактів із жінками.

Зазначені вище методологічні недоліки повинні враховуватися у плануванні майбутніх досліджень.

3.7. Досвід сексуальних стосунків з ВІЛ-позитивним партнером

Близько 3% опитаних повідомили, що протягом останніх 6 місяців вступали в сексуальні контакти з ВІЛ-інфікованою особою. Близько 80% тих, в кого були такі контакти, використовували при цьому презерватив. Серед цієї групи значно вищий рівень інфікованих на ВІЛ – 33%, ніж серед тих, у кого не було сексуальних контактів з ВІЛ-позитивними партнерами. Додаткового дослідження потребує характер взаємозв'язків між цими групами: чи ЧСЧ, які знають про свій позитивний ВІЛ-статус, імовірніше обирають як партнерів також ВІЛ-позитивних, чи, навпаки, їх статус є результатом сексуальних контактів з уже інфікованими. Щодо показників охопленості профілактичними програмами та рівня знань щодо ВІЛ, то в цій групі він вищий, ніж у групі тих, хто не мав сексуальних контактів з ВІЛ-позитивними. Частота використання презервативів (з різними категоріями партнерів) майже не відрізняється в цих двох групах.

РОЗДІЛ 4. ПРАКТИКА ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ ТА НАРКОТИКІВ

Переважна більшість опитаних ЧСЧ вживають алкоголь (85%), тільки 15% повідомили, що не вживають. Між віковими групами за цим показником немає статистично значущої різниці. Приблизно кожен десятий опитаний вживає алкоголь щодня (8%), кожен другий (48%) – не рідше одного разу на тиждень, ще 41% – рідше одного разу на тиждень. Знову ж таки, за частотою вживання алкоголю між віковими групами статистично значущої різниці немає.

Кожен десятий опитаний протягом останнього року вживав неін'єкційні наркотики (11%), ще 5% повідомили, що вживали їх раніше. Дуже незначна кількість опитаних (0,6%) зараз вживають наркотики ін'єкційним шляхом, ще 0,7% вживали їх раніше. Зауважимо, що практика вживання неін'єкційних наркотиків трохи більше поширена серед молодшої вікової групи (до 25 років) – 14% проти 9%.

Частка тих, хто вживає сексуальні стимулятори, приблизно така сама, як і тих, хто має досвід вживання неін'єкційних наркотиків, – 11%. Розповсюдженість вживання стимуляторів майже не відрізняється за віковими групами. Вживання сексуальних стимуляторів корелює з вживанням неін'єкційних наркотиків – серед тих, хто протягом останніх 12 місяців вживав сексуальні стимулятори, 25% вживали неін'єкційні наркотики, серед тих, хто не вживав, – 9% (значущість відмінностей $p < 0,01$).

Вживання ін'єкційних наркотиків майже не поширене серед ЧСЧ. Звернімо увагу, що через невелику кількість респондентів, що вживали наркотики за допомогою ін'єкцій, статистичний аналіз частоти вживання і використання стерильного інструментарію небажаний (таких респондентів тільки 14).

Серед учасників дослідження досить поширені сексуальні контакти в стані алкогольного сп'яніння. Так, тільки 41% опитаних вказали, що протягом останнього місяця не вступали в сексуальні стосунки в стані алкогольного сп'яніння. Зазначмо, що практика сексуальних контактів у стані алкогольного сп'яніння більш поширена у віковій групі старше 25 років.

Серед респондентів, які вступали в сексуальні контакти в стані алкогольного сп'яніння протягом останнього місяця, статистично значуще більше тих, хто:

- не використовував презерватив під час останнього пасивного анального контакту з чоловіком (21% проти 16%);

- не використовував презерватив під час останнього активного сексуального контакту з жінкою (23% проти 12%);
- не завжди використовував презерватив протягом останніх 30 днів;
- не завжди використовував лубрикант протягом останніх 30 днів та останнього анального сексуального контакту;
- не використовував презерватив під час останнього активного контакту з жінкою (49% проти 29%);
- продовжував сексуальний акт з чоловіком, коли презерватив було знято (18% проти 14%).

Таблиця 4.1. Як часто респонденти протягом останнього місяця вступали в сексуальні контакти, знаходячись в стані алкогольного сп'яніння, %, 2009 рік, N=2275

	% серед усіх опитаних
Завжди	3
>50%	12
50%	20
< 50%	23
Ніколи	42
Не пам'ятаю	1
Немає відповіді	0
Кількість відповідей	2275

В цілому, можна зробити висновок, що існує прямий статистичний зв'язок між практикою сексуальних контактів в стані алкогольного сп'яніння та небезпечною сексуальною поведінкою. В профілактичні програми та проекти має бути включений компонент, присвячений темі вживання алкоголю та сексуальної поведінки.

РОЗДІЛ 5. ОХОПЛЕННЯ ПРОГРАМАМИ ПРОФІЛАКТИКИ

5.1. Знання симптомів ІПСШ

Крім загального знання про те, як ВІЛ передається та про шляхи запобігання інфікуванню ВІЛ, важливим є також знання симптомів захворювань, що передаються статевим шляхом. Результати дослідження засвідчують, що лише 10% респондентів не змогли назвати жодного симптому ІПСШ (табл. 5.1.1). Зазначимо, що респондентам ставилося відкрите запитання, варіанти відповідей не пропонувалися. Причому серед тих, хто зміг відповісти на запитання щодо знання симптомів ІПСШ, лише 11% назвали тільки один симптом. 47% назвали 2–3 симптоми, а 42% – 4 та більше симптомів. Найчастіше згадувалися виділення зі статевих органів (73% серед усіх опитаних ЧСЧ назвали цей симптом), а також висип, виразки на статевих органах (63%) і печія та свербіж при сечовиділенні (60%). Решту симптомів назвали приблизно третина респондентів.

Відповіді представників різних вікових груп відрізняються. Так, з віком скорочується частка тих, хто не зміг назвати жодного симптому, – з 23% серед 15–19-річних до 6% серед 25+-річних ($p < 0,01$). Також зі збільшенням віку ЧСЧ називали дедалі більшу кількість симптомів. Якщо говорити про названі симптоми, то загальна структура збігається зі структурою серед усіх опитаних ЧСЧ.

Таблиця 5.1.1. Знання симптомів ІПСШ,
за віковими групами, %, 2009 рік

	Усі ЧСЧ	ЧСЧ у віці 15–19 років	ЧСЧ у віці 20–24 років	25+ років
Виділення зі статевих органів	73	54	65	80
Печія та свербіж при сечовиділенні	60	41	55	65
Висип, виразки на статевих органах або анусі	63	51	62	65
Збільшення пахових лімфовузлів	31	23	27	34
Підвищення температури тіла, погіршення загального стану	35	25	35	37
Біль, неприємні відчуття під час ерекції	39	32	42	39
Інше	6	7	8	5
Немає відповіді	10	23	13	6

Результати дослідження засвідчують, що ЧСЧ, які проживають у різних містах, характеризуються дещо відмінним знанням симптомів ІПСШ (табл. 5.1.2). Важливо відзначити, що кожен четвертий серед опитаних ЧСЧ Дніпропетровська (27%) і Одеси (25%) не зміг назвати жодного симптому. У Донецьку також фіксується велика частка таких респондентів. Наголосимо також, що, попри дуже низький інтегральний показник рівня знань про ВІЛ, в Івано-Франківську лише 2% ЧСЧ не назвали жодного симптому. А серед більш обізнаних 85% змогли назвати 4 і більше симптомів (серед цих 85% – 45% назвали 6 симптомів), що є найвищим показником серед усіх міст. Найменшу кількість симптомів називали ЧСЧ з Харкова. В цьому місті, незважаючи на те, що лише 5% не змогли назвати жодного симптому, 89% тих, хто зміг відповісти на запитання, називали до 3-х симптомів. Статистично значущого зв'язку між рівнем знання про ІПСШ та досвідом захворювання на ІПСШ за останній рік немає.

Таблиця 5.1.2. Частка опитаних ЧСЧ, які назвали симптом ІПСШ, розподіл за містами, %, 2009 рік

	Івано-Франківськ	Львів	Ужгород	Полтава	Черкаси	Дніпропетровськ	Донецьк	Київ	Луганськ	Миколаїв	Одеса	Сімферополь	Харків	Херсон
Виділення зі статевих органів	98	93	89	86	90	50	67	59	90	65	48	74	58	80
Печія та свербіж при сечовиділенні	75	88	68	80	66	24	45	51	65	57	36	80	54	66
Висип, виразки на статевих органах або анусі	94	81	59	66	80	53	68	70	85	27	42	81	49	36
Збільшення пахових лімфовузлів	93	46	44	15	47	28	26	17	49	4	14	37	14	18
Підвищення температури тіла, погіршення загального стану	58	49	30	18	59	24	20	42	46	58	23	25	18	22
Біль, неприємні відчуття під час ерекції	67	76	64	50	50	32	30	34	26	12	35	13	31	38
Інше	5	5	4	2	10	3	3	17	1	0	13	0	6	15
Немає відповіді	2	2	4	1	4	27	18	13	9	9	25	4	9	5

5.2. Охоплення програмами профілактики

Оскільки ЧСЧ належать до категорії особливо вразливих до ВІЛ людей, то існує потреба в постійних профілактичних програмах. Один з Національних показників характеризує охопленість ЧСЧ такими програмами. Показник складається з відповідей на два запитання: 1) Чи отримували Ви за останні 12 місяців презервативи? та 2) Чи знаєте Ви, куди слід звертатися, якщо хо-

чете пройти тест на ВІЛ?²⁵. Чисельник показника – це ті ЧСЧ, які на обидва запитання відповіли «так». Знаменник – усі опитані ЧСЧ.

Результати дослідження засвідчують, що 63% опитаних ЧСЧ – охоплені профілактичними програмами. Приблизно однаковою мірою охоплені різні за віком ЧСЧ.

Звернімо увагу, що національний показник охоплення профілактичними програмами зріс із 50% у 2007 році до майже 63% у 2009.

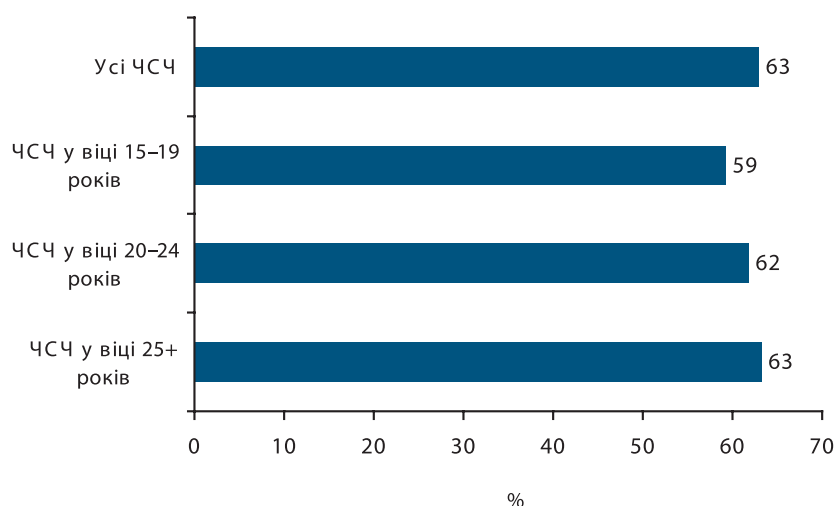


Рис. 5.2.1. Національний показник «Відсоток ЧСЧ, яких охоплено профілактичними програмами», %, серед усіх ЧСЧ та за віковими групами, 2009 рік

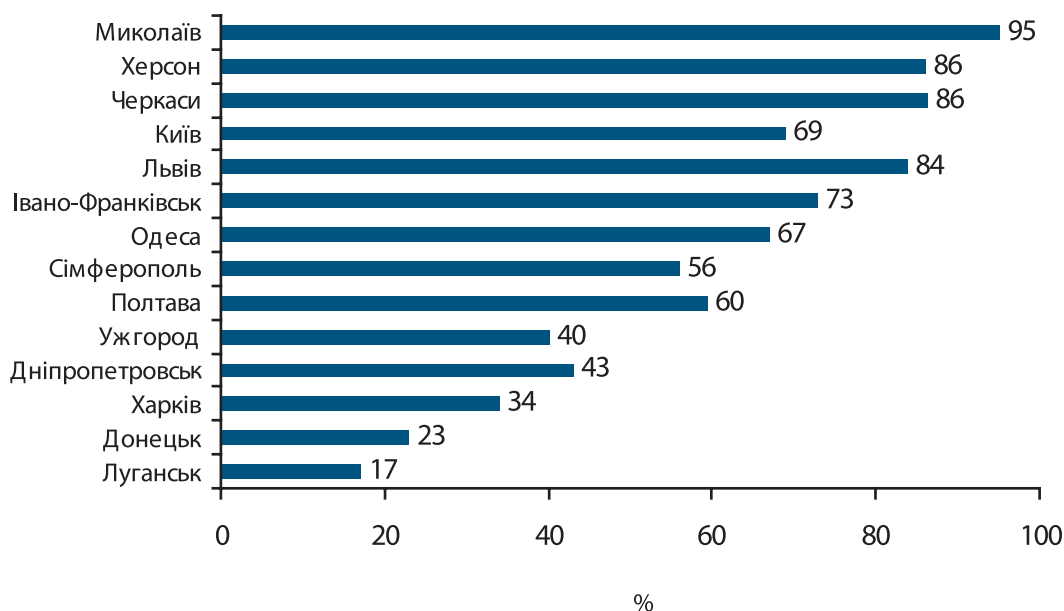


Рис. 5.2.2. Національний показник «Відсоток ЧСЧ, які охоплені профілактичними програмами», розподіл за містами, %, 2009 рік

²⁵ Перше запитання-складник індикатору буде окремо детальніше розглянуте нижче в цьому розділі. Друге запитання буде окремо проаналізоване у Розділі 6.

Непрямим свідченням охоплення профілактичними програмами можуть виступати частка опитаних ЧСЧ, які є клієнтами громадських організацій, які працюють з ЧСЧ, та частка ЧСЧ, які протягом останніх 12 місяців отримували ту чи іншу допомогу від громадських організацій свого міста (табл. 5.2.1). Так, 38% опитаних ЧСЧ є клієнтами тієї чи іншої громадської організації, яка працює з ЧСЧ (причому серед різних вікових груп частка приблизно однакова). Якщо говорити про отримання послуг, то 2/3 ЧСЧ отримували їх упродовж останніх 12 місяців. Зазначмо, що дещо частіше послуги отримували ЧСЧ у віці 15–19 років (75%), порівняно з 20–24-річними (65%) та 25+-річними (67%).

Суттєво відрізняється частка ЧСЧ-клієнтів громадських організацій залежно від міста. Так, якщо абсолютна більшість опитаних у Миколаєві, Черкасах, Херсоні та Києві є клієнтами громадських організацій, які працюють з ЧСЧ, то серед опитаних Ужгорода, Полтави та Луганська немає жодного такого респондента, що, вочевидь, пов'язано з відсутністю ЧСЧ-сервісних організацій у зазначених містах. Простежуються суттєві розбіжності і щодо частки тих, хто отримував послуги за останні 12 місяців. За винятком Черкас і Миколаєва, у всіх містах суттєво більше ЧСЧ, які отримували ті чи інші послуги, ніж ЧСЧ, які є клієнтами організацій (табл. 5.2.1). Радше за все, це пов'язано з тим, що під час опитування респонденти визначалися як клієнти організацій лише тоді, якщо вони мали картку або індивідуальний код. Оскільки послуги надаються і ЧСЧ, які не мають таких «посвідчень», то кількість формальних клієнтів є закономірно суттєво нижчою.

Таблиця 5.2.1. Частка ЧСЧ, які є клієнтами громадських організацій, які працюють з ЧСЧ, і частка ЧСЧ, які протягом останніх 12 місяців отримували послуги від громадських організацій, %, 2009 рік

	% ЧСЧ, які є клієнтами громадських організацій	% клієнтів, які отримували резерватив протягом останнього місяця	% ЧСЧ, які користувались послугами громадських організацій
Серед усіх ЧСЧ	38	83	67
Серед ЧСЧ у віці 15–19 років	34	70	75
Серед ЧСЧ у віці 20–24 років	41	82	65
Серед ЧСЧ у віці 25+ років	38	86	67
Івано-Франківськ	61	89	74
Львів	49	80	98
Ужгород	0	–	87
Полтава	0	–	14
Черкаси	85	82	84
Дніпропетровськ	2	–	28
Донецьк	9	82	48
Київ	77	69	96
Луганськ	0	–	13
Миколаїв	97	97	99
Одеса	17	53	76
Сімферополь	30	98	41
Харків	17	100	75
Херсон	78	76	92

5.3. Отримування презервативів та інформованість про те, де можна пройти тестування на ВІЛ

Презервативи є одним з найефективніших засобів можливого запобігання інфікуванню ВІЛ та ІПСШ. Попри те, що опитані ЧСЧ рідко говорили про недоступність презервативів через їхню вартість, все одно важливо, щоб представники особливо вразливих категорій завжди мали можливість отримати, якщо потрібно, презерватив. Під час опитування респондентам ставилося запитання, чи отримували вони протягом останніх 12 місяців презервативи²⁶. 2/3 опитаних повідомили, що вони справді отримували презервативи протягом цього періоду (рис. 5.3.1). Серед різних вікових категорій частка таких ЧСЧ приблизно однакова.

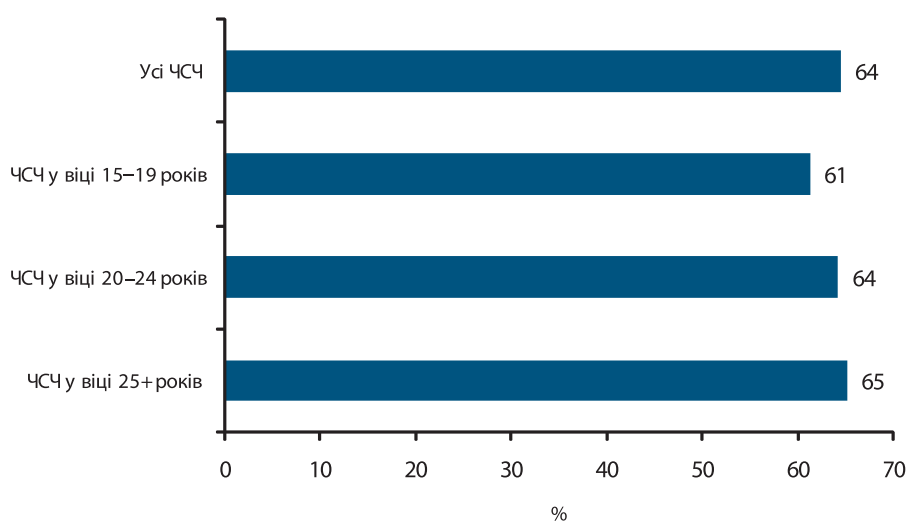


Рис. 5.3.1. Кількість ЧСЧ, які отримували презервативи протягом останніх 12 місяців, %, 2009 рік

Результати дослідження демонструють, що частка ЧСЧ, які впродовж останніх 12 місяців отримували презервативи, суттєво варіює залежно від міста, де проводилося дослідження (рис. 5.3.2). Так, найнижче значення простежується в Луганську, де лише 23% опитаних ЧСЧ повідомили, що вони отримували презервативи. Також невеликим значенням характеризується Донецьк (29%), Харків (34%), Дніпропетровськ (37%), Ужгород (42%). А найбільшою часткою характеризуються такі південноукраїнські міста, як Миколаїв (98%) та Херсон (96%). Утім, не слід забувати, що така ситуація може бути спричинена тим, що в одних містах до вибірки потрапили більше ЧСЧ, які тією чи іншою мірою пов'язані з діяльністю ЧСЧ-сервісних організацій у своєму місті. Так, серед п'яти міст з найнижчим показником тільки в Харкові кількість ЧСЧ-клієнтів організацій сягає 17%. У Донецьку кількість ЧСЧ-клієнтів організацій становить 9%, а в Дніпропетровську – 2%. У Луганську та Ужгороді жоден з респондентів не є клієнтом якої-небудь громадської організації. У той же час серед опитаних ЧСЧ Миколаєва 97% повідомили, що вони є клієнтами якої-небудь організації. У Херсоні цей показник склав 78%.

²⁶ Малось на увазі отримання презервативів від представників громадських організацій, медичних працівників, у нічних клубах, на вечірках тощо.

У цілому, простежується закономірність – чим більше у вибірці ЧСЧ-клієнтів організацій, тим більше тих, хто отримував презервативи протягом останніх 12 місяців. Так, загалом, серед ЧСЧ, які є клієнтами будь-якої громадської організації, 97% отримували протягом останніх 12 місяців презервативи, а серед ЧСЧ, які не є клієнтами, такий показник становить лише 44%.

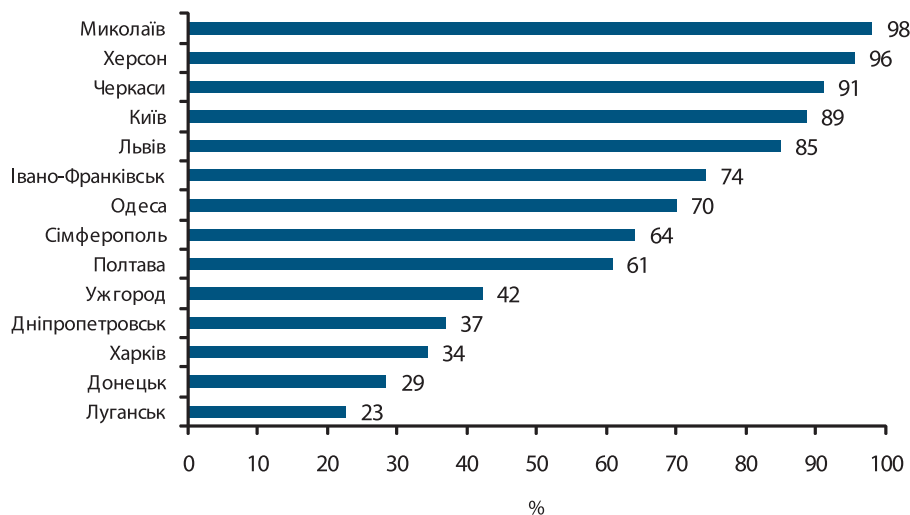


Рис. 5.3.2. Кількість ЧСЧ, які отримували презервативи протягом останніх 12 місяців, розподіл за містами, %, 2009 рік

Як зазначалося вище, одним із питань, за результатами відповідей на яке розраховується Національний показник «Охоплення профілактичними програмами», є питання щодо знань, де можна пройти тестування на ВІЛ. Рівень знань про місця, де можна пройти тестування на ВІЛ, достатньо високий – 89% опитаних ЧСЧ ствердно відповіли на це запитання. Щодо ситуації у різних містах, то, знову ж таки, як і за іншими показниками, звертають на себе увагу Донецьк, де спостерігається найменша частка ствердних відповідей, та Луганськ.

Таблиця 5.3.1. Частка ЧСЧ, що знають, де можна пройти тест на ВІЛ, розподіл за віком, %, 2009 рік

	% серед відповідної категорії респондентів
Серед усіх ЧСЧ	89
Серед ЧСЧ у віці 15–19 років	86
Серед ЧСЧ у віці 20–24 років	89
Серед ЧСЧ у віці до 25 років	88
Серед ЧСЧ у віці 25+ років	89

Таблиця 5.3.2. Частка ЧСЧ, що знають, де можна пройти тест на ВІЛ, розподіл за містами, %, 2009 рік

Івано-Франківськ	97
Львів	97
Ужгород	96
Полтава	99
Черкаси	94
Дніпропетровськ	83
Донецьк	45
Київ	95
Луганськ	69
Миколаїв	99
Одеса	92
Сімферополь	93
Харків	89
Херсон	70

5.4. Послуги ВІЛ-сервісних організацій для чоловіків, які практикують секс із чоловіками

Вище коротко була розглянута поширеність отримання послуг від НУО. Проте слід детальніше розглянути, які саме послуги отримували ЧСЧ. Як уже зазначалося вище, 2/3 ЧСЧ отримували ті чи інші послуги протягом останніх 12 місяців. Найчастіше вони отримували спеціальні інформаційні буклети – 56% відзначили, що отримували таку послугу (табл. 5.5.1). Доволі багато ЧСЧ отримували такі послуги, як тестування на ВІЛ (39%), консультації з питань ВІЛ/СНІДу, ІПСШ (36%). Поширені були також і деякі інші послуги. Простежуються деякі відмінності серед різних за віком ЧСЧ, але вони в основному несуттєві. У цілому, серед різних за віком ЧСЧ структура отримуваних послуг однакова.

Суттєві розбіжності щодо отримання послуг простежуються серед ЧСЧ з різних міст (табл. 5.4.2). Насамперед зауважимо, що найчастіше отримували допомогу ЧСЧ зі Львова, Києва та Миколаєва, а найрідше – ЧСЧ з Полтави, Луганська та Дніпропетровська. Доволі велика кількість ЧСЧ з Донецька та Сімферополя також не отримували жодної допомоги. Простежуються також суттєві відмінності і в структурі отримуваних послуг.

Окрім знання того, які послуги отримують ЧСЧ, важливо також розуміти, в яких послугах вони найперше відчують потребу. Адже, володіючи таким знанням, можна адаптувати регіональні програми таким чином, щоб вони найбільшою мірою відповідали потребам представників цієї групи. Так, результати дослідження засвідчують, що дуже незначна кількість опитаних ЧСЧ не відчуває потреби в жодній послугі (табл. 5.4.3). Опитані найбільше відчувають потребу в тестуванні на ВІЛ (72% з них висловили таку думку), безкоштовному тестуванні на сифіліс та ІПСШ (61%), в інформаційних зустрічах ЛГБТ (62%). ЧСЧ зацікавлені також і в низці інших послуг громадсь-

ких організацій. Хоча структура потреб дещо відрізняється серед різних за віком ЧСЧ, але, у цілому, залишається дуже подібною.

Таблиця 5.4.1. Які послуги отримували ЧСЧ від НУО протягом останніх 12 місяців, %, 2009 рік

	Серед усіх ЧСЧ	Серед ЧСЧ у віці 15–19 років	Серед ЧСЧ у віці 20–24 років	Серед ЧСЧ у віці 25+ років
Спеціальні інформаційні буклети	56	63	55	56
Спеціалізовані місцеві Інтернет-ресурси	23	27	26	21
Служба «Телефон довіри»	5	4	5	5
Група взаємодопомоги, психологічна підтримка	17	12	20	17
Консультації з питань ВІЛ/СНІДу, ІПСШ	36	40	38	35
Консультації щодо подолання алкогольної/наркотичної залежності	2	6	2	1
Тестування на ВІЛ-інфекцію	39	37	39	39
Безкоштовне обстеження на сифіліс та інші ІПСШ	28	25	26	30
Безкоштовне обстеження на гепатит В	10	5	6	13
Лікування сифілісу та інших ІПСШ	1	1	1	1
Послуги з догляду, підтримки, групи взаємопідтримки і формування позитивного ставлення до АРТ і ВІЛ-позитивних ЧСЧ	2	2	2	1
Інформація про інші організації	11	7	12	12
Консультації юриста	9	10	8	9
Консультації психолога	17	19	16	17
Інформаційні зустрічі для ЛГБТ	25	25	29	23
Консультації щодо гомосексуального партнерства і виховання дітей у гомосексуальних шлюбах	3	2	3	3
Ком'юніті-центр для ЛГБТ	21	16	24	21
Інше	3	1	3	4
Нічого не отримували	33	25	35	33

Таблиця 5.4.2. Які послуги отримували ЧСЧ з різних міст від НУО протягом останніх 12 місяців, розподіл за містами, %, 2009 рік

	Івано-Франківськ	Львів	Ужгород	Полтава	Черкаси	Дніпропетровськ	Донецьк	Київ	Луганськ	Миколаїв	Одеса	Сімферополь	Харків	Херсон
Спеціальні інформаційні буклети	67	92	49	9	75	22	37	83	11	88	61	40	53	84
Спеціалізовані місцеві Інтернет-ресурси	13	43	11	5	19	6	1	48	0	89	19	1	7	42
Служба «Телефон довіри»	0	22	16	0	4	6	3	9	1	3	1	1	3	1
Група взаємодопомоги, психологічна підтримка	57	37	6	0	22	6	6	31	0	11	3	28	4	35
Консультації з питань ВІЛ/СНІДу, ІПСШ	56	53	9	0	69	15	11	62	0	62	28	29	37	67
Консультації щодо подолання алкогольної/наркотичної залежності	2	0	2	0	3	3	0	9	0	1	1	0	2	3
Тестування на ВІЛ-інфекцію	48	64	63	0	38	10	13	68	0	88	34	2	39	60
Безкоштовне обстеження на сифіліс та інші ІПСШ	36	44	7	0	32	7	11	53	0	88	26	2	19	47
Безкоштовне обстеження на гепатит В	3	2	14	0	5	0	1	4	0	80	10	1	2	5
Лікування сифілісу та інших ІПСШ	2	2	1	0	3	0	1	3	0	0	0	0	2	4
Послуги з догляду, підтримки, групи взаємодопомоги і формування позитивного ставлення до АРТ і ВІЛ-позитивних ЧСЧ	1	5	2	0	1	1	1	6	0	0	0	2	1	0
Інформація про інші організації	14	7	3	0	17	10	4	24	0	10	2	2	8	60
Консультації юриста	27	40	4	0	14	0	0	4	0	15	10	0	1	16
Консультації психолога	51	20	6	0	6	8	5	11	0	60	16	10	9	28
Інформаційні зустрічі для ЛГБТ	11	63	3	0	12	11	7	40	0	88	12	32	2	52
Консультації щодо гомосексуального партнерства і виховання дітей у гомосексуальних шлюбах	1	3	4	0	6	2	0	7	0	2	4	1	2	9
Ком'юніті-центр для ЛГБТ	2	2	1	0	2	5	4	57	1	94	4	32	5	67
Інше	2	1	1	0	1	0	4	0	0	0	10	0	10	18
Нічого	26	2	13	86	16	73	52	4	87	1	24	59	25	8

Таблиця 5.4.3. В яких послугах ЧСЧ відчують найбільшу потребу, %, 2009 рік

	Серед усіх ЧСЧ	Серед ЧСЧ у віці 15–19 років	Серед ЧСЧ у віці 20–24 років	Серед ЧСЧ у віці 25+ років
Тестування на ВІЛ-інфекцію	72	71	75	71
Інформаційні зустрічі для ЛГБТ	62	56	62	62
Безкоштовне обстеження на сифіліс та інші ІПСШ	61	58	69	58
Ком'юніті-центр для ЛГБТ	57	61	60	56
Безкоштовне обстеження на гепатит В	49	42	53	48
Консультації психолога	47	45	44	48
Спеціальні інформаційні буклети	45	41	47	46
Спеціалізовані місцеві Інтернет-ресурси	44	35	44	45
Консультації з питань ВІЛ/СНІДу, ІПСШ	44	39	48	43
Консультації юриста	38	27	39	39
Група взаємодопомоги, психологічна підтримка	33	27	33	33
Служба «Телефон довіри»	25	18	23	27
Інформація про інші організації	27	21	29	27
Консультації щодо гомосексуального партнерства і виховання дітей у гомосексуальних шлюбах	27	22	30	27
Лікування сифілісу та інших ІПСШ	13	9	16	13
Послуги з догляду, підтримки, групи взаємодопомоги і формування позитивного ставлення до АРТ і ВІЛ-позитивних ЧСЧ	10	4	10	11
Консультації щодо подолання алкогольної/наркотичної залежності	8	4	7	9
Нічого	4	4	3	5
Інше	4	2	4	4

Очікувано простежуються відмінності залежно від міста, де проводилося опитування (табл. 5.4.4). Насамперед відзначимо, що найбільшу кількість тих, хто не відчуває потреби в жодних послугах, зафіксовано в Дніпропетровську (24%) та Харкові (14%). Структура різних потреб також суттєво варіює. Наприклад, тестування на ВІЛ є актуальним для майже всіх опитаних ЧСЧ з Івано-Франківська та Сімферополя, тоді як лише 34% ЧСЧ Львова висловили потребу в такій послугі. Таким чином, в аналізі потреб такої соціальної групи, як ЧСЧ, слід враховувати регіональний аспект, адже ЧСЧ з різних міст (регіонів) мають відмінні потреби, на задоволення яких і повинні спрямовувати зусилля неурядові організації.

Таблиця 5.4.4. В яких послугах відчують найбільшу потребу ЧСЧ, розподіл за містами, %, 2009 рік

	Івано-Франківськ	Львів	Ужгород	Полтава	Черкаси	Дніпропетровськ	Донецьк	Київ	Луганськ	Миколаїв	Одеса	Сімферополь	Харків	Херсон
Спеціальні інформаційні буклети	89	49	58	57	45	60	36	33	56	45	18	27	41	41
Спеціалізовані місцеві Інтернет-ресурси	84	26	53	53	44	34	13	47	48	81	23	61	9	40
Служба «Телефон довіри»	32	28	50	61	53	21	13	20	45	12	8	1	10	12
Група взаємодопомоги, психологічна підтримка	89	24	19	52	44	39	20	46	35	11	17	24	6	43
Консультації з питань ВІЛ/СНІДу, ІПСШ	92	16	19	45	55	52	41	47	48	33	35	46	43	51
Консультації щодо подолання алкогольної/наркотичної залежності	7	0	11	37	12	8	10	6	3	1	4	1	6	5
Тестування на ВІЛ-інфекцію	95	34	83	40	82	77	44	85	83	84	77	94	58	73
Безкоштовне обстеження на сифіліс та інші ІПСШ	94	27	13	40	77	71	47	78	77	83	50	94	42	58
Безкоштовне обстеження на гепатит В	96	23	12	40	77	43	36	62	57	78	39	60	35	17
Лікування сифілісу та інших ІПСШ	7	1	9	39	46	5	16	19	15	0	3	1	11	21
Послуги з догляду, підтримки, групи взаємопідтримки і формування позитивного ставлення до АРТ і ВІЛ-позитивних ЧСЧ	4	4	7	53	21	9	13	11	5	0	6	2	3	4
Інформація про інші організації	44	3	18	45	48	28	31	36	36	5	19	4	18	48
Консультації юриста	96	62	26	55	74	23	13	44	58	15	28	2	14	40
Консультації психолога	93	37	29	62	71	33	37	42	55	37	43	39	25	61
Інформаційні зустрічі для ЛГБТ	80	79	57	70	75	39	64	65	64	90	46	50	14	63
Консультації щодо гомосексуального партнерства і виховання дітей у гомосексуальних шлюбах	23	15	51	56	45	24	18	44	22	10	27	13	9	29
Ком'юніті-центр для ЛГБТ	33	52	58	45	73	58	24	76	80	90	65	45	18	79
Інше	2	1	0	13	2	2	0	3	0	0	10	0	7	18
Нічого	0	0	0	24	1	7	7	2	0	1	6	0	14	2

Висновки до розділу

Дослідження засвідчило досить високий рівень охопленості спільноти ЧСЧ профілактичними програмами. До того ж цей рівень зріс, порівняно з попереднім дослідженням, що відбувалося в 2007 році. Також достатньо велика частка ЧСЧ є клієнтами неурядових організацій, однак цей показник значно відрізняється залежно від міста. Серед напрямків діяльності НУО, які працюють з ЧСЧ, найпоширенішими є надання інформаційних матеріалів та консультування про ВІЛ/СНІД та профілактику цієї хвороби, допомога з тестування на ВІЛ. Інтенсивність роботи НУО дуже залежить від міста, де проводилось опитування. Дослідження засвідчило, що серед найбільш затребуваних послуг НУО в групі ЧСЧ є безкоштовне тестування на ВІЛ та сифіліс. Щодо рівня затребуваності послуг спостерігаємо відмінності між різними містами. Таким чином, у аналізі потреб такої групи ЧСЧ слід врахувати регіональний аспект, адже ЧСЧ з різних міст (регіонів) мають відмінні потреби, на задоволення яких і повинні спрямовувати зусилля неурядові організації.

РОЗДІЛ 6. ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ ТА ІПСШ. ЛІКУВАННЯ ІПСШ. ПОШИРЕНІСТЬ ВІЛ І СИФІЛІСУ

У нашому дослідженні, крім опитування чоловіків, що мають секс з чоловіками, було також здійснено тестування крові респондентів на ВІЛ та сифіліс за допомогою швидких тестів для оцінки рівня поширеності цих двох інфекцій серед ЧСЧ.

6.1. Досвід тестування на ВІЛ

Таблиця 6.1.2. Частка ЧСЧ, які пройшли тест на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свій результат, розподіл за віком, %, 2007, 2009 роки

	2007	2009
Серед усіх ЧСЧ	28	42
Серед ЧСЧ у віці 15–19 років	24	36
Серед ЧСЧ у віці 20–24 років	26	43
Серед ЧСЧ у віці до 25 років	25	41
Серед ЧСЧ у віці 25+ років	29	43

Таблиця 6.1.3. Частка ЧСЧ, які пройшли тест на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свій результат, розподіл за містами, %, 2007, 2009 роки

	2007	2009
Івано-Франківськ	29	47
Львів	–	56
Ужгород	–	30
Полтава	–	47
Черкаси	10	33
Дніпропетровськ	9	21
Донецьк	29	18
Київ	31	62
Луганськ	19	21
Миколаїв	80	88
Одеса	–	50
Сімферополь	22	12
Харків	–	28
Херсон	7	54

Порівняно з результатами попереднього дослідження серед ЧСЧ (2007 рік), значення національного показника з тестування на ВІЛ серед ЧСЧ (пройшли тест протягом 12 місяців до дослідження та отримали тест) значно зросло: с 28% до 43%. У групі ЧСЧ віком до 25 років він зріс із 25% до 41%, в групі старших за 25 років – з 29% до 43%. Порівняно з 2007 роком, зріс рівень показника в Івано-Франківську, Черкасах, Дніпропетровську, Києві, Миколаєві, Херсоні. Не змінився в Луганську. Найнижчим цей показник залишається в Донецьку, Сімферополі, Луганську.

Більшість учасників дослідження (89%) ствердно відповідають на запитання, чи знають вони, де можна пройти тестування на ВІЛ у їхньому місті. Лише 3% опитаних вважають, що тестування на ВІЛ для них є недоступним. Наголосимо, що, зважаючи на невелику кількість цієї групи, аналіз причин, через які ЧСЧ дотримуються такої думки, є недостатньо надійним. Майже половина ЧСЧ (48%), які вважають, що тестування на ВІЛ для них є недоступним, причиною назвали те, що вони не знають, до кого звернутися. Для 27% таких ЧСЧ причиною є відсутність коштів, для 25% – незнання місцезнаходження потрібних установ. 22% ЧСЧ вважають тестування недоступним для себе, бо бояться розголосу свого статусу.

Більше половини ЧСЧ (59%) коли-небудь звертались до організацій з метою проходження тестування на ВІЛ. Дещо вищим є цей показник у групі віком 25 років і старше – 62% проти 54% серед ЧСЧ у віці до 25 років. Наголосимо, що серед ЧСЧ, які зараз вживають наркотики, дещо менше таких, які коли-небудь проходили тестування на ВІЛ порівняно з тими, хто ніколи не вживав наркотики, – 53% проти 61%. Серед ЧСЧ, які звернулися з приводу проходження тестування, 99% вдалося це зробити.

Зазначмо, що серед тих, хто проходив тестування на ВІЛ, тільки 25% робили це тільки один раз, три чверті – частіше. Вочевидь, для певної частини ЧСЧ проходження тесту на ВІЛ є регулярною практикою. Але, звісно, це питання потребує докладнішого дослідження.

Якщо говорити про останнє тестування, то найчастіше респонденти звертались до неурядових організацій (37%) та кабінетів довіри/кабінетів анонімного обстеження (35%). Звернімо увагу на велику частку тестувань, які припадають на неурядові організації.

Серед тих, хто має досвід тестування на ВІЛ, переважна більшість (74%) проходили останнє тестування протягом останніх 12 місяців. При цьому з більшою імовірністю тестування протягом останніх 12 місяців проходили ЧСЧ віком до 25 років (80%), ніж ЧСЧ у віці 25 років і старше (70%, $p < 0,01$). Але серед усіх опитаних ЧСЧ (з урахуванням тих, хто не був тестований жодного разу) частка тих, хто проходив тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців, становить 43%.

Серед ЧСЧ, які мали досвід тестування на ВІЛ, 85% повідомили, що проходили дотестове консультування. Дещо менше їх (75%) проходили після-тестове консультування. Майже всі ЧСЧ (98%) отримали результати свого останнього тестування. Важливо зазначити, що серед ЧСЧ, які повідомили свій ВІЛ-статус і вважають, що він негативний, 5% таких, які, за результатами тестування швидкими тестами, виявилися ВІЛ-позитивними.

Важливими є відповіді респондентів, які проходили дотестове консультування, на запитання про те, чи повідомляли вони медичному працівникові, що мають сексуальні контакти з чоловіками. 28% самі повідомили про це, ще 15% – надали таку інформацію у відповідь на запитання консультанта, 17% приховали цю інформацію, незважаючи на те, що консультант поставив це запитання. Звернімо увагу, що у більшості випадків (40%) людина, яка

проводила дотестове консультування, не ставила запитання про гомосексуальні практики.

6.2. Захворювання, які передаються статевим шляхом

Результати опитування засвідчили, що 6,6% ЧСЧ протягом останніх 12 місяців хворіли принаймні на одне ІПСШ²⁷. Дещо частіше такий досвід мали ЧСЧ у віці 25 років і старше – серед них принаймні на одне ІПСШ хворіли 7,5% опитаних проти 5,0% серед ЧСЧ віком до 25 років ($p < 0,05$). Набагато частіше хворіли на ІПСШ ті ЧСЧ, які або зараз, або раніше вживали наркотики. Так, серед ЧСЧ, які зараз вживають наркотики, 12% повідомили, що протягом останніх 12 місяців хворіли принаймні на одне ІПСШ. А серед ЧСЧ, які раніше мали досвід вживання наркотиків, кількість тих, хто хворів принаймні на одне захворювання, становить 19%²⁸. Порівняно з цими двома групами, відповідний показник серед ЧСЧ, які взагалі не вживали наркотики, – лише 5% ($p < 0,01$). Можливо, вживання наркотиків пов'язане з більш небезпечними сексуальними практиками, результатом яких були ті чи інші ІПСШ.

ІПСШ, на які хворіли ЧСЧ протягом останнього року, найчастіше називають такі: трихомоніаз (1,7%), гонорея (1,6%) та хламідіоз (1,4%) (рис. 6.2.1). На решту з перелічених ІПСШ хворіли менше 1% опитаних. За цим показником вікові групи ЧСЧ майже не відрізняються.

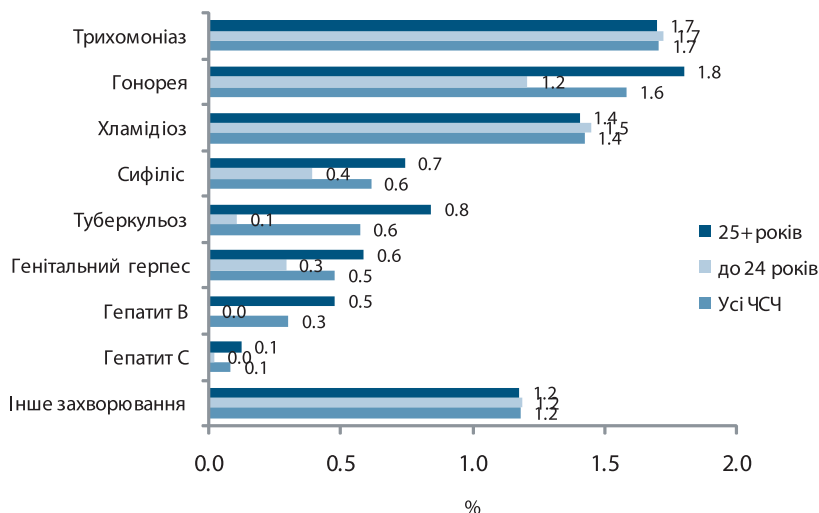


Рис. 6.2.1. Відсоток ЧСЧ, які хворіли протягом останніх 12 місяців на такі захворювання, 2009 рік

Лише 3% ЧСЧ, які повідомили, що мали ІПСШ протягом останніх 12 місяців, не проходили лікування цього захворювання. Дві третини ЧСЧ (65%), які мали принаймні одне ІПСШ протягом останніх 12 місяців, повідомили, що їм нічого не заважало при проходженні лікування. 8% зазначили, що перешкодою для них була висока вартість ліків та неможливість отримати послуги. 4% назвали необхідність повторних візитів як чинник, що заважав їм у проходженні лікування.

²⁷ Зауважимо, що до переліку також були включені туберкульоз та гепатит С.

²⁸ Різниця, порівняно з тими, хто зараз не вживає наркотики, є статистично незначущою.

Отже, поширеність ІПСШ серед ЧСЧ є невисокою і майже всі ЧСЧ отримували лікування. Утім, 1/3 таких ЧСЧ повідомили, що вони стикалися з певними перешкодами під час проходження діагностики та (або) лікування цих захворювань. Насамперед, головною перешкодою була висока вартість ліків.

6.3. Поширеність ВІЛ: національний та регіональний рівні

Результати зв'язаного дослідження засвідчили, що поширеність ВІЛ серед опитаних ЧСЧ становить 8,6%. Якщо порівнювати цей результат з даними 2007 року, то тоді поширеність ВІЛ була на рівні 10,5%. Проте слід зазначити, що в дослідженні 2009 р. тестування на ВІЛ відбувалось у всіх містах-учасниках, тоді як в 2007 р. – лише в Кривому Розі, Києві, Миколаєві та Одесі. Таким чином, пряме порівняння цих показників не дуже коректне через різну композицію вибірок.

Найнижча поширеність ВІЛ серед ЧСЧ спостерігається у Миколаєві (1,5%), Дніпропетровську (1,6%), Івано-Франківську (3,3%), Луганську (4,8%). Найвища поширеність ВІЛ серед ЧСЧ фіксується в Донецьку (19,9%) та Одесі (21,7%) (табл. 6.3.1).

Порівняємо поширеність ВІЛ серед ЧСЧ у розрізі міст в 2007 та 2009 рр. Як бачимо, Одеса, як в 2007 р., так і в 2009 р., лідирує за поширеністю ВІЛ серед ЧСЧ. Поширеність ВІЛ серед ЧСЧ Києва у вибірці 2009 р. майже вдвічі вища, порівняно з ЧСЧ, які були опитані у 2007 році, – 7,7%, порівняно з 4,4%. Доволі дивна динаміка спостерігається в Миколаєві: згідно з результатами дослідження 2009 р., рівень інфікування ВІЛ серед ЧСЧ міста значно знизився. Важко сказати, чи це реальна динаміка, чи певний методологічний артефакт.

Таблиця 6.3.1. Поширеність ВІЛ в розрізі міст, %, 2007–2009 роки

	2007	2009 (в дужках – довірчий інтервал)
Миколаїв	10,0	1,5 (0,4–3,1)
Кривий Ріг	8,0	–
Дніпропетровськ	–	1,6 (0–4,1)
Луганськ	–	4,8 (0,4–5,1)
Полтава	–	2,6 (0–5,2)
Івано-Франківськ	–	3,3 (0,1–5,3)
Донецьк	–	19,9 (10,8–30)
Одеса	23,2	21,7 (11,4–34)
Київ	4,4	7,7 (2,6–15,7)
Львів	–	19,3 (12,4–25,2)
Ужгород	–	7,3 (2,7–10,7)
Полтава	–	2,6 (0–5,2)
Черкаси	–	5,3 (2,1–9,3)
Сімферополь	–	9,17 (3,5–16,8)
Харків	–	3,5 (0,4–8,0)
Херсон	–	4,7 (1,5–9,5)

Поширеність ВІЛ вища серед ЧСЧ віком 25 років і старше – 10,8%, проти 7,4% серед ЧСЧ у віці до 25 років ($p < 0,01$). Найнижча поширеність ВІЛ серед ЧСЧ віком до 25 років спостерігається в Івано-Франківську (0,0%), Дніпропетровську (1,2%), Луганську, Миколаєві та Харкові (по 2,7%). Найвища поширеність – у Львові (14,7%), Донецьку, Херсоні (по 15,0%) та Сімферополі (16,2%).

Найнижча поширеність ВІЛ серед ЧСЧ у віці 25 років і старше спостерігається в Миколаєві (1,2%), Полтаві (2,0%) та Луганську (2,2%). Найвища поширеність – у Донецьку (22,1%), Львові (23,6%) та Одесі (56,0%).

Таблиця 6.3.2. Поширеність ВІЛ серед ЧСЧ різних вікових груп: національний та регіональний рівні, %, 2009 рік

	ЧСЧ у віці до 25 років	ЧСЧ у віці 25+ років	Усі опитані ЧСЧ
Івано-Франківськ	0	3,3	3,3
Львів	14,7	23,6	19,3
Ужгород	3,8	7,8	7,3
Полтава	7,4	2,0	2,6
Черкаси	3,3	6,3	5,3
Дніпропетровськ	1,6	2,4	1,6
Донецьк	11,8	21,2	20
Київ	2,4	10,1	7,7
Луганськ	5,3	4,5	4,8
Миколаїв	3,9	1,6	1,2
Одеса	16,3	36,6	21,7
Сімферополь	16,2	7,0	9,1
Харків	2,4	5,8	3,5
Херсон	9,3	9,1	4,7
Серед усіх	7,4	10,8	8,6

Аналіз рівня інфікування за чотирма віковими групами серед усіх ЧСЧ показує різке зростання рівня інфікування ВІЛ групи ЧСЧ, старшої за 19 років.

Поширеність ВІЛ приблизно однакова як серед ЧСЧ, які ніколи не вживали наркотики, так і серед тих, хто мав такий досвід. Скоріше за все, це пов'язано з тим, що майже всі ЧСЧ, які мають (мали) досвід вживання наркотиків, вживають (вживали) їх неін'єкційним шляхом. Але при цьому поширеність ВІЛ вища серед тих ЧСЧ, які хворіли принаймні на одне ІПСШ протягом останнього року, – серед них поширеність ВІЛ становить 14,6% проти 9,2% серед тих ЧСЧ, які не хворіли на ІПСШ.

Таблиця 6.3.3. Поширеність ВІЛ серед ЧСЧ, розподіл за віковими підгрупами, %, 2009 рік

Вікова підгрупа	Поширеність ВІЛ, %
15–19	5,4
20–24	8,9
25–34	9,1
35+ років	8,6
Серед усіх	8,6

6.4. Поширеність сифілісу: національний та регіональний рівні

Поширеність сифілісу серед ЧСЧ є нижчою, порівняно з ВІЛ: у середньому поширеність цього захворювання, відповідно до результатів швидких тестів, становить 2,2%. Найвища поширеність сифілісу в Донецьку (7,3%) і Херсоні (7,6%).

Поширеність сифілісу серед різних вікових підгруп ЧСЧ приблизно однакова (табл. 6.4.1).

Таблиця 6.4.1. Поширеність сифілісу серед ЧСЧ, розподіл за віковими підгрупами, %, 2009 рік

Вікова підгрупа	Поширеність сифілісу
15–19	1,4
20–24	2,1
25–34	2,4
35+ років	2,4
РАЗОМ	2,2

Аналіз поширеності сифілісу в розрізі окремих міст показав, що серед ЧСЧ у віці до 25 років найвища поширеність фіксується у Херсоні (15,0%). А серед ЧСЧ у віці 25 років і старше найвища поширеність сифілісу спостерігається у Донецьку (9,5%).

Таблиця 6.4.1. Поширеність сифілісу серед ЧСЧ: національний та регіональний рівні, %, 2009 рік

	ЧСЧ у віці до 25 років	ЧСЧ у віці 25+ років	Усі опитані ЧСЧ
Івано-Франківськ	6	6	6
Львів	2	4	3
Ужгород	0	0	0
Полтава	0	0	0
Черкаси	0	0	0
Дніпропетровськ	0	2	1
Донецьк	0	10	7
Київ	0	0	0
Луганськ	3	0	1
Миколаїв	0	1	1
Одеса	0	0	0
Сімферополь	8	3	5
Харків	0	1	0
Херсон	15	4	8
Усі опитані ЧСЧ	2	2	2

Зауважимо, що серед тих респондентів, які відповіли, що протягом останніх 12 місяців не хворіли на сифіліс, тільки 2% отримали позитивні результати тестування.

Висновки до розділу

Результати дослідження засвідчили, що переважна частина ЧСЧ знає, де можна в їх місті пройти тестування на ВІЛ. У порівнянні з дослідженням 2007 року, значно виріс національний показник тестування ЧСЧ на ВІЛ. Більшість ЧСЧ не тільки знають, де можна пройти тестування на ВІЛ, а й проходили його. Серед тих ЧСЧ, хто проходив тестування на ВІЛ, тільки чверть робили це один раз, три чверті – частіше. Вочевидь, для певної частини ЧСЧ проходження тесту на ВІЛ є регулярною практикою. Звернімо увагу, що велика частка тестувань припадає на неурядові організації. Важливо зазначити, що серед ЧСЧ, які повідомили свій ВІЛ-статус і вважають, що він негативний, 5% таких, які, за результатами тестування швидкими тестами, виявилися ВІЛ-позитивними. В будь-якому разі, в наступних моніторингових дослідженнях, напевне, слід включати до інструментарію декілька запитань, відповіді на які давали б змогу оцінити, чи правильно ЧСЧ можуть інтерпретувати результати тесту на ВІЛ. Звернімо увагу, що у більшості випадків людина, яка проводила дотестове консультування ЧСЧ, не ставила запитання про те, чи були у респондента гомосексуальні практики.

Таким чином, значна частина респондентів не отримувала ЧСЧ-специфічного консультування і це доводить необхідність спеціальних інформаційних програм, спрямованих на консультантів у державному ВІЛ-сервісі, які б допомогли вдосконалити їхні навички.

РОЗДІЛ 7. ФАКТОРИ РИЗИКУ ІНФІКУВАННЯ ЧСЧ ВІЛ

7.1. Аналіз факторів ризику інфікування ВІЛ серед ЧСЧ

Ризик інфікування розглядався з використанням залежної змінної, що відображала нові випадки ВІЛ-інфекції. Для її побудови групою дослідження стали респонденти, які повідомили, що раніше тестувалися на ВІЛ і результат був негативним. У дослідницькому дизайні «випадок–контроль» контролями були ті, хто знову мав негативний результат тестування, а випадками – респонденти, у яких тест, проведений під час опитування, виявився позитивним.

Потенційні зв'язки з ризиком інфікування були оцінені для всіх інших змінних, зібраних у масиві опитування ЧСЧ. На першому етапі оцінювалися зв'язки у двовимірному аналізі. Для категоріальних змінних зв'язки оцінювалися з використанням критерію Хі-квадрат Пірсона. Для інтервальних змінних зв'язки оцінювалися з використанням дисперсійного аналізу. Всі змінні, зв'язки яких з ризиком інфікування були оцінені на рівні значущості $<0,1$, були включені у подальший аналіз.

На другому етапі проведено багатовимірний аналіз з використанням бінарної логістичної регресії. Для збереження розміру вибірки для всіх змінних, що потрапили до аналізу, відсутні відповіді були перетворені на змістовні категорії, які аналізувалися разом з іншими категоріями. До фінальної моделі увійшли 1089 записів респондентів. Після включення до моделі всіх змінних, для яких були знайдені зв'язки на етапі двовимірного аналізу, кількість незалежних змінних було зменшено за допомогою методів Backward LR та Forward LR, що призвело до схожих рішень. Результат аналізу із застосуванням методу Forward LR показано у Таблиці 7.1.1.

Таблиця 7.1. Бінарний логістичний регресійний аналіз ризику сероконверсії серед чоловіків, що практикують секс з чоловіками, опитування 2009 року, повна модель Forward LR

Запитання	Варіанти відповідей	N	% сероконверсії	Sig.	СШ	95,0% ДІ для СШ	
Як давно ви живете в цьому місті?	Тут народився і живу	694	4,6	0,067	1,00		
	Не живу постійно, приїжджаю час від часу	69	11,6	0,004	4,66	1,62	13,45
	Менше 1 року	24	8,3	0,463	1,87	0,35	9,88
	Від 1 до 5 років	91	6,5	0,142	2,29	0,76	6,89
	Від 6 до 10 років	66	1,5	0,621	0,59	0,07	4,73
	Більше 10 років	144	2,8	0,592	0,73	0,23	2,30
	Немає відповіді	1		1,000	0,00	0,00	.
Випадковий партнер – використання презерватива знижує чутливість	ні	1059	4,6		1,00		
	так	30	13,3	0,061	3,43	0,94	12,46
Лубрикант – я не знаю, де його можна дістати	ні	1082	4,7		1,00		
	так	7	28,6	0,038	9,10	1,13	73,21
Безкоштовне обстеження на гепатит В – було проведено	ні	955	5,4		1,00		
	так	134	0,7	0,018	0,07	0,01	0,62
Консультації психолога – потреба	ні	569	6,6		1,00		
	так	520	2,9	0,002	0,32	0,16	0,66
Маю персональні профілі на інших російськомовних сайтах	ні	966	4,0		1,00		
	так	123	11,3	0,002	3,36	1,55	7,30
МІСТО	Івано-Франківськ	76	1,3	0,008	1,00		
	Львів	74	12,2	0,023	14,30	1,45	140,72
	Ужгород	75	5,3	0,231	4,21	0,40	44,09
	Полтава	126	1,6	0,741	1,54	0,12	19,65
	Черкаси	34	5,7	0,159	6,24	0,49	79,74
	Дніпропетровськ	54	1,9	0,729	1,69	0,09	32,49
	Донецьк	45	10,9	0,185	4,82	0,47	49,24
	Київ	123	3,3	0,529	2,16	0,20	23,49
	Луганськ	53		0,997	0,00	0,00	.
	Миколаїв	109	2,7	0,100	9,55	0,65	140,21
	Одеса	112	14,2	0,012	17,18	1,87	157,97
	Сімферополь	79		0,997	0,00	0,00	.
	Харків	55	5,5	0,450	2,65	0,21	33,18
Херсон	74	4,1	0,269	3,84	0,35	41,82	
Результат тестування на сифіліс	Позитивний	20	15,0	0,059	4,45	0,94	21,05
	Негативний	1069	4,6		1,00		

*Запитання стосувалося використання презервативів з випадковими партнерами і такої причини їхнього невикористання, як зниження чутливості.

**До моделі увійшла ознака, що стосувалася наявності персональних сторінок на «інших російськомовних сайтах». Наявність сторінок на окремих вказаних сайтах не мала незалежного зв'язку з ризиком інфікування, і через зв'язок з наведеною в моделі змінною змінні про окремі сайти з моделі зникли.

За результатами аналізу, підвищений ризик сероконверсії було знайдено серед ЧСЧ, які мешкають у Львові (СШ=14,30 95% ДІ 1,45–140,72), Одесі (СШ=17,18 95% ДІ 1,87–157,97) або мігрують між різними населеними пунктами (СШ=4,66 95% ДІ 1,62–13,45).

Таблиця 7.1.2. Бінарний логістичний регресійний аналіз ризику сероконверсії серед чоловіків, що практикують секс з чоловіками, опитування 2009 року, модель Forward LR після виключення змінної «місто»

Запитання	Варіанти відповідей	N	% серо-конверсії	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
Як давно ви живете в цьому місті?	Тут народився і живу	694	4,6	0,019	1,00		
	Не живу постійно, приїжджаю час від часу	69	11,6	0,001	4,83	1,89	12,33
	Менше 1 року	24	8,3	0,538	1,70	0,31	9,23
	Від 1 до 5 років	91	6,5	0,325	1,69	0,59	4,85
	Від 6 до 10 років	66	1,5	0,431	0,44	0,06	3,43
	Більше 10 років	144	2,8	0,219	0,50	0,16	1,51
	Немає відповіді	1			1,000	0,00	0,00
Пригадайте всі ваші сексуальні контакти з усіма партнерами-чоловіками за останні 6 місяців. Як часто використовувався презерватив з випадковими партнерами?	Не мав такого партнера	299	5,3	0,014	1,00		
	Завжди (100%)	487	2,9	0,079	0,49	0,22	1,08
	У більшості разів (75%)	153	7,1	0,342	1,51	0,65	3,51
	У половині випадків (50%)	36	16,7	0,008	4,76	1,51	14,95
	Іноді (25%)	17	5,9	0,356	0,30	0,02	3,84
	Рідко (менше 10%)	14	7,1	0,893	0,85	0,08	8,61
	Ніколи	18	5,6	0,871	1,20	0,13	10,84
	Немає відповіді	65	4,6	0,570	0,68	0,18	2,55
Безкоштовне обстеження на гепатит В	ні	955	5,4		1,00		
	так	134	0,7	0,043	0,11	0,01	0,93
Консультації юриста	ні	949	4,3		1,00		
	так	140	8,6	0,008	2,75	1,31	5,79
Безкоштовне обстеження на гепатит В	ні	547	6,6		1,00		
	так	542	3,1	0,024	0,44	0,22	0,90
Консультації психолога	ні	569	6,6		1,00		
	так	520	2,9	0,001	0,30	0,15	0,61
Чи можливо знизити ризик ВІЛ-інфікування, якщо правильно користуватися презервативом під час кожного сексуального контакту?	Так	1045	4,4	0,021	1,00		
	Ні	35	20,0	0,002	5,14	1,84	14,32
	Не знаю	6		0,999	0,00	0,00	.
	Важко відповісти	3		0,999	0,00	0,00	.
Маю на інших російськомовних сайтах	Ні	966	4,0		1,00		
	Так	123	11,3	0,015	2,53	1,20	5,32
Вкажіть результат тестування на сифіліс	Позитивний	20	15,0	0,033	4,95	1,14	21,57
	Негативний	1069	4,6		1,00		

Ризик був підвищений у тих, у кого результат тестування на сифіліс був позитивний (СШ=4,45 95% ДІ 0,94–21,05), хто мав персональні сторінки та профілі на сайтах пошуку сексуальних партнерів (СШ=3,36 95% ДІ

1,55–7,30), хто відповів, що не знає, де знайти лубрикант (СШ=9,10 95% ДІ 1,13–73,21), а також хто вважає, що використання презерватива знижує чутливість (СШ=3,43 95% ДІ 0,94–12,46).

Менший ризик був характерний для тих, хто пройшов безкоштовне обстеження на гепатит В (СШ=0,07 95% ДІ 0,01–0,62) і розглядав як важливу потребу проконсультуватися у психолога (СШ=0,32 95% ДІ 0,16–0,66).

Оскільки найважливіші зв'язки в цієї моделі були знайдені для змінної «місто», на наступному етапі цю змінну було видалено з моделі. Результат показаний у таблиці 7.1.2.

Хоча більшість зв'язків у моделі залишилася такою самою, як і в попередній, виключення змінної «місто» призвело до виявлення зв'язків з додатковими змінними, що, очевидно, розрізнялися у ЧСЧ, які брали участь в опитуванні в різних містах, і саме відмінностями у цих змінних були зумовлені зв'язки сероконверсії з містом.

З'явилися додаткові зв'язки зі змінними щодо презервативів. Насамперед, до моделі повернулася змінна, яка віддзеркалює знання «Чи можливо знизити ризик ВІЛ-інфікування, якщо правильно користуватися презервативом під час кожного сексуального контакту?». У тих, хто не усвідомлює таку здатність презервативів, ризик був значно вище (СШ=5,14 95% ДІ 1,84–14,32). Також у моделі опинилася змінна, що відображає ризик нерегулярного користування презервативами.

Можна припустити, що змінна щодо консультації юриста також відображає певні відмінності у роботі сервісних проектів у різних містах.

7.2. Обговорення результатів логістичного аналізу

Проведений аналіз демонструє важливість кількох груп факторів в інфікуванні ВІЛ та його запобіганні. У наведених моделях кожна змінна фактично відображає коло споріднених змінних, які стосуються приблизно того самого явища.

По-перше, аналіз підтвердив відомий факт, що наявність ІПСШ підвищує ризик інфікування ВІЛ. У фінальній моделі про це говорять зв'язки з результатом тестування на сифіліс. Крім того, в двовимірному аналізі вищий ризик сероконверсії був пов'язаний зі згадуванням респондентів про наявність у них ІПСШ протягом останнього року.

По-друге, важливим фактором ризику є кількість контактів. У фінальній моделі про це свідчать зв'язки зі змінними, які відображають схильність респондента до маятникової міграції. Географічні детермінанти сероконверсії в двовимірному аналізі також проявилися в тому, що респонденти, які частіше відвідували точки 1 і 2 TLS, мали вищий ризик інфікуватися. Вочевидь це може бути пов'язане із тим фактом, що під номером 1 і 2 значилися найбільш відомі та популярні для зустрічей ЧСЧ місця в місті, що їх відвідує більша, порівняно з іншими точками, кількість ЧСЧ, і це виступає додатковим ризиком.

Третя група складається зі змінних, котрі відображають активність пошуку сексуальних партнерів, про який свідчить наявність персональних профілів на сайтах для пошуку сексуальних партнерів. У двовимірному аналізі було знайдено зв'язки з багатьма такими сайтами, у фінальній моделі залишилося одне запитання. Крім того, в двовимірному аналізі були знайдені зв'язки сероконверсії з кількістю людей, які знають, що респондент має секс

з чоловіками. Однак ця змінна не потрапила до фінальної моделі через наявність в неї інших корелят.

Четверте: важливим фактором є рівень знань. Оскільки зі стандартного набору питань для вимірювання рівня знань чоловіків, що мають секс з чоловіками, основним показником є рівень користування презервативами, то саме усвідомлення цього з'явилося в моделі як один з найважливіших захисних факторів.

П'яту групу склали запитання про пов'язані зі знаннями сексуальні практики. Однак оцінена респондентом частота користування презервативом не є надійним вимірюванням ступеня ризику. Більш надійно ризик інфікування прогнозується, якщо респондент раціоналізує своє некористування презервативами як наслідок того, що вони знижують чутливість статевих контактів. На попередньому етапі у двовимірному аналізі також були статистично значущі зв'язки з відповідями на запитання про користування презервативами з різними типами партнерів під час останнього статевого контакту, а також про те, що презервативи коштують занадто дорого. Були також зв'язки з тим, чи завжди презерватив було вдягнуто до початку сексуального акту.

Шоста позиція також пов'язана з попередньою групою сексуальних практик і є специфічною саме для анальних контактів користування лубрикантом. Якщо людина відповідає, що не користується через те, що не має уяви, де можна цей лубрикант отримати, ризик інфікування ВІЛ, безперечно, підвищується, і з цього можна робити практичні висновки для профілактичної роботи.

Сьома група факторів стосується послуг, що надаються групі ЧСЧ. Отримані зв'язки не можна інтерпретувати в причинно-наслідковому сенсі. Але менший ризик інфікуватися у тих, хто пройшов або хоче пройти безкоштовне обстеження на гепатит В, вказує на розвинену систему послуг, що надаються ЧСЧ, деякі з яких надають захист від інфікування. Таким чином, бачимо, що не лише обстеження на ІПСШ, а й обстеження на інші інфекції, опосередковано може стати захисним фактором.

Восьма група стосується характеру проблем та потреб, що їх мають респонденти. Про це свідчать зв'язки з відповідями на запитання про послуги. Вищий ризик мали респонденти, які зверталися за консультацією до юристів. У двовимірному аналізі теж простежувалися зв'язки з користуванням такою послугою, як «телефон довіри». Це, вочевидь, свідчить про наявність у їхньому житті певних конфліктних ситуацій або проблем із законом. З іншого боку, респонденти, зацікавлені в отриманні консультації психолога (що свідчить про інший аспект проблем і потреб), мають нижчий ризик інфікуватися ВІЛ. З цим також збігається знайдений у двовимірному аналізі менший ризик інфікуватися у тих, хто користувався такою послугою, як Ком'юніті-центр для ЛГБТ, а також у тих, хто висловив зацікавленість у розвитку спеціалізованих місцевих інтернет-ресурсів, телефонів довіри, груп психологічної підтримки тощо.

РОЗДІЛ 8. ДОСВІД ДИСКРИМІНАЦІЇ ЧЕРЕЗ СЕКСУАЛЬНУ ОРІЄНТАЦІЮ

У процесі дослідження респондентів просили повідомити про те, чи зазнають вони дискримінації та/або стигматизації через свою сексуальну орієнтацію.

Найбільш поширеною формою стигматизації є думка, що чоловіки-гомосексуали частіше хворіють на ВІЛ/СНІД (на те, що вони зустрічали таких людей, вказали майже половина учасників дослідження – 48%). 38% респондентів вказали, що вони чули на свою адресу образливі вигуки та прізвиська. Чверть учасників дослідження (25%) зазначили, що зазнали осуду від родичів, друзів та знайомих через свої гомосексуальні контакти. Всі інші форми дискримінації малопоширені. Так, наприклад, тільки 2% опитаних вказали, що їм було відмовлено у наданні соціальних чи медичних послуг через їх сексуальну орієнтацію, та 5% – що були випадки, коли вони втрачали роботу чи навчання через свою орієнтацію.

Ситуація з дискримінацією та стигматизацією має відмінності у різних містах. Так, за багатьма показниками «лідирує» Полтава. Для прикладу: 66% опитаних у Полтаві ЧСЧ вказують, що їх друзі, родичі, знайомі засуджують їх за гомосексуальні зв'язки. Такого високого показника немає в жодному іншому місті.

Водночас за віком особливих різниць у відповідях респондентів на питання про дискримінацію немає.

Таблиця 8.1. Види дискримінації та стигматизації ЧСЧ, %, 2009 рік

	Вся Україна
Я відчуваю, що люди уникають контактів чи спілкування зі мною	14
Деякі мої родичі, друзі, знайомі засуджують мене за те, що я маю гомосексуальні контакти	24
Були випадки, коли мені відмовляли в наданні медичних, соціальних чи інших послуг	2
Я зустрічав людей, які вважають, що на ВІЛ/СНІД частіше за все хворіють чоловіки-гомосексуали	48
Мені доводилося чути на свою адресу образливі вигуки, прізвиська	38
Іноді люди починали ставитися до мене дуже агресивно, навіть застосовували насильство щодо мене	11
Були випадки, коли люди ігнорували мої думки й ідеї тільки тому, що знали про мою сексуальну орієнтацію	11
Мені перешкоджали в кар'єрному зростанні	5
Були випадки, коли через свою орієнтацію я втрачав роботу, навчання	5
Інше	3
Жоден з перелічених варіантів	26

ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ

Висновки

Наприкінці цієї праці хотілося б ще раз наголосити на основних висновках дослідження.

Дослідження показало, що сукупність ЧСЧ має характеристики, які повинні позитивно впливати на ефективність профілактичних програм з ВІЛ/СНІД: ЧСЧ-спільнота є достатньо високоосвіченою. Рівень поінформованості про шляхи передачі та методи запобігання ВІЛ-інфекції серед учасників дослідження є високим, проте він дуже сильно варіює в різних містах. Тому профілактичні програми повинні розроблятися з урахуванням регіональних особливостей.

Група ЧСЧ є дуже неоднорідною у сенсі сексуальних уподобань та сексуальної самоідентифікації. Значна частка опитаних ідентифікує себе як бісексуали. Той факт, що значна частка ЧСЧ практикують незахищений секс з жінками, дозволяє припустити, що ЧСЧ можуть бути групою-містком для потрапляння ВІЛ у загальне населення. Це має бути враховано у розробці профілактичних програм як для ЧСЧ-спільноти, так і для гетеросексуальних жінок.

Дослідження засвідчило, що для ЧСЧ характерним є ранній вік початку сексуальних контактів. Крім того, аналіз вікових когорт ЧСЧ довів, що цей вік знижується. Відповідно, підлітки, які починають практикувати гомосексуальні контакти, є групою, яка найбільше потребує профілактичних програм, оскільки до потрапляння в “дорослі” програми профілактики вони можуть вже бути інфікованими ВІЛ або інші ІПСШ.

Високий рівень освіченості групи ЧСЧ та достатньо високий рівень інформованості про ВІЛ та його профілактику нівелюються великою кількістю сексуальних партнерів (частина з яких – випадкові) протягом невеликих проміжків часу.

Результати логістичного аналізу показують, що респонденти з вищим рівнем активності у пошуку сексуальних партнерів (наявність інтернет-профілів тощо) мають вищий ризик інфікування ВІЛ. Дослідження демонструє, що робота з інформування ЧСЧ про ВІЛ та надання послуг із тестування та забезпечення презервативами проводиться активно, але не є досить ефективною в сенсі боротьби з поширенням епідемії. Можливо, стратегія “зробити кожен із сексуальних контактів максимально безпечним” має бути доповнена стратегією “зменшити кількість сексуальних контактів”.

Важливим результатом опитування є той факт, що сексуальні контакти, в які вступають ЧСЧ у стані алкогольного сп'яніння,

призводять до більш ризикованої сексуальної поведінки. В профілактичні програми та проекти має бути включений компонент, присвячений темі вживання алкоголю та сексуальної поведінки.

ЧСЧ, які брали участь у дослідженні, досить широко охоплені профілактичними програмами і часто отримують послуги від неурядових організацій. Найчастіше ЧСЧ зацікавлені в таких послугах від НУО, як тестування на ВІЛ та інші ІПСШ. ЧСЧ досить часто проходять тестування на ВІЛ. Потрібно вказати, що вага НУО в забезпеченні ЧСЧ можливістю пройти тестування велика – цими послугами неурядових організацій скористалися навіть більше ЧСЧ, ніж пройшли тестування у кабінетах довіри.

РЕКОМЕНДАЦІЇ

Методологічні

При плануванні та проведенні наступних моніторингових досліджень серед ЧСЧ вдосконалити понятійний апарат інструментарію. Зокрема, з метою уникнення різночитання замість поняття «сексуальний контакт» використовувати поняття «сексуальний акт».

Потребує вивчення мотивація ЧСЧ пройти тестування на ВІЛ. Тому при подальших опитуваннях доцільно включити питання про причину, що спонукала респондента востаннє тестуватися на ВІЛ-інфекцію.

Державним органам

Міністерству охорони здоров'я України, Національній раді з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу – офіційно визнати епідемію ВІЛ/СНІДу серед ЧСЧ в Україні, спираючись на дані дозорного епідемічного нагляду.

Міністерству охорони здоров'я України, Міністерству України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державній соціальній службі для сім'ї, дітей та молоді – розробити та погодити спільно з недержавними організаціями правові механізми здійснення профілактичної роботи в групах підлітків-ЧСЧ віком від 14 до 16 років і юнаків-ЧСЧ у віці від 16 до 18 років, з урахуванням тієї обставини, що близько половини ЧСЧ вступають у перший одностатевий контакт у віці до 18 років, а діючі профілактичні програми недержавних організацій спрямовані на доросле населення, тобто – на людей віком від 18 років.

ЧСЧ-сервісним організаціям

Ураховувати особливі інформаційно-просвітні потреби бісексуалів у розробці профілактичних програм та інформаційно-освітніх матеріалів, зокрема, популяризувати інформацію про ризики інфікування при гетеросексуальних контактах.

Планувати специфічні профілактичні інтервенції, спрямовані на підлітків і юнаків віком від 14 до 18 років, з урахуванням тієї обставини, що, за даними дослідження, половина респондентів вперше вступає в одностатевий зв'язок до досягнення вісімнадцятиріччя, а 42% – до досягнення шістнадцятиріччя.

Планувати специфічні профілактичні інтервенції, спрямовані на ЧСЧ, які надають сексуальні послуги на комерційній основі.

У межах профілактичної роботи, спрямованої на загальну сукупність ЧСЧ, шукати нові способи та методи профілактичних інтервенцій, з урахуванням тієї обставини, що, за результатами дослідження, відсоток респондентів, які використовували презерватив під час останнього аногенітального контакту, серед осіб, залучених до профілактичних програм, лише несуттєво перевищував аналогічний показник серед тих, хто не залучений до таких програм (64,8% проти 61%).

У межах профілактичної роботи, спрямованої на загальну сукупність ЧСЧ, присвячувати окремий інформаційний блок темі безпечності сексу в контексті вживання алкоголю з огляду на те, що, за результатами дослідження, понад дві третини ЧСЧ практикують сексуальні зносини в стані алкогольного сп'яніння.

У аналізі потреб такої соціальної групи, як ЧСЧ, враховувати регіональний аспект, адже ЧСЧ з різних міст (регіонів) мають, як показано в дослідженні, відмінні потреби, на задоволення яких і повинні спрямовуватися зусилля ЧСЧ-сервісних організацій.

Особливу увагу в плануванні ЧСЧ-сервісної діяльності приділяти профілактиці захворювань, що передаються статевим шляхом, адже результати дослідження засвідчують прямий зв'язок між наявністю в респондентів ІПСШ та ризиком їхнього інфікування вірусом імунодефіциту людини.

Здійснювати в рамках профілактичних проектів заходи, спрямовані на підвищення загальної сексуальної культури ЧСЧ, адже результатами дослідження засвідчено, наприклад, що людина, яка не знає, де можна отримати лубрикант, має підвищений ризик інфікуватися ВІЛ. Як інструмент для реалізації цієї рекомендації, пропонуються просвітні тренінги для клієнтів ЧСЧ-сервісних організацій, а також тренінги із сексуальної просвіти для персоналу ЧСЧ-сервісних організацій.

Організаціям, які надають фінансову підтримку на здійснення ЧСЧ-сервісних проектів

Забезпечити поширення ЧСЧ-сервісної діяльності на територію адміністративних одиниць, досі не охоплених програмами профілактики ВІЛ/СНІДу, зокрема – Закарпатську, Луганську, Полтавську області.

Ініціювати здійснення репрезентативного дослідження сексуальної поведінки загального населення України, що дасть можливість зіставити особливості сексуальної поведінки ЧСЧ із сексуальною поведінкою чоловічого населення в цілому.

Розвивати мережу громадських центрів для ЧСЧ з огляду на ту обставину, що інтеграція ЧСЧ в систему послуг громадського центру знижує, за результатами дослідження, ризик інфікування ВІЛ.

Національні показники моніторингу та оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль за епідемією ВІЛ/СНІД серед ЧСЧ, на рівні міст

Таблиця 1.

Національний показник «Відсоток ЧСЧ, які протягом останніх 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ-інфекцію та одержали його результат», вибіркова та оціночна частка, довірчі інтервали та показник гомофілії

	Тип вибірки	Обсяг вибірки*	Частка у вибірці**	Оціночна частка за RDSAT	Довірчі інтервали	Гомофілія
Дніпропетровськ	RDS	150 (4)	15,4	11,5	6,3–19,4	0,214
Донецьк	RDS	150 (4)	29,4	20,6	10,2–33,5	0,402
Харків	RDS	200 (5)	23,1	18,3	11,2–28,6	0,203
Херсон	RDS	150 (6)	30,0	27,8	19,5–36,7	0,194
Київ	RDS	150 (5)	52,9	53,5	44,0–67,8	0,042
Луганськ	RDS	200 (5)	64,2	62,2	51,5–71,9	-0,048
Миколаїв	RDS	150 (4)	19,7	20,9	13,6–29,2	0,006
Одеса	RDS	200 (5)	88,5	88,0	82,8–92,2	-0,023
Івано-Франківськ	RDS	201 (6)	41,3	50,4	40,4–60,7	0,086
Ужгород	TLS	150	47,4	–	39,4–55,4	–
Черкаси	TLS	149	30,3	–	23,0–37,7	–
Полтава	TLS	151	32,7	–	25,3–40,2	–
Львів	TLS	149	46,5	–	38,5–54,5	–
Сімферополь	TLS	149	55,9	–	47,9–63,9	–

* У дужках для міст RDS наводиться кількість первинних респондентів у вибірці. У стовпчику «Частка у вибірці» відсоток для міст RDS обчислюється від усієї вибірки (тобто включно з первинними респондентами). У стовпчику «Оціночна частка за RDSAT» відсоток у програмі RDSAT обчислюється без урахування первинних респондентів.

** Для міст TLS значення обчислюється з урахуванням зважування за представленістю у вибірці точок, на яких проводилося дослідження.

Таблиця 2.

Національний показник «Відсоток ЧСЧ, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається», вибіркова та оціночна частка, довірчі інтервали та показник гомофілії

	Тип вибірки	Обсяг вибірки*	Частка у вибірці**	Оціночна частка за RDSAT	Довірчі інтервали	Гомофілія
Сімферополь	RDS	150 (4)	94,6	95,6	90,9–98,5	-0,009
Дніпропетровськ	RDS	150 (4)	67,8	68,0	56,5–79,1	-0,047
Донецьк	RDS	200 (5)	49,7	48,7	40,3–59,0	0,066
Харків	RDS	150 (6)	65,7	67,8	59,3–76,2	0,030
Херсон	RDS	150 (5)	64,1	71,8	62,4–83,1	0,056
Київ	RDS	200 (5)	78,4	82,0	75,8–88,1	-0,120
Луганськ	RDS	150 (4)	74,9	76,5	67,4–85,0	0,034
Миколаїв	RDS	200 (5)	85,3	89,2	82,7–93,7	0,155
Одеса	RDS	201 (6)	61,9	80,5	72,1–88,0	-0,068
Івано-Франківськ	TLS	150	31,2	–	38,7–23,8	–
Ужгород	TLS	149	83,0	–	89,0–76,9	–
Черкаси	TLS	151	61,9	–	69,6–54,2	–
Полтава	TLS	149	79,0	–	85,6–72,5	–
Львів	TLS	149	78,2	–	84,8–71,5	–

* У дужках для міст RDS наводиться кількість первинних респондентів у вибірці. У стовпчику «Частка у вибірці» відсоток для міст RDS обчислюється від усієї вибірки (тобто включно з первинними респондентами). У стовпчику «Оціночна частка за RDS» відсоток у програмі RDSAT обчислюється без урахування первинних респондентів.

** Для міст TLS значення обчислюється з урахуванням зважування за представленістю у вибірці точок, на яких проводилося дослідження.

Національний показник «Відсоток ЧСЧ, яких охоплено профілактичними програмами», вибіркова та оціночна частка, довірчі інтервали та показник гомофілії

	Тип вибірки	Обсяг вибірки*	Частка у вибірці**	Оціночна частка за RDSAT	Довірчі інтервали	Гомофілія
Сімферополь	RDS	150 (4)	62,8	55,8	45,9–64,9	0,140
Дніпропетровськ	RDS	150 (4)	35,7	42,6	32,1–53,3	-0,133
Донецьк	RDS	200 (5)	27,2	22,7	15,5–30,1	0,157
Харків	RDS	150 (6)	33,3	33,5	25,2–44,4	0,195
Херсон	RDS	150 (5)	95,1	86,0	76,4–94,8	0,327
Київ	RDS	200 (5)	85,5	69,4	59,5–78,9	0,281
Луганськ	RDS	150 (4)	19,3	17,1	9,8–25,7	0,066
Миколаїв	RDS	200 (5)	98,0	95,4	91,2–98,8	0,293
Одеса	RDS	201 (6)	65,8	67,2	56,3–77,3	0,233
Івано-Франківськ	TLS	150	72,8	–	65,7–79,9	–
Ужгород	TLS	149	40,1	–	32,2–47,9	–
Черкаси	TLS	151	86,2	–	80,7–91,7	–
Полтава	TLS	149	59,5	–	51,6–67,3	–
Львів	TLS	149	83,9	–	78,0–89,8	–

* У дужках для міст RDS наводиться кількість первинних респондентів у вибірці. У стовпчику «Частка у вибірці» відсоток для міст RDS обчислюється від усієї вибірки (тобто включно з первинними респондентами). У стовпчику «Оціночна частка за RDS» відсоток у програмі RDSAT обчислюється без урахування первинних респондентів.

** Для міст TLS значення обчислюється з урахуванням зважування за представленістю у вибірці точок, на яких проводилося дослідження.

Таблиця 4

Національний показник «Відсоток ЧСЧ, які використовували презерватив під час останнього статевого (анального) контакту з партнером-чоловіком», вибіркова та оціночна частка, довірчі інтервали та показник гомофілії

	Тип вибірки	Обсяг вибірки*	Частка у вибірці**	Оціночна частка за RDSAT	Довірчі інтервали	Гомофілія
Сімферополь	RDS	150 (4)	82,6	80,9	73,1–88,4	0,050
Дніпропетровськ	RDS	150 (4)	70,8	71,8	60,4–80,8	0,103
Донецьк	RDS	200 (5)	55,3	57,6	47,2–68,6	0,326
Харків	RDS	150 (6)	63,7	63,2	54,5–72,0	-0,039
Херсон	RDS	150 (5)	34,8	32,2	19,6–43,1	0,035
Київ	RDS	200 (5)	46,4	45,3	35,7–55,9	0,020
Луганськ	RDS	150 (4)	35,9	37,7	29,7–47,7	-0,223
Миколаїв	RDS	200 (5)	94,0	93,4	89,6–96,7	0,000
Одеса	RDS	201 (6)	62,1	80,5	72,2–87,9	-0,068
Івано-Франківськ	TLS	150	82,5	–	88,6–76,4	–
Ужгород	TLS	149	81,3	–	87,6–75,1	–
Черкаси	TLS	151	51,5	–	59,4–43,5	–
Полтава	TLS	149	78,2	–	84,8–71,5	–
Львів	TLS	149	52,2	–	60,2–44,2	–

* У дужках для міст RDS наводиться кількість первинних респондентів у вибірці. У стовпчику «Частка у вибірці» відсоток для міст RDS обчислюється від усієї вибірки (тобто включно з первинними респондентами). У стовпчику «Оціночна частка за RDS» відсоток у програмі RDSAT обчислюється без урахування первинних респондентів.

** Для міст TLS значення обчислюється з урахуванням зважування за представленістю у вибірці точок, на яких проводилося дослідження.

**Національний показник «Поширеність ВІА-інфекції серед ЧСЧ»,
вибіркова та оціночна частка, довірчі інтервали та показник гомофілії**

Місто	Тип вибірки	Обсяг вибірки*	Частка у вибірці	Оціночна частка за RDS або TLS	Довірчі інтервали	Гомофілія
Сімферополь	RDS	150 (4)	8,7	9,1	3,5–16,8	0,175
Миколаїв	RDS	200 (5)	3,0	1,5	0,4–3,1	-1,0
Одеса	RDS	201 (6)	17,9	21,7	11,4–34,0	-0,13
Херсон	RDS	150 (5)	5,3	4,7	1,5–9,5	-1,0
Дніпропетровськ	RDS	150 (4)	2,0	1,6	0,0–4,1	-1,0
Донецьк	RDS	200 (5)	19,3	19,9	10,8–30,0	0,023
Луганськ	RDS	150 (4)	2,7	4,8	0,4–5,1	0,475
Харків	RDS	150 (6)	4,7	3,5	0,4–8,0	0,136
Київ	RDS	200 (5)	9,3	7,7	2,6–15,7	0,007
Полтава	TLS	149	2,6	2,6	0,0–5,2	–
Черкаси	TLS	151	5,3	5,3	2,1–9,3	–
Львів	TLS	149	19,3	19,3	12,4–25,2	–
Ужгород	TLS	149	7,3	7,3	2,7–10,7	–
Івано-Франківськ	TLS	150	3,3	3,3	0,1–5,3	–

Національні показники моніторингу та оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль за епідемією ВІЛ/СНІД серед ЧСЧ, на рівні міст, розподіл за віком

Таблиця 1

Національний показник «Відсоток ЧСЧ, які протягом останніх 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ-інфекцію та одержали його результат», розподіл за віком

	ЧСЧ у віці до 25 років		ЧСЧ у віці 25+ років	
	Оціночна частка*	Довірчі інтервали	Оціночна частка*	Довірчі інтервали
Івано-Франківськ	59,9	41,6–78,1	44,5	35,7–53,3
Львів	51,8	40,9–62,6	60,8	49,2–72,4
Ужгород	26,7	12,0–41,4	31,4	22,9–39,9
Полтава	86,6	71,0–102,1	40,9	32,4–49,3
Черкаси	49,0	31,0–66,9	28,7	20,7–36,8
Сімферополь	5,0	1,1–11,4	14,3	7,0–24,5
Дніпропетровськ	22,2	9,2–38,1	20,3	7,3–38,1
Донецьк	10,5	1,4–24,1	20,6	12,1–32,4
Харків	20,2	11,1–30,6	39,3	25,0–55,1
Херсон	47,4	32,1–72,0	55,8	41,0–71,5
Київ	60,3	43,3–72,7	65,2	53,5–77,6
Луганськ	22,5	10,5–36,0	20,0	10,1–30,7
Миколаїв	79,9	66,1–92,1	90,4	85,3–94,2
Одеса	53,1	40,0–65,4	43,6	23,4–62,5

* Для міст TLS значення обчислюється з урахуванням зважування за представленістю у вибірці точок, на яких проводилося дослідження. Для міст RDS значення обчислювалося у програмному забезпеченні RDSAT.

Національний показник «Відсоток ЧСЧ, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається», розподіл за віком

	ЧСЧ у віці до 25 років		ЧСЧ у віці 25+ років	
	Оціночна частка*	Довірчі інтервали	Оціночна частка*	Довірчі інтервали
Івано-Франківськ	44,8	26,3–63,3	28,2	20,2–36,1
Львів	78,0	68,9–87,0	78,4	68,7–88,2
Ужгород	77,3	63,4–91,2	84,7	78,1–91,3
Полтава	90,3	76,8–100,0	77,4	70,3–84,6
Черкаси	60,2	42,6–77,7	62,3	53,7–70,9
Сімферополь	92,9	81,9–98,7	97,1	93,5–99,5
Дніпропетровськ	71,6	57,6–85,3	65,6	51,1–81,6
Донецьк	25,1	11,3–44,2	54,5	45,3–64,6
Харків	63,7	51,1–75,4	75,5	64,3–86,7
Херсон	81,4	63,6–92,2	67,2	55,2–83,8
Київ	83,9	74,6–91,6	79,7	69,8–88,7
Луганськ	66,0	53,7–82,2	81,4	66,5–91,4
Миколаїв	85,8	72,3–96,1	90,4	82,6–95,7
Одеса	78,7	69,1–87,4	85,5	68,6–96,8

* Для міст TLS значення обчислюється з урахуванням зважування за представленістю у вибірці точок, на яких проводилося дослідження. Для міст RDS значення обчислювалося у програмному забезпеченні RDSAT.

Національний показник «Відсоток ЧСЧ, яких охоплено профілактичними програмами», розподіл за віком

	ЧСЧ у віці до 25 років		ЧСЧ у віці 25+ років	
	Оціночна частка*	Довірчі інтервали	Оціночна частка*	Довірчі інтервали
Сімферополь	57,5	42,0–72,1	65,5	55,6–75,4
Дніпропетровськ	39,9	25,3–56,2	45,2	28,1–62,1
Донецьк	20,6	6,6–36,4	22,8	14,2–30,6
Харків	31,5	21,5–44,1	37,1	24,9–52,7
Херсон	94,9	92,0–99,5	78,6	65,4–93,9
Київ	63,3	49,4–76,7	77,8	64,0–90,5
Луганськ	6,8	2,7–12,4	23,7	13,7–36,3
Миколаїв	95,5	88,4–100	94,7	89,7–99,1
Одеса	70,3	62,9–78,7	58,2	46,5–70,0
Івано-Франківськ	66,4	48,9–84,0	74,2	66,5–82,0
Львів	86,4	79,0–93,9	80,9	71,6–90,2
Ужгород	30,8	15,5–46,2	42,9	33,8–51,9
Полтава	78,2	59,4–97,1	56,8	48,3–65,3
Черкаси	75,9	60,6–91,3	88,7	83,0–94,3

* Для міст TLS значення обчислюється з урахуванням зважування за представленістю у вибірці точок, на яких проводилося дослідження. Для міст RDS значення обчислювалося у програмному забезпеченні RDSAT.

Національний показник «Відсоток ЧСЧ, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту з партнером-чоловіком», розподіл за віком

	ЧСЧ у віці до 25 років		ЧСЧ у віці 25+ років	
	Оціночна частка*	Довірчі інтервали	Оціночна частка*	Довірчі інтервали
Івано-Франківськ	94,0	85,1–102,8	79,9	72,7–87,0
Львів	56,5	45,7–67,2	47,1	35,2–58,9
Ужгород	88,3	77,6–99,0	79,2	71,8–86,6
Полтава	100,0	–	75,1	67,7–82,5
Черкаси	56,2	38,4–74,0	50,3	41,4–59,2
Сімферополь	82,4	65,0–95,2	80,7	72,7–90,5
Дніпропетровськ	85,0	74,2–92,4	58,5	38,6–71,7
Донецьк	74,2	59,8–93,4	53,9	41,4–65,4
Харків	63,1	51,5–74,5	63,8	47,4–77,5
Херсон	49,0	31,5–70,1	23,8	10,2–33,6
Київ	48,1	34,7–62,6	40,9	26,0–55,7
Луганськ	53,5	38,8–70,2	28,4	18,8–39,9
Миколаїв	89,3	77,4–98,3	94,7	90,7–97,9
Одеса	74,5	63,9–84,6	81,9	67,4–93,4

* Для міст TLS значення обчислюється з урахуванням зважування за представленістю у вибірці точок, на яких проводилося дослідження. Для міст RDS значення обчислювалося у програмному забезпеченні RDSAT.

Поширеність ВІА серед ЧСЧ, розподіл за віком

	ЧСЧ у віці до 25 років		ЧСЧ у віці 25+ років	
	Оціночна частка*	Довірчі інтервали	Оціночна частка*	Довірчі інтервали
Івано-Франківськ	0,0	–	3,3	0,1–6,4
Львів	14,7	7,0–22,4	23,6	13,5–33,7
Ужгород	3,8	0,0–10,1	7,8	2,9–12,8
Полтава	7,4	0,0–19,4	2,0	0,0–4,4
Черкаси	3,3	0,0–9,6	6,3	2,0–10,6
Сімферополь	16,2	2,7–30,7	7,0	0,7–11,5
Дніпропетровськ	1,6	0,0–4,5	2,4	0,0–6,2
Донецьк	11,8	1,3–26,4	21,2	12,9–30,2
Харків	2,4	0,0–5,7	5,8	0,0–15,2
Херсон	9,3	0,0–28,5	9,1	0,9–23,1
Київ	5,8	1,9–12,5	10,1	2,3–22,5
Луганськ	5,3	0,0–7,1	4,5	0,0–6,7
Миколаїв	3,9	0,0–8,2	1,6	0,2–3,1
Одеса	16,3	8,3–28,7	36,6	18,3–59

* Для міст TLS значення обчислюється з урахуванням зважування за представленістю у вибірці точок, на яких проводилося дослідження. Для міст RDS значення обчислювалося у програмному забезпеченні RDSAT.

**МОНІТОРИНГ ПОВЕДІНКИ ТА
ПОШИРНОСТІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ СЕРЕД ЧОЛОВІКІВ,
ЯКІ ПРАКТИКУЮТЬ СЕКС ІЗ ЧОЛОВІКАМИ,
ЯК КОМПОНЕНТ ЕПІДНАГЛЯДУ ЗА ВІЛ ДРУГОГО ПОКОЛІННЯ**

Аналітичний звіт за результатами зв'язаного дослідження 2009 року

Підписано до друку _____ р. Формат 70x100/16. Папір офс.
Гарнітура Helios. Ум. друк. арк. 5,58. Фіз. друк. арк. 6.
Тираж _____ пр. Зам. № _____

Надруковано у друкарні _____