

# АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ

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

ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ІНТЕГРОВАНОГО  
БІОПОВЕДІНКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

2013 РОКУ

УДК

ББК

М77

**Автори звіту:**

О.М. Балакірева, к. соціол. н.,  
Т.В. Бондар, к. соціол. н.,  
І.І. Локтева,  
Я.О. Сазонова,  
Ю.В. Серета, к. соціол. н.

**Рецензія:**

Тетяна Андреева, к. мед. н.

**Літературна редакція:**

Микола Ілляш

М77

**Моніторинг** поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління : аналіт. звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2013 року. / Балакірева О.М., Бондар Т.В. та ін. – К. : МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2014. – 181 с.

Звіт підготовлено за результатами дослідження 2013 року «Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління», яке проведено ГО «Українським інститутом соціальних досліджень імені Олександра Яременка» на замовлення МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». Описані дані показують соціально-демографічну структуру цільової групи дослідження, основні індикатори ризикованої сексуальної поведінки, вживання наркотичних речовин, доступ до програм профілактики, тестування на ВІЛ, тощо.

Особлива увага приділяється аналізу поширенню ВІЛ-інфекції та гепатиту С. В окремих ключових аспектах результати порівнюються із даними попередніх подібних досліджень 2008/2009, 2011 рр.



Дослідження здійснено за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Побудова сталої системи надання комплексних послуг з попередження ВІЛ, лікування, догляду та підтримки груп ризику та ЛЖВ в Україні».

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

The views describes herein are the views of this institution, and do not represents 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.

УДК  
ББК

ISBN 978-966-2157-84-0

© МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2014

# ЗМІСТ

ПОНЯТІЙНИЙ АПАРАТ .....	5
ВСТУП.....	7
МЕТОДОЛОГІЯ .....	9
РОЗДІЛ 1. СОЦІАЛЬНИЙ ПОРТРЕТ СПОЖИВАЧІВ ІН'ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ.....	14
РОЗДІЛ 2. ПРАКТИКА ВЖИВАННЯ НАРКОТИКІВ ІН'ЄКЦІЙНИМ ШЛЯХОМ.....	30
2.1. Ініціація вживання ін'єкційних та неін'єкційних наркотиків.....	30
2.2. Види наркотичних речовин.....	33
2.3. Частота вживання наркотичних речовин та досвід передозувань.....	39
2.4. Практика спільного використання інструментарію для введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом.....	40
РОЗДІЛ 3. СЕКСУАЛЬНА ПОВЕДІНКА ТА РИЗИК ІНФІКУВАННЯ ВІЛ ПРИ СЕКСУАЛЬНИХ КОНТАКТАХ .....	46
3.1. Сексуальні партнери та використання презервативів .....	46
3.2. Груповий секс: наявність досвіду, використання презервативів .....	66
РОЗДІЛ 4. КОРИСТУВАННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИМИ ПОСЛУГАМИ І РІВЕНЬ ЗНАНЬ ЩОДО ВІЛ .....	69
4.1. Користування послугами ГО та охоплення профілактичними програмами .....	69
4.2. Знання шляхів передачі ВІЛ-інфекції .....	79
РОЗДІЛ 5. ЗВЕРНЕННЯ ЗА ПОСЛУГАМИ КІТ .....	82
5.1. Доступність послуг КіТ .....	82
5.2. Наявність практики КіТ .....	88

<b>РОЗДІЛ 6. РІВЕНЬ ІНФІКУВАННЯ НА ВІЛ ТА ІНШІ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНІ ХВОРОБИ .....</b>	<b>105</b>
6.1. Захворювання на туберкульоз, гепатит В і С .....	105
6.2. Рівень інфікування ВІЛ серед СІН.....	116
6.3. Рівень інфікування гепатитом С серед СІН.....	121
 <b>РОЗДІЛ 7. ЧИННИКИ, ЩО ПОВ'ЯЗАНІ З ІНФІКУВАННЯМ НА ВІЛ ТА ГЕПАТИТ С .....</b>	<b>128</b>
7.1. Чинники, що пов'язані з інфікуванням на ВІЛ.....	130
7.2. Чинники, що пов'язані з інфікуванням на гепатит С .....	134
 <b>ВИСНОВКИ .....</b>	<b>140</b>
 <b>КЛЮЧОВІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ПРОГРАМ.....</b>	<b>143</b>
 <b>ДОДАТОК 1. Індикатори, що включені до переліку показників Національного плану моніторингу та оцінки ефективності заходів протидії епідемії ВІЛ-інфекції, стосовно поінформованості та поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків.....</b>	<b>146</b>
 <b>ДОДАТОК 2. Рекрутинг респондентів згідно з методикою RDS.....</b>	<b>154</b>



# ПОНЯТІЙНИЙ АПАРАТ

**Біоповедінкове дослідження** – соціологічне поведінкове дослідження та біологічне дослідження, пов'язане в часі та місці, з одним і тим самим респондентом.

**Вибіркова сукупність** – частина генеральної сукупності, об'єкти якої виступають як основні об'єкти спостереження. Ця частина генеральної сукупності відбирається за спеціальними правилами так, щоб її характеристики відображали властивості всієї генеральної сукупності та дозволяли отримати повне уявлення про всю сукупність у цілому.

**ЗПТ** – заміна підтримуюча терапія.

**КІТ** – консультування (від лат. consultatio– звертання за порадою) і тестування (від англ. test– випробування) – медично-психологічне консультування певної особи з приводу ВІЛ-інфекції/СНІДу та пов'язане з консультуванням медичне тестування цієї особи на наявність антитіл до ВІЛ, що здійснюються на добровільній основі з боку такої особи.

**Ключові інформатори** – представники організацій чи приватні особи, які володіють експертним знанням про групу, яка досліджується.

**Ланцюжок рекрутингу**– сукупність хвиль рекрутингу в їх хронологічній послідовності.

**Медичний персонал дослідження** – лікарський персонал центрів СНІДу, який здійснюватиме експрес-тестування респондентів та дослідження випадків раннього інфікування.

**НУО** – неурядова організація (у звіті також використовується поняття «громадська організація (ГО)»).

**Первинні респонденти (у RDS)** – учасники опитування, рекрутовані ГО, що працюють з цільовою групою, а не самими респондентами.

**Поведінкове дослідження** – дослідження поведінки групи СІН, що реалізується методом інтерв'ю „віч-на-віч”, тобто шляхом прямого спілкування інтерв'юера з респондентом.

**Польовий етап дослідження**– збір даних шляхом інтерв'ювання респондентів.

**Рекрут (у RDS)** – особа, вже рекрутована дослідницькою командою в місті або рекрутером, але яка ще не взяла участі в дослідженні (не стала учасником).

**Рекрутер (у RDS)** – людина, яка, пройшовши інтерв'ю, отримала купони, за допомогою яких може рекрутувати інших респондентів.

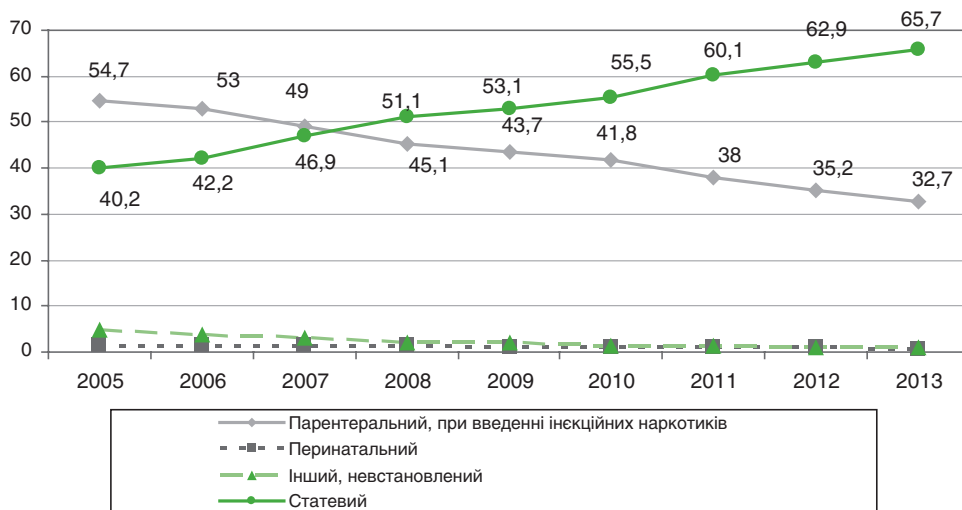
**СІН** – споживачі ін'єкційних наркотиків, цільова група дослідження.

**Хвиля (у RDS)** – сукупність респондентів, залучених рекрутерами одного рівня. Наприклад, особа, рекрутована безпосередньо первинним респондентом потрапляє до першої хвилі. Особи, рекрутовані учасниками першої хвилі, становлять другу хвилю. Послідовність хвиль становить ланцюжок рекрутингу.

**Еквілібріум, або рівновага** – стан, який настає починаючи з певного номера хвилі, який полягає в тому, що характеристики вибірки вже не змінюються, незважаючи на те, скільки ще людей буде до неї включено. Еквілібріум інколи називають конвергенцією або стабілізацією.

**RDS (respondent driven sample)** – вибірка, що спрямовується та реалізується респондентами.

Важливу роль для досягнення цілей Глобальної стратегії ЮНЕЙДС на 2011–2015 роки «Прямуювання до Нуля» відіграє група споживачів наркотиків, для якої поставлена мета досягти цілковитої відсутності нових випадків інфікування ВІЛ<sup>1</sup>. На сьогоднішній день епідеміологічна ситуація серед групи споживачів ін'єкційних наркотиків свідчить, що ця група залишається однією з рушійних сил епідемії ВІЛ в Україні, хоча фіксується постійне покращання епідеміологічної ситуації. Зменшення абсолютної кількості СІН серед уперше зареєстрованих інфікованих ВІЛ осіб, спостерігається останні 4 роки: із 7105 випадків у 2009 році до 5847 випадків у 2013-му. У структурі шляхів передачі ВІЛ частка осіб, що були інфіковані перентеральним шляхом при введенні ін'єкційних наркотиків, у 2013 році становила 32,7% (див. рис. 1).



**Рис. 1. Структура шляхів передачі ВІЛ в Україні з урахуванням рівнів передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини за 2005-2013 роки, %<sup>2</sup>**

Досягнутий прогрес зниження показників кількості випадків ВІЛ-інфекції більшою мірою завдячує масштабному впровадженню програм профілактики, які реалізуються МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» та є доступними для СІН через мережу НУО по всій території України. Постійне збільшення показника охоплення програмами СІН призводить до того, що ми з кожним роком фіксуємо меншу частку СІН з ВІЛ-позитивним результатом, особливо серед групи СІН із невеликим стажем (до трьох років), що є свідченням значного зменшення темпів приросту нових випадків ВІЛ-інфекції в цій групі (див. рис. 2).

На тлі зменшення притоку нових випадків ВІЛ-інфекції в групі СІН стає все більш актуальною проблема залучення СІН до програм АРВ-терапії та формування прихильності до отримання препаратів, про що свідчать дані рутинного моніторингу щодо постійного росту кількості СІН, у яких ВІЛ-інфекція переходить у стадію СНІД (див. рис. 3).

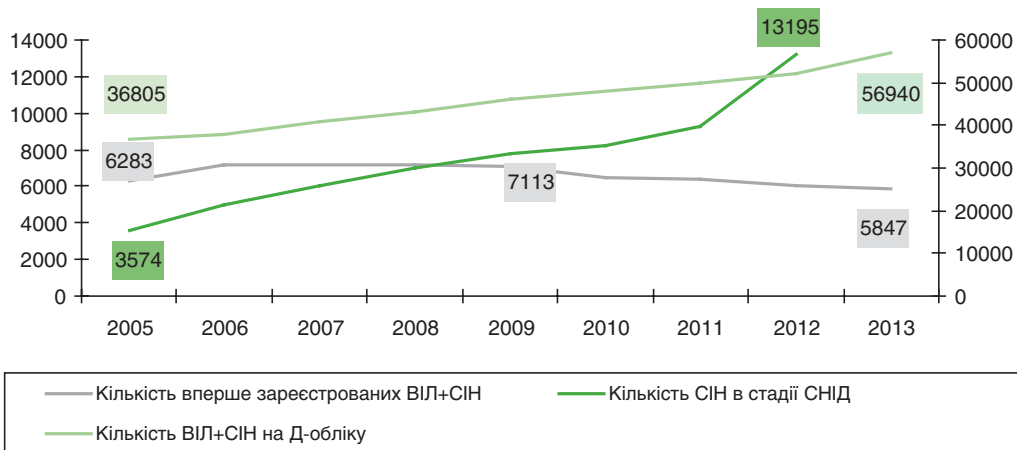
<sup>1</sup> В направлении цели «ноль». Стратегия на 2011–2015 годы [Електронний ресурс]. Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС). – Режим доступа : [http://www.unaids.org.ua/files/Zero\\_Strategy\\_Rus.pdf](http://www.unaids.org.ua/files/Zero_Strategy_Rus.pdf)

<sup>2</sup> ВІЛ-інфекція в Україні : інформ. бюл. / М-во охорони здоров'я України, ДУ «Укр. центр контролю за соц. небезпечними хворобами МОЗ України» ; ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського Нац. акад. мед. наук України». – К., 2014. – № 41. – 95 с.



**Рис. 2. Вплив профілактичних програм на розвиток епідемії ВІЛ серед СІН в Україні**

Джерела: Програмний моніторинг МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» (дані бази SYREX) та дані біоповедінкових досліджень серед СІН 2009, 2011 та 2013 рр.



**Рис. 3. Динаміка кількості ВІЛ-позитивних результатів серед СІН, кількості СІН у стадії СНІД та кількості тих, хто знаходиться на диспансерному обліку, 2005–2013 роки.**

Джерело: Рутинний моніторинг ДУ «Український центр контролю за соц. небезпечними хворобами МОЗ України»<sup>3</sup>

Регіональний аналіз рутинних даних свідчить, що найбільша кількість СІН, що були поставлені на диспансерний облік у зв'язку з виявленням ВІЛ-інфекції у 2013 році була зафіксована в Дніпропетровській (1083), Донецькій (1002), Одеській (592), Миколаївській (257) областях, АР Крим (286) та м. Київ (470)<sup>4</sup>.

Зважаючи на існуючі епідеміологічні дані, група СІН повинна залишатися під пильним наглядом для моніторингу тенденцій розвитку епідемії ВІЛ та основних факторів, які можуть бути з цим пов'язані.

В рамках епіднагляду за ВІЛ-інфекцією другого покоління забезпечується контроль за епідемією ВІЛ/СНІД шляхом поглиблення розуміння епідеміологічної ситуації, вивчення тенденцій поширення ВІЛ/СНІД в часі, визначення форм поведінки, що зумовлюють поширення епідемії, вивчення груп високого ризику. Здійснення такого епіднагляду відбувається за допомогою проведення періодичних моніторингових досліджень. В звіті представлені результати останньої хвили дослідження, яке відбулося в 2013 році.

<sup>3</sup> ВІЛ-інфекція в Україні : інформ. бюлетень / М-во охорони здоров'я України, ДУ «Укр. центр контролю за соц. небезпечними хворобами МОЗ України» ; ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського Нац. акад. мед. наук України». – К., 2014. – № 41. – 95 с.

<sup>4</sup> Там само. – С. 53.

# МЕТОДОЛОГІЯ

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

## Дизайн дослідження

Для реалізації дослідження був застосований крос-секційний дизайн дослідження, який за своєю типологією є описовим видом дослідження та передбачає збір інформації серед певної популяції в конкретний період часу.

У рамках дослідження було поєднано опитування та тестування респондентів на ВІЛ та гепатит С швидкими тестами, що надало змогу оцінити як показники поширення ВІЛ-інфекції та гепатиту С серед СІН, так і виявити основні ризикові та превентивні види поведінки в групі.

Рекрутинг респондентів до дослідження відбувався відповідно до методики RDS (Respondent Driven Sample) – вибірка, що спрямовується та реалізується самими респондентами.

## Вибірка та географічне охоплення

Дослідження було проведено в 29 містах України. Загальна кількість опитаних та протестованих СІН становить 9502 особи. Для розрахунку вибіркової сукупності для кожного міста враховувалися оцінка чисельності групи в конкретному місті та рівень поширеності ВІЛ серед СІН. Реалізована вибірка сукупність представлена в табл. 1.

Критеріями включення респондентів до дослідження були:

- вік (не молодші за 14 років);
- наявність досвіду вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом протягом останніх 30 днів;
- проживання або перебування тривалий час у місті опитування.

Для підтвердження, що рекрутований дійсно є споживачем ін'єкційних наркотиків, інтерв'юери перед початком інтерв'ю використовували спеціально розроблену та затверджену скринінгову форму, а медичні працівники перевіряли наявність проколів від вживання наркотичних речовин на венах потенційного респондента.

**Таблиця 1**  
**Реалізована вибіркова сукупність**

Місто	Вибіркова сукупність		Кількість первинних респондентів	
	Заплановано	Реалізовано	Заплановано	Взяли участь у дослідженні
Біла Церква	300	300	3	3
Васильків	150	150	2	2
Вінниця	250	250	2	2
Дніпропетровськ	500	501	4	5
Донецьк	500	500	4	4
Житомир	350	350	3	3
Запоріжжя	350	350	3	3
Івано-Франківськ	300	299	3	3
Київ	500	499	4	4
Кіровоград	250	250	2	2
Луганськ	300	300	3	3
Луцьк	350	350	3	3
Львів	350	350	3	5
Миколаїв	500	501	4	5
Одеса	400	400	4	5
Полтава	300	300	3	3
Рівне	300	300	3	4
Севастополь	350	350	3	3
Сімферополь	400	400	4	4
Суми	350	350	3	3
Тернопіль	250	250	2	2
Ужгород	200	200	2	2
Фастів	150	150	2	2
Харків	350	350	3	3
Херсон	300	300	3	3
Хмельницький	300	300	3	3
Черкаси	350	348	3	4
Чернівці	250	250	3	3
Чернігів	300	300	3	3
<b>Всього</b>	<b>9500</b>	<b>9502</b>		

Методологія RDS передбачала участь респондентів двох категорій:

1. Первинні респонденти – респонденти-СІН, рекрутинг яких здійснено відповідно до певних характеристик (невипадковим шляхом).
2. Вторинні респонденти – учасники опитування, рекрутинг яких здійснено самими респондентами-СІН.

Відбір первинних респондентів відбувався в тісній співпраці з громадськими організаціями, що надають послуги СІН у містах опитування та реалізують проекти в межах гранту МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».

Первинні респонденти були відібрані відповідно до таких критеріїв:

- представники вікової групи до 25 років;
- наявність серед первинних респондентів СІН обох статей;
- вживання різних типів наркотиків: опіюєдні наркотики, наркотики-стимулятори та змішане вживання наркотичних речовин;
- проживання в різних районах міста дослідження;
- статус клієнта неурядової організації, яка надає профілактичні послуги СІН (серед первинних мали бути як клієнти, так і не клієнти програм);
- ВІЛ-негативний статус (за свідченням самих СІН перед участю в дослідженні).

Відібрані первинні респонденти виступали в ролі рекрутерів інших СІН із числа своєї соціальної мережі. Якщо рекрутований первинний респондент відмовлявся виступити в ролі рекрутера, то його не вважали «результативним» і замінювали іншим СІН з такими самими характеристиками. Усі респонденти, крім первинних, є вторинними. Кожен із респондентів, які пройшли повний цикл дослідження, отримував можливість рекрутувати трьох інших СІН за винагороду.

## Інструменти дослідження

### *Соціологічний компонент дослідження*

Усіх респондентів опитано методом індивідуального інтерв'ю інтерв'юерами із постійної мережі УІСД ім. О. Яременка, які мають досвід проведення поведінкових досліджень із важкодоступними групами ризику.

Інструментарій для опитування споживачів ін'єкційних наркотиків розроблений на базі інструментарію, який було використано в дослідженнях моніторингу поведінки СІН у 2007, 2008, 2009 та 2011 роках, та включає набір запитань для розрахунку національних показників згідно з Національним планом з моніторингу та оцінки ефективності заходів з протидії ВІЛ-інфекції та СНІДу.

### *Епідеміологічний компонент дослідження*

Консультування та тестування СІН за допомогою експрес-тестів на ВІЛ та гепатит С здійснювалися кваліфікованими медичними працівниками з числа співробітників центрів СНІДу після інтерв'ю із СІН.

## Етичні засади дослідження

Протокол та інструментарій дослідження пройшли експертизу «Комісії з професійної етики соціолога» Соціологічної асоціації України. Етичні засади дослідження розроблені на базі кодексу професійної етики соціолога САУ та Гельсінської декларації етичних принципів для проведення досліджень.

Епідеміологічний компонент пройшов експертизу комітету з питань медичної етики Інституту епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського АМН України.

Основними етичними принципами дослідження були: конфіденційність, добровільна участь та інформована згода. Після детального пояснення теми дослідження, процедури та умов участі всі респонденти підписали форму інформованої згоди.



## Аналіз даних

Обробка даних за допомогою пакета RDSAT передбачає роботу з локальними мережевими спільнотами, внутрішньо пов'язаними відносинами знайомства, для характеристик яких разом із статистичними показниками розраховано довірчі інтервали за методом BOOT STRAP. Тому розподіл даних за містами опитування, поданий у звіті, базується на аналізі даних у пакеті RDSAT. Результати такої оцінки є набагато точнішими, ніж звичайні вибіркові середні, оскільки пакет RDSAT при розрахунках враховує розмір мережі та рекрутинг респондентів. При розрахунку «вагів» у пакеті RDSAT враховується розмір мережі знайомих СІН: коефіцієнти є вищими для СІН, які мають невелику кількість знайомих серед СІН, та нижчими для тих, хто має велику кількість знайомих.

Для розрахунку даних на національному рівні до статистичного пакета SPSS 17. було імпортовано ваги, розраховані для кожного окремого міста у пакеті RDSAT. Аналіз даних на національному рівні здійснено за допомогою статистичного пакета SPSS.PC на масиві даних, що зважені на основі коефіцієнтів, розрахованих у пакеті RDSAT залежно від віку респондентів.

Здебільшого для аналізу даних використано описову статистику – одновимірні та двовимірні розподіли даних. Значущість усіх відмінностей у відсотках між різними групами перевірено за статистичним тестом хі-квадрат ( $\chi^2$ ). Таким чином, для демонстрації значущості зв'язку між змінними в більшості таблиць поданий рівень значущості p-value, розрахований за допомогою  $\chi^2$  (наявність значимих відмінностей:  $p < 0,1$ ;  $p < 0,05$ ;  $p < 0,001$ ).

Для визначення чинників інфікування на ВІЛ та гепатит С застосований метод регресійного аналізу. Регресійний аналіз побудовано як багаторівневу логістичну регресію, що враховує структуру дизайну дослідження: групування СІН у містах опитування. Більш детальна інформація про методологію визначення чинників інфікування на ВІЛ та гепатит С надана у розділі 7.

## Аналіз динаміки

З метою аналізу соціально-демографічних змін у популяції СІН, поведінки, рівня інфікування ВІЛ тощо у звіті використовуються дані попередніх біоповедінкових досліджень 2008/2009 та 2011 роках. У 2013 році дослідження проведено у 29 містах України, у 2011 році дослідження проводилось у 26 містах, у 2008 році – в 16 та в 2009 році – в 17 містах, тому задля коректного порівняння та відповідності кількості міст масиви даних 2009-го та 2008 років були об'єднані. У разі, якщо в переліку міст дослідження 2008-го та 2009 років міста збігалися, аналіз даних у цих містах проводили на основі дослідження 2009 року У таблиці 2 представлений перелік міст досліджень 2008-го та 2009 років. (N=6460), які були обрані для порівняння з результатами досліджень 2011 року (N=9069) та 2013 р. (N=9502).

**Таблиця 2**

**Географія подібних досліджень, результати яких використовуються для представлення динаміки основних показників на національному та регіональному рівнях**

	Місто опитування
Географія дослідження 2011 р.	Сімферополь, Дніпропетровськ, Донецьк, Київ, Миколаїв, Одеса, Вінниця, Житомир, Кіровоград, Луцьк, Полтава, Рівне, Суми, Харків, Херсон, Хмельницький, Черкаси, Чернігів, Біла Церква (Київська обл.), Івано-Франківськ, Луганськ, Львів, Запоріжжя, Тернопіль, Ужгород, Чернівці
Міста, обрані для порівняння з дослідженням 2009 р.	Сімферополь, Дніпропетровськ, Київ, Миколаїв, Вінниця, Житомир, Рівне, Черкаси, Чернігів, Івано-Франківськ, Запоріжжя, Тернопіль, Ужгород, Чернівці
Міста, обрані для порівняння з дослідженням 2008 р.	Донецьк, Миколаїв, Одеса, Кіровоград, Луцьк, Полтава, Суми, Харків, Херсон, Хмельницький, Луганськ, Львів



Інструментарій, використаний у різні роки, мав деякі відмінності за кількістю та змістом запитань, тому порівняння даних дослідження здійснюється лише в тих випадках, коли запитання були однаково сформульовані.

## Обмеження дослідження

Крос-секційний дизайн дослідження дозволяє оцінити основні поведінкові показники серед СІН на конкретний період часу, але обмежує дослідників у виявленні факторів та причинно-наслідкового зв'язку. Усі дані щодо наявності ризикованої або безпечної щодо ВІЛ поведінки отримані шляхом самодекларації СІН під час опитування, що може зумовлювати отримання соціально очікуваних відповідей від респондентів. Зважаючи на це, дані щодо використання стерильного інструментарію та використання презерватива можуть бути дещо завищеними. Участь СІН у різних профілактичних програмах, статус клієнта громадської організації, попередня участь у подібних дослідженнях також можуть відображатися в завищених показниках дотримання безпечних щодо ВІЛ-інфекції практик поведінки.

Розмір реалізованих вибірок у містах опитування не є достатнім для впевненості в репрезентативності даних на регіональному рівні. Зважаючи на це, про репрезентативність отриманих результатів можна стверджувати лише щодо даних національного рівня. Регіональні дані не можна вважати репрезентативними, але вони можуть трактуватися як описові та такі, що характеризують моделі поведінки та інші показники для певної частини СІН к тому чи іншому місті опитування.

## Валідизація даних

Дослідницька команда УІСД ім. О.Яременка, представники МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» та залучені консультанти здійснили моніторингові візити до місць опитування, що дозволило виявити певні порушення методології дослідження, усунути їх та попередити повторення подібних порушень в інших містах дослідження. Для попередження помилок на етапі вводу даних 10% анкет були введені повторно. Результати зіставлення першого та повторного введення даних засвідчили належну якість вводу. Додатковий контроль щодо логічності даних проводився на етапі обробки масиву даних, для чого був залучений незалежний консультант.

Зазначені етапи перевірки процесу збору та обробки даних дозволили мінімізувати помилки окремих виконавців дослідження на етапі проведення польового етапу дослідження та обробки даних.

## Обробка пропущених даних

У звіті подані відсотки, розраховані виходячи з числа респондентів, які дали змістовні відповіді на запитання. У кожному розділі зазначено число СІН, виключених із аналізу через те, що не змогли відповісти на запитання. У разі якщо запитання ставилося не всім респондентам за заданим в інструментарії дослідження критерієм (запитання-фільтр), то аналіз здійснювали із числа осіб, які відповіли на поставлене запитання.

# РОЗДІЛ 1. СОЦІАЛЬНИЙ ПОРТРЕТ СПОЖИВАЧІВ ІН'ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ

У розділі поданий аналіз даних щодо соціально-демографічних характеристик опитаних СІН, таких як стать, вік, сімейний стан (у тому числі наявність дітей), освіта та рід зайнятості. Аналіз даних представлений на національному та регіональному рівнях. В окремих запитаннях представлений аналіз структурних змін у популяції СІН порівняно з 2008/2009 та 2011 роками.

Методологія передбачала проведення опитування та тестування серед СІН, які проживають у містах, визначених для дослідження. Результати опитування свідчать (табл. 1.1.1), що частка СІН, які народилися і проживають у місті опитування, залишається стабільною з минулої хвили опитування, дещо збільшується частка тих, хто не живе в місті постійно, приїжджає час від часу (1,2% у 2011 році та 1,6% у 2013 році).

Дані щодо статі та віку отримані від усіх 9502 респондентів. Залишається стабільною популяція СІН у статевому розрізі та представлена більшою мірою чоловіками, але порівняно з минулою хвили опитування частка жінок дещо зменшується. Найбільш наповненою віковою групою є СІН старші 25 років – 86,6%. Популяція тих, кому 14–19 років та які виявляються доступними для дослідження, також залишається стабільною і важкодоступною групою. Дещо зменшується популяція тих, кому 20–24 роки.

Збільшується, порівняно з іншими роками, частка тих, хто має базову або повну загальну освіту, проте зменшується частка СІН, які намагаються отримати вищу освіту.

Більшу частку (27,5%) становлять респонденти, які офіційно не одружені/не заміжні, але живуть разом із сексуальним партнером, причому така частка жінок, значно вища, ніж чоловіків (38,4 та 24,2% відповідно). Кожен п'ятий з опитаних має дітей, з якими разом проживає (переважно це жінки).

Частка СІН, які працюють, становить 69%, проте з них 46,1% мають лише випадкові заробітки. Частка учнів/студентів залишається на рівні минулого опитування (3%).

Таблиця 1.1.1

Розподіл СІН за статтю, віком, освітою, сімейним станом, місцем проживання та родом зайнятості, абсолютні числа та %

Характеристика		2011		2013	
		N	%	N	%
Стать	Чоловіча	6578	72,5	7366	76,4
	Жіноча	2491	27,5	2136	23,6
Вік	14–19 років	246	2,7	258	2,5
	20–24 роки	1262	13,9	1116	10,9
	25–34 роки	4029	44,4	4262	44,0
	35 років та старше	3532	38,9	3866	42,6
	Середній вік	–	33,1 року	–	33,4 року
Освіта	Початкова	234	2,6	330	3,2
	Базова (неповна) середня	1175	13	1647	16,9
	Повна загальна середня	5181	57,3	5509	59,4
	Базова вища	1604	17,7	1385	14,2
	Повна вища	855	9,5	606	6,3
Сімейний стан	Одружений/заміжня або живу разом з жінкою/чоловіком	1135	12,5	1337	14,2
	Одружений/заміжня, але маю іншого сексуального партнера/партнерів	110	1,2	158	1,6
	Офіційно не одружений/незаміжня, але живу разом із сексуальним партнером	2993	33,1	2680	27,5
	Одружений/заміжня, не живу разом ні з жінкою/чоловіком, ні з іншим сексуальним партнером	214	2,4	348	3,6
	Неодружений/незаміжня, не живу разом із сексуальним партнером	4600	50,8	4978	53,0
Наявність дітей	Так, проживають зі мною	–	–	1850	19,2
	Так, проживають не зі мною	–	–	2337	25,7
	Немає	–	–	5315	55,2
Місце народження та проживання	Народився в місті проживання	7550	83,5	7960	83,1
	Не живу постійно, приїжджаю час від часу	108	1,2	149	1,6
	Проживає менше року	58	0,6	91	1,1
	Проживає більше року	1324	14,7	1255	13,6
Рід діяльності	Учень/иця школи	281	3,1	5	0,0
	Учень/иця ПТНЗ	–	–	66	0,6
	Студент/ка технікуму	–	–	64	0,6
	Студент/ка ВНЗ	–	–	128	1,4
	Маю постійну роботу	5587	61,8	2222	23,0
	Маю випадкові заробітки	–	–	4406	46,1

Характеристика		2011		2013	
		N	%	N	%
Джерела доходу	Постійна робота	–	–	2291	24,0
	Непостійна робота/випадкові за-робітки	–	–	4584	48,2
	Допомога батьків або інших родичів	–	–	997	10,4
	Дохід чоловіка/дружини, сексуал. партнера	–	–	329	3,7
	Допомога друзів/знайомих	–	–	140	1,5
	Пенсійні/соціальні виплати	–	–	880	9,9
	Надання сексуальних послуг за винагороду	–	–	34	,2
	Жебракування	–	–	13	,3
	Крадіжка	–	–	204	1,5
Розмір доходу	Менше 700 гривень	–	–	953	11,6
	700–1000 гривень	–	–	957	11,6
	1001–1300 гривень	–	–	985	11,3
	1301–2000 гривень	–	–	1997	21,4
	2001–3000 гривень	–	–	2253	22,5
	3001–5000 гривень	–	–	1680	15,9
	Більше 5000 гривень	–	–	656	5,5
Всього СІН		9069		9502	

Розглядаючи віковий розподіл з дезагрегацією за статтю, спостерігаємо що частка дівчат віком 14–24 роки, дещо більша, ніж частка юнаків (табл. 1.1.2).

**Таблиця 1.1.2**

**Розподіл СІН за віком з дезагрегацією за статтю, відсотковий розподіл**

Вік	Чоловіча	Жіноча	Загалом
14–19 років	2,2	3,5	2,5
20–24 роки	10,2	13,2	10,9
25–34 роки	44,1	43,6	44,0
35 років та більше	43,5	39,7	42,6

Зважування масиву даних здебільшого вплинуло на статевий та віковий розподіл, тому аналізу структури за статтю та віком приділено окрему увагу і в таблицях 1.1.3 та 1.1.4 подано аналіз розриву між вибірковими та оціночними даними по кожному місту опитування.

Таблиця 1.1.3

Розподіл СІН за статтю абсолютні числа, відсотковий розподіл та довірчі інтервали

Місто	Стать	2011				2013			
		N	%	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	N	%	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS
Сімферополь	Чоловіча	319	63,8	66,8	62,8–70	270	64,8	64,9	59,7–70,3
	Жіноча	181	36,2	33,2	30,0–37,2	131	35,2	35,1	29,7–40,3
Вінниця	Чоловіча	261	74,6	69,9	64,7–74,5	210	82,0	81,8	74,4–88,3
	Жіноча	89	25,4	30,1	25,5–35,3	40	18,0	18,2	11,7–25,6
Луцьк	Чоловіча	288	81,8	81,5	76,9–86,1	274	76,6	76,6	71,5–82,1
	Жіноча	64	18,2	18,5	13,9–23,1	76	23,4	23,4	17,9–28,5
Дніпропетровськ	Чоловіча	348	69,7	72,6	67,1–77,6	372	75,2	76,2	70,6–81,8
	Жіноча	151	30,3	27,4	22,4–32,9	129	24,8	23,8	18,2–29,4
Донецьк	Чоловіча	333	66,5	70,1	64,9–74,3	388	74,0	74,0	68–79,5
	Жіноча	168	33,5	29,9	25,7–35,1	112	26,0	26,0	20,5–32
Житомир	Чоловіча	269	76,9	75,3	70,3–79,6	283	77,1	77,0	71,3–82,2
	Жіноча	81	23,1	24,7	20,4–29,7	67	22,9	23,0	17,8–28,7
Ужгород	Чоловіча	158	79,0	72,6	61,9–83,2	171	85,0	84,4	77,2–90,3
	Жіноча	42	21,0	27,4	16,8–38,1	29	15,0	15,6	9,7–22,8
Запоріжжя	Чоловіча	156	78,0	81,2	74,3–87,6	292	87,1	86,8	80,6–92,0
	Жіноча	44	22,0	18,8	12,4–25,7	58	12,9	13,2	8,0–19,4
Івано-Франківськ	Чоловіча	189	75,6	73,1	66,7–79,2	226	75,7	76,3	70,0–81,6
	Жіноча	61	24,4	26,9	20,8–33,3	74	24,3	23,7	18,4–30
Біла Церква	Чоловіча	245	81,9	77,7	67,4–86,4	238	81,3	82,0	75,2–87,7
	Жіноча	54	18,1	22,3	13,6–32,7	62	18,7	18,0	12,3–24,8
Київ	Чоловіча	410	80,7	70,2	64,0–79,5	370	72,8	72,7	67,4–77,5
	Жіноча	98	19,3	29,8	20,5–36	130	27,2	27,3	22,5–32,6
Кіровоград	Чоловіча	303	86,6	84,1	77,9–90,4	214	89,6	89,5	84,1–94,0
	Жіноча	47	13,4	15,9	9,6–22,2	36	10,4	10,5	6,0–15,9
Луганськ	Чоловіча	182	72,5	62,9	53,2–72,4	231	75,7	75,7	65,6–84,5
	Жіноча	69	27,5	37,1	27,6–46,8	69	24,3	24,3	15,5–34,4
Львів	Чоловіча	189	75,6	71,7	65,0–78,4	285	79,7	80,5	74,8–86,0
	Жіноча	61	24,4	29,3	21,6–35,1	65	20,3	19,5	14,0–25,2
Миколаїв	Чоловіча	361	72,2	75,7	71,6–79,9	395	79	79,3	74,2–84,1
	Жіноча	139	27,8	24,3	20,1–28,4	105	21	20,7	15,9–25,8
Одеса	Чоловіча	383	76,6	76,7	73,1–79,7	328	81	81,1	76,7–85,2
	Жіноча	117	23,4	23,3	20,3–26,9	72	19	18,9	14,8–23,3
Полтава	Чоловіча	220	62,9	62,7	56,5–69,6	197	65,3	64,7	57,6–72,2
	Жіноча	130	37,1	37,3	30,4–43,5	103	34,7	35,3	27,8–42,4
Рівне	Чоловіча	324	92,6	90,8	87,2–93,6	252	83	83,5	78,1–88,4
	Жіноча	26	7,4	9,2	6,4–12,8	48	17	16,5	11,6–21,9
Суми	Чоловіча	255	72,9	65,3	60,5–70,1	261	67,1	67,6	60,2–74,6
	Жіноча	95	27,1	34,7	30,0–39,6	89	32,9	32,4	25,4–39,8
Тернопіль	Чоловіча	156	78,0	78,3	70,0–85,6	184	74	74,2	66,9–80,5
	Жіноча	44	22,0	21,7	14,4–30	66	26	25,8	19,5–33,1
Харків	Чоловіча	261	73,9	73,8	67,5–79,9	259	74,3	73,9	67,7–79,8
	Жіноча	92	26,1	26,2	20,1–32,5	91	25,7	26,1	20,2–32,3
Херсон	Чоловіча	276	78,6	77,8	73,3–82,5	249	82	82,5	76,9–88,1
	Жіноча	75	21,4	22,2	17,5–26,7	51	18	17,5	11,9–23,1
Хмельницький	Чоловіча	272	77,7	75,4	70,4–80,3	233	76,7	76,7	70,3–82,6
	Жіноча	78	22,3	24,6	19,7–29,6	67	23,3	23,3	17,4–29,7

Місто	Стать	2011				2013			
		N	%	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	N	%	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS
Черкаси	Чоловіча	198	55,6	51,9	47,5–55,5	276	80	81,2	75–87,2
	Жіноча	158	44,4	48,1	44,5–52,5	74	20	18,8	12,8–25,0
Чернівці	Чоловіча	137	68,5	62,1	55,5–68,6	181	66,4	70,4	61–78,8
	Жіноча	63	31,5	37,9	31,4–44,5	69	33,6	29,6	21, –39,0
Чернігів	Чоловіча	259	74,2	72,9	68,3–77,3	225	70	70,6	64,3–76,8
	Жіноча	90	25,8	27,1	22,7–31,7	75	30	29,4	23,2–35,7
Фастів*	Чоловіча	–	–	–	–	128	87,3	88,1	81,4–93,6
	Жіноча	–	–	–	–	22	12,7	11,9	6,4–18,6
Васильків*	Чоловіча	–	–	–	–	116	72	72,3	63,1–80,5
	Жіноча	–	–	–	–	34	28	27,7	19,5–36,9
Севастополь*	Чоловіча	–	–	–	–	258	73,1	73,2	66,7–79,2
	Жіноча	–	–	–	–	92	26,9	26,8	20,8–33,3

\* Дослідження у 2011 році в цих містах не проводилося.

Таблиця 1.1.4

Розподіл СІН за віковими групами абсолютні числа, відсотковий розподіл та довірчі інтервали

Місто	Вік респондента	2011				2013			
		N	%	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	N	%	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS
Сімферополь	14–19 років	10	2,0	1,3	0,5–2,3	11	2	2	0,8–3,6
	20–24 роки	73	14,6	12,5	9,9–14,9	64	13,5	13,5	9,6–17,2
	25–34 роки	193	38,6	36,5	32,8–41,1	139	35,9	36	30,4–41,1
	35 і старше	224	44,8	49,7	44,8–54,4	187	48,6	48,5	42,9–54,7
Вінниця	14–19 років	10	2,9	5,9	3,0–9,5	7	4	4,1	0,1–10,2
	20–24 роки	36	10,3	12,2	8,8–16,6	23	9,2	9,2	5,5–13,3
	25–34 роки	164	46,9	44,1	38,4–49,1	142	58,6	58,5	50,7–66,1
	35 і старше	140	40,0	37,8	32,6–42,5	78	28,1	28,2	21,2–35,6
Луцьк	14–19 років	1	0,3	–*	–	2	0,6	0,4	0–1,3
	20–24 роки	34	9,7	11,6	7,7–15,6	25	8,3	8,1	4,5–11,8
	25–34 роки	148	42	45,8	39,8–51,6	154	44,7	44,7	38,9–50,9
	35 і старше	169	48	42,6	36,8–48,9	169	46,4	46,7	40,6–52,9
Дніпропетровськ	14–19 років	11	2,2	1,7	0,8–2,9	3	0,2	0,3	0–0,9
	20–24 роки	28	5,6	4,5	2,9–6,6	17	4,2	4,1	2–6,6
	25–34 роки	152	30,5	25,1	20,6–29,8	107	19,8	19,7	15,3–24,7
	35 і старше	308	61,7	68,7	63,3–73,7	374	75,8	75,9	70,7–80,6
Донецьк	14–19 років	17	3,4	4,1	2,3–6,2	18	4,2	4,1	2–6,7
	20–24 роки	50	10	12,7	9,0–16,6	61	12,2	12,1	8,1–16,1
	25–34 роки	250	49,9	48,2	42,9–54,1	227	42,6	42,6	35,5–50,4
	35 і старше	184	36,7	35	29,1–40,7	194	41	41,1	33,4–48,9
Житомир	14–19 років	20	5,7	4,7	2,7–7,2	30	6,9	6,7	3,9–10,1
	20–24 роки	95	27,1	25,9	21,6–30,6	53	12,3	12,4	8,1–16,9
	25–34 роки	188	53,7	57,1	51,5–61,8	159	48,9	48,8	41,8–55,6
	35 і старше	47	13,4	12,4	8,7–16,7	108	32	32,1	26,6–38
Ужгород	14–19 років	5	2,5	2,6	0,8–4,9	9	5	5,2	1,7–9,9
	20–24 роки	51	25,5	32,2	20,3–45,9	46	19,5	19,4	13,4–26,2
	25–34 роки	68	34,0	30,1	21,9–38,1	81	47	47,1	36,4–56,4
	35 і старше	76	38,0	35,1	25,0–45,5	64	28,5	28,4	20,2–36,7

Місто	Вік респондента	2011				2013			
		N	%	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	N	%	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS
Запоріжжя	14–19 років	2	1,0	0,5	0,4–1,5	2	0	0,1	0–0,3
	20–24 роки	14	7,0	7,0	2,7–12,1	45	8,3	8,3	4,7–12,2
	25–34 роки	116	58,0	59,5	50,8–67,8	147	44,9	44,8	36,3–54,1
	35 і старше	68	34,0	33,1	25,2–41,2	156	46,9	46,8	37–56,2
Івано–Франківськ	14–19 років	2	0,8	–	–	2	0	0	–
	20–24 роки	45	18,0	18,3	14,1–24,2	36	10	10,1	6–12,9
	25–34 роки	131	52,4	46,6	38,7–54,4	149	54	54	47,7–61,2
	35 і старше	72	28,8	35,2	25,6–44,1	113	36	36	30–42,8
Біла Церква	14–19 років	13	4,3	5,2	1,1–10,5	3	0,7	0,8	0–2,7
	20–24 роки	27	9,0	7,6	4,1–11,1	37	13	13	6,7–19,7
	25–34 роки	139	46,5	47,9	37,5–58,8	165	56,3	56,2	47,3–65,3
	35 і старше	120	40,1	39,3	29,9–50,8	95	30	30	21,7–38,5
Київ	14–19 років	8	1,6	1,4	0,5–2,6	9	1,6	1,7	0,4–3,1
	20–24 роки	95	18,7	17,1	13,1–22	56	9,6	9,7	6,5–13,1
	25–34 роки	307	60,4	64,2	57,8–69,9	277	55,7	55,7	50–61,5
	35 і старше	98	19,3	17,3	12,6–22,2	158	33,1	32,9	27,7–38,3
Кіровоград	14–19 років	10	2,9	2,7	0,9–5,8	7	1,6	1,6	0,4–3,3
	20–24 роки	64	18,3	12,4	8,1–16,8	44	16,4	16,5	11–22,9
	25–34 роки	144	41,1	31,1	25,2–37,1	124	44,8	44,9	35,8–55,9
	35 і старше	132	37,7	53,8	45,4–61,6	75	37,2	37	26,6–46,1
Луганськ	14–19 років	9	3,6	4,5	0,7–4	13	2,7	2,6	1–4,8
	20–24 роки	51	20,3	25,8	16,2–38	26	7,6	7,6	3,9–12,3
	25–34 роки	121	48,2	41,6	32,8–51,6	152	52,5	52,6	40–65,8
	35 і старше	70	27,9	28,1	18,1–36,7	109	37,2	37,2	25,8–49,1
Львів	14–19 років	13	5,2	4,3	1,8–6,9	10	2,6	2,5	0,7–4,7
	20–24 роки	31	12,4	13,5	7,8–19,3	33	7,4	7,4	4,4–10,7
	25–34 роки	93	37,2	33,6	26,7–40,2	75	22,6	22,8	17,3–28,2
	35 і старше	113	45,2	48,6	41,5–56,9	232	67,4	67,3	60,8–73,8
Миколаїв	14–19 років	3	0,6	0,3	0,1–0,7	7	0,8	0,8	0–1,8
	20–24 роки	31	6,2	4,1	2,6–6,2	36	4,8	4,8	3–6,9
	25–34 роки	190	38	37,7	32,5–43	211	45,8	45,8	39,1–51,7
	35 і старше	276	55,2	58,0	52,1–63	246	48,6	48,6	42,8–5,3
Одеса	14–19 років	15	3,0	3,3	1,6–4,9	0	0	0	–
	20–24 роки	76	15,2	14,3	11,1–17,4	44	8,3	8,2	5,1–11,7
	25–34 роки	192	38,4	37,5	33,3–41,9	153	37,8	37,8	32,7–43,4
	35 і старше	217	43,4	44,9	40,1–49,9	203	54	54	48,1–59,8
Полтава	14–19 років	5	1,4	1,9	0,5–4,5	43	15,3	15,3	9,7–22,6
	20–24 роки	50	14,3	16	10,6–21,8	43	16	16,0	11–21,5
	25–34 роки	125	35,7	38,5	32,3–45,3	116	36,3	36,3	28,3–43,5
	35 і старше	170	48,6	43,6	36,2–50,5	98	32,3	32,4	24,6–40,9
Рівне	14–19 років	6	1,7	2,2	0,8–3,8	4	1,7	1,6	0–4,4
	20–24 роки	46	13,1	11,8	8,6–15,7	41	9,3	9,3	6,3–12,5
	25–34 роки	154	44,0	41,8	35,5–48,1	165	52,7	52,7	43,8–62,2
	35 і старше	144	41,1	44,2	37,2–50,9	90	36,3	36,4	26,7–45,8
Суми	14–19 років	10	2,9	3,5	1,4–5,7	29	9,7	9,5	5,7–14,1
	20–24 роки	64	18,3	20,8	16,5–25,3	78	27,4	27,4	21–33,6
	25–34 роки	198	56,6	56,7	51,1–62,4	144	38,7	38,8	32,1–45,6
	35 і старше	78	22,3	18,9	14,9–22,9	99	24,2	24,3	18,3–31



Місто	Вік респондента	2011				2013			
		N	%	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	N	%	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS
Тернопіль	14–19 років	15	7,5	4	0,8–8,6	3	0,4	0,3	0–1,5
	20–24 роки	30	15,0	11,7	7,8–18,6	12	4,8	4,8	2,1–8
	25–34 роки	93	46,5	56,8	44,4–65,6	116	46,8	46,7	39–56,3
	35 і старше	62	31,0	27,5	19,2–37,7	119	48	48,2	38,1–56,4
Харків	14–19 років	8	2,3	4,1	0,7–9,4	4	1,1	1,0	0–2,6
	20–24 роки	29	8,2	7,8	4,8–11,3	35	8,6	8,7	4,9–12,9
	25–34 роки	168	47,6	40,6	34,4–46,8	192	48,6	48,5	40,8–57,5
	35 і старше	148	41,9	47,4	40,8–54,2	119	41,7	41,8	32,5–50,1
Херсон	14–19 років	5	1,4	0,8	0,1–1,6	7	2,3	2,3	0,3–5,3
	20–24 роки	37	10,5	10	6,3–13,5	33	10,3	10,3	5,3–15,4
	25–34 роки	168	47,9	45,3	40–50,9	146	40,7	40,7	34,1–48,5
	35 і старше	141	40,2	43,9	38,4–50,1	114	46,7	46,6	38–54,8
Хмельницький	14–19 років	5	1,4	1,6	0,2–3,5	1	0,3	0	–
	20–24 роки	34	9,7	7,6	5–10,7	23	8	8,3	4,2–13,2
	25–34 роки	161	46,0	44,2	38,5–50,2	118	36,7	36,6	29,3–43,4
	35 і старше	150	42,9	46,6	40,4–52,6	158	55	55,2	47,1–63,5
Черкаси	14–19 років	26	7,3	7,7	5,2–10,4	5	0,6	0,6	0,1–1,6
	20–24 роки	70	19,7	21,4	17,4–25,9	27	7,1	7,2	3,9–10,7
	25–34 роки	178	50,0	49,2	44–54,8	129	34	34	27,2–41
	35 і старше	82	23,0	21,7	16,9–25,9	189	58,3	58,2	50,5–66,2
Чернівці	14–19 років	2	1,0	0,5	0,4–1,6	4	0,4	0,4	0–1,1
	20–24 роки	44	22,0	31,2	22,6–42,3	35	10,8	10,7	5,4–16,6
	25–34 роки	118	59,0	56,1	45–64,4	159	66	65,5	58,6–72,6
	35 і старше	36	18,0	12,2	7,8–16,6	52	22,8	23,4	17,3–30,3
Чернігів	14–19 років	12	3,4	4,1	2,2–6,2	6	2,7	2,7	0,7–5,5
	20–24 роки	52	14,9	16,2	11,8–20,5	46	17	16,8	11,1–23,2
	25–34 роки	187	53,6	52,2	46,5–57,9	173	53	52,5	46,2–60,4
	35 і старше	98	28,1	27,6	22,8–32,8	75	27,3	28	20,5–34,2
Фастів**	14–19 років	–	–	–	–	0	0,0	0	–
	20–24 роки	–	–	–	–	21	18	18,1	7,7–27,9
	25–34 роки	–	–	–	–	87	50	49,5	39,3–62,4
	35 і старше	–	–	–	–	42	32	32,4	20,2–45,9
Васильків**	14–19 років	–	–	–	–	11	6,6	6,8	2,9–11,7
	20–24 роки	–	–	–	–	32	19,9	19,8	11,3–28,6
	25–34 роки	–	–	–	–	90	55,6	55,8	42,1–65,7
	35 і старше	–	–	–	–	17	17,9	17,6	8,1–34,3
Севастополь**	14–19 років	–	–	–	–	8	1,7	1,6	0,2–3,3
	20–24 роки	–	–	–	–	44	13,7	13,7	8,5–19,6
	25–34 роки	–	–	–	–	165	39	39,1	33,2–45,9
	35 і старше	–	–	–	–	133	45,6	45,6	38,6–52,4

\* Зважаючи на малу кількість рекрутованих оцінка не може бути здійснена.

\*\* Дослідження у 2011–му році у цих містах не проводилось.

У більшості міст опитані СІН мають середній рівень освіти, за винятком мм. Полтава та Дніпропетровськ, де більшість опитаних СІН мають освітній рівень нижче за середнє (табл. 1.1.5).

Що стосується зайнятості, то більшість тих, хто не працює опитано у м. Чернігів (72,3%). Переважну більшість опитаних СІН по інших містах становлять ті, хто працює, але переважно це випадкові заробітки. Найбільше учнів/студентів представлено у мм. Суми та Полтава (табл. 1.1.6).



Таблиця 1.1.5

Розподіл СН за рівнем освіти у 29 містах опитування, абсолютні числа, відсотковий розподіл

Місто	Нижче середнього рівня (Початкова освіта (неповних 9 класів),				Базова (неповна) середня освіта (повних 9 класів))				Середній рівень (Повна загальна середня професійно-технічна, незакінчена вища) Вище середнього рівня (Базова вища освіта (ВНЗ I–II рівнів акредитації, технікум), Повна вища освіта (ВНЗ III–IV рів. акредит.))			
	N	%	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	N	%	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	N	%	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS
Сімферополь	82	17,0	17,3	13,4–21,3	237	59,2	59,4	53,9–64,8	80	23,6	23,0	18,3–28
Вінниця	24	8,6	7,7	4,3–12,8	146	61,7	63,2	55,2–70,6	80	29,7	29,1	21,9–35,5
Луцьк	20	5,0	5,0	2,7–7,8	208	62,7	62,9	56,9–68,6	121	32,1	31,9	26,4–37,8
Дніпропетровськ	274	55,8	56,4	49,8–62,8	194	35,0	34,9	29,1–41,0	33	9,2	8,7	5,0–12,9
Донецьк	98	15,7	15,9	12,1–20,1	281	59,9	59,5	52,7–65,9	120	24,4	24,6	19,2–30,3
Житомир	108	30,1	31,7	25,4–37,5	198	60,3	59,1	53,2–65,4	43	9,4	8,9	5,6–12,6
Ужгород	69	30,9	29,1	21,4–37,1	100	50,9	51,8	43,6–60,9	30	18,2	19,1	11,9–26,8
Запоріжжя	80	22,3	22,3	15,9–28,9	232	68,9	68,9	60,7–76,3	37	8,7	8,7	4,7–13,3
Івано-Франківськ	40	14,6	14,4	9,1–19,7	140	44,8	41,2	33,7–48,6	118	40,6	44,3	36,2–53,4
Біла Церква	35	14,7	14,7	8,9–21,6	176	59,8	59,2	50,5–67,1	89	25,5	26,0	19,2–33,5
Київ	153	25,7	26,2	21,4–30,8	261	55,7	55,1	49,7–60,5	86	18,6	18,7	14,5–23,5
Кіровоград	33	9,3	9,3	5,3–14,4	181	79,0	79,0	72,8–84,7	36	11,7	11,7	7,5–16,2
Луганськ	34	11,6	11,0	5,4–19,5	205	71,9	73,0	62,2–80,4	61	16,4	16,0	11–23,4
Львів	25	7,7	8,0	4,3–12	251	75,9	75,3	70,0–80,8	73	16,4	16,7	12,6–20,6
Миколаїв	146	28,0	28,6	23–33,6	304	60,0	59,4	53,8–66,2	50	12,0	12,0	7,4–17,0
Одеса	85	23,8	24,1	18,7–29,1	196	46,9	46,9	41,3–52,8	119	29,3	29,0	23,8–34,5
Полтава	174	57,2	55,9	46,6–64,7	104	37,4	38,4	29,6–47,8	21	5,3	5,6	2,9–8,7
Рівне	47	13,7	13,8	9,2–17,5	209	71,3	71,6	65,6–78,9	44	15,0	14,6	9,6–19,8
Суми	13	2,1	2,2	1,0–3,7	196	58,2	58,6	51,8–64,7	141	39,7	39,2	32,9–46,1
Тернопіль	22	11,0	11,8	5,5–18,5	183	71,8	71,0	65,2–79,6	44	17,2	17,2	10,9–22,3
Харків	52	12,0	12,3	8,7–16,6	204	63,4	63,7	57,1–70	92	24,2	23,7	18,5–29,1
Херсон	48	16,2	15,6	10,7–21	192	62,9	63,9	56,5–71,3	57	20,8	20,5	14,5–26,8

Місто	Нижче середнього рівня (Початкова освіта (неповних 9 класів),				Базова (неповна) середня освіта (повних 9 класів)				Середній рівень (Повна загальна середня професійно-технічна, незакінчена вища) Вище середнього рівня (Базова вища освіта (ВНЗ I–II рівнів акредитації, технікум), Повна вища освіта (ВНЗ III–IV рів. акредит.))			
	N	%	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	N	%	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	N	%	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS
Хмельницький	15	6,8	6,7	2,8–11,2	157	52,8	52,9	45,9–60,7	128	40,4	40,4	32,4–47,9
Черкаси	17	3,6	3,6	1,5–6,1	173	49,3	48,8	42,7–54,9	160	47,1	47,6	41,7–53,7
Чернівці	123	49,2	47,0	40,1–56,2	91	34,8	36,1	28,7–41,8	35	15,7	16,9	11,6–22
Чернігів	1	0,3	0,3	0,0–0,9	276	94,1	94,5	90,8–96,8	22	5,6	5,3	2,9–8,8
Фастів	54	37,7	37,2	25,6–49,7	91	59,6	59,2	46,0–71,4	4	2,7	3,5	0,3–9,1
Васильків	43	34,1	36,3	25,6–45,8	93	59,0	57,5	48,4–68	11	5,7	6,1	2,7–10,2
Севастополь	62	17,8	17,6	13,0–22,6	230	70,2	70,4	64,0–76,7	56	12,0	12	7,9–16,6

Таблиця 1.1.6

Розподіл СН за зайнятістю у 29 містах опитування, абсолютні числа, відсотковий розподіл

Місто	Учні/студенти (Учень/иця школи, Учень/иця ПТНЗ, Студент/ка технікуму, Студент/ка ВНЗ)				Працюючі (Маю постійну роботу, Маю випадкові заробітки)				Не працюючі (Безробітний/на, Займаюся домашнім господарством, Непрацездатний/ на (інвалід))			
	N	%	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	N	%	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	N	%	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS
Сімферополь	14	2,8	3,1	1,5–5,2	203	53,0	53,3	47,6–58,6	175	42,4	42,1	36,7–47,7
Вінниця	6	3,0	3,1	0,7–6,3	191	79,8	80,8	74,1–86,5	53	17,2	16,1	10,8–22,5
Луцьк	5	1,7	1,4	0,1–3,2	304	89,5	90,2	86,9–93,3	39	8,3	8,2	5,5–11,1
Дніпропетровськ	4	0,7	0,6	0,0–1,5	340	65,4	66,0	59,9–72,0	150	32,8	32,4	26,3–38,3
Донецьк	21	5,2	5,5	3,0–8,5	343	60,8	61,0	53,0–68,8	135	33,9	33,5	25,7–41,7
Житомир	10	2,2	2,3	0,8–4,2	270	81,1	80,7	75,8–85,4	70	16,7	17,0	12,8–21,5
Ужгород	9	2,9	2,8	1,0–5,1	137	67,5	68,4	60,0–76,6	52	27,2	28,1	20,2–36,5
Запоріжжя	5	0,5	0,5	0,1–1,0	260	71,7	71,9	64,0–79,4	79	26,4	26,5	18,9–34,2
Івано-Франківськ	3	1,9	2,0	0,0–5,5	209	64,8	64,9	56,6–71,8	88	33,3	33,2	26,1–41,8
Біла Церква	5	2,3	2,8	0,5–5,7	217	71,9	72,2	64,7–78,8	77	25,4	25,0	18,8–32,3
Київ	5	0,8	0,6	0,1–1,3	345	70,9	71,2	66,2–76,1	137	26,6	27,0	22,0–32,0
Кіровоград	5	2,4	2,5	0,3–5,7	200	81,0	81,1	74,7–87,3	44	16,3	16,1	10,4–21,8
Луганськ	5	0,7	0,8	0,1–1,8	262	81,9	80,5	70,0–90,9	32	14,1	14,3	7,0–24,4
Львів	6	1,8	2,1	0,5–3,9	257	73,7	74,5	68,8–80,2	84	23,8	22,6	17,3–28,1
Миколаїв	6	0,8	0,9	0,2–1,7	376	74,4	74,3	68,9–79,7	117	24,6	24,5	19,2–29,9
Одеса	6	1,2	1,3	0,3–2,5	311	76,4	76,1	71,4–80,8	83	22,4	22,6	18,2–27,2
Полтава	30	10,9	10,7	6,2–16,6	150	46,8	46,2	37,9–54,4	119	41,9	43,1	34,6–51,2
Рівне	2	0,3	0,5	0,0–2,4	255	81,1	80,6	74,4–86,1	43	18,5	18,9	13,1–24,9
Суми	48	15,0	14,2	9,3–19,9	238	70,0	70,7	64,5–76,9	64	15,0	15,1	10,7–19,8
Тернопіль	1	0,6	0,6	0,0–2,0	139	60,9	60,6	52,1–68,5	110	38,5	38,8	31,1–47,1
Харків	12	3,1	3,0	1,0–5,6	268	72,6	72,4	64,6–80,7	70	24,4	24,5	16,5–32,7
Херсон	16	6,3	7,4	3,4–12,1	213	69,7	68,1	60,0–75,4	70	23,7	24,0	17,0–31,7

Місто	Учні/студенти (Учень/иця школи, Учень/иця ПТНЗ, Студент/ка технікуму, Студент/ка ВНЗ)				Працюючі (Маю постійну роботу, Маю випадкові заробітки)				Не працюючі (Безробітний/на, Займаюся домашнім господарством, Непрацездатний/ на (інвалід))			
	N	%	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	N	%	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	N	%	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS
Хмельницький	3	1,0	1,1	0,0–2,7	207	69,0	69,8	62,9–76,9	87	28,6	29,1	21,9–36,1
Черкаси	2	0,4	0,6	0,0–2,1	244	71,4	71,8	65,6–77,8	94	23,6	23,0	17,4–29,2
Чернівці	4	0,7	0,5	0,0–1,2	162	67,1	66,9	60,0–73,5	84	32,2	32,6	26,1–39,3
Чернігів	1	0,7	1,1	0,0–3,6	84	27,0	27,1	21,7–33,1	215	72,3	71,7	65,6–77,5
Фастів	3	1,6	1,5	0,0–3,8	97	73,0	74,6	62,9–84,0	49	25,0	23,9	14,8–35,1
Васильків	12	6,8	5,2	1,5–9,4	76	51,0	52,3	40,4–61,0	61	41,8	42,1	34,0–53,8
Севастополь	14	3,6	4,0	1,5–7,3	270	75,4	75,3	68,9–81,3	66	21,0	20,7	15,2–26,7

Переважає більшість опитаних СІН по всіх містах є корінними мешканцями міста, де були опитані (табл. 1.1.7).

Таблиця 1.1.7

Розподіл СН за місцем проживання у 29 містах опитування, абсолютні числа, відсотковий розподіл.

Місто	Тут народився (лась) і живу				Не живу постійно, але проводжу більшість свого часу в цьому				Менше 1 року				Живу більше 1 року			
	N	%	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	N	%	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	N	%	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	N	%	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS
Сімферополь	329	82	81,9	77,2–86,1	11	3,0	3,0	1,3–4,9	1	0,2	0,3	0,0–1,2	55	13,7	13,8	10,0–18,2
Вінниця	203	85,2	84,8	78,8–89,6	2	0,8	0,9	0,0–2,3	2	0,4	0,4	0,0–1,1	41	13,2	13,4	8,9–19,3
Луцьк	275	79,7	79,3	74,2–83,8	13	2,9	3,0	1,3–5,2	2	0,6	0,5	0,0–1,6	59	16,9	17,1	12,7–22
Дніпропетровськ	423	81,7	81,8	76,7–86,1	7	2,2	2,4	0,7–4,4	4	0,8	0,8	0,0–2,0	66	15,1	14,7	10,5–19,5
Донецьк	478	95,4	95,5	92,7–97,8	2	0,2	0,3	0,0–0,9	3	0,8	0,7	0,0–1,7	17	3,6	3,5	1,4–6,2
Житомир	318	91,7	91,1	86,5–94,7	5	0,9	1,1	0,3–2,2	2	0,3	0,5	0,0–1,4	24	6,6	6,7	3,5–10,7
Ужгород	176	88,5	87,4	80,5–93,2	7	3,5	3,9	1,2–7,3	4	1,5	1,4	0,3–2,9	11	6,0	6,5	2,5–11,1
Запоріжжя	285	75,9	76,0	68,2–83,5	5	1,1	1,2	0,1–2,9	8	3,4	3,3	0,9–6,4	46	15,5	15,4	9,6–21,7
Івано-Франківськ	233	76,0	75,0	67,2–82,6	14	3,3	3,7	1,7–6,0	4	3,7	3,9	0,2–8,4	48	16,3	16,8	10,5–23,7
Біла Церква	232	75,6	75,0	66,2–81,8	9	4,7	4,8	1,5–8,5	0	0,0	0,0	–	57	19,4	19,9	14,1–28,5
Київ	448	91,2	91,1	88,2–93,7	8	1,8	1,8	0,6–3,5	2	0,2	0,2	0,0–0,6	39	6,2	6,2	4,1–8,5
Кіровоград	226	91,6	91,7	87,2–95,5	1	0,4	0,3	0–0,9	1	0,0	0,1	0,0–0,3	20	7,6	7,8	4,0–12,3
Луганськ	272	91,7	91,4	86,1–95,2	2	0,3	0,3	0–0,8	0	0,0	0,0	–	24	7,3	7,5	3,8–12,8
Львів	341	98,0	97,9	96,0–99,4	0	0,0	0,0	–	2	0,6	0,6	0,0–1,5	7	1,4	1,5	0,3–3,2
Миколаїв	416	80,4	80,2	75,2–84,9	4	0,6	0,6	0,1–1,3	4	0,8	0,9	0,1–2,1	71	17,4	17,6	12,8–22,7
Одеса	349	87,3	87,4	83,6–90,9	6	1,3	1,4	0,4–2,5	2	0,8	0,7	0,0–2,0	43	10,8	10,6	7,5–13,9
Полтава	212	64,7	63,3	55,5–71,7	3	1,7	2,1	0,0–5,8	10	3,3	3,6	1,1–6,4	70	28,0	28,8	21,4–35,9
Рівне	231	77,9	77,8	71,0–83,7	2	0,7	0,7	0,0–2,3	4	0,7	0,7	0,0–1,9	63	20,7	20,8	15,1–27,4
Суми	297	87,1	87,0	82,7–90,8	1	0,0	0,1	0,0–0,9	3	0,9	0,8	0,0–1,9	49	12,0	12,0	8,4–16,4
Тернопіль	203	82,5	82,8	76,6–88,3	9	3,6	3,6	1,0–7,0	2	0,8	0,6	0,0–1,9	36	13,1	13,0	8,0–18,8
Харків	310	91,7	92,0	88,4–94,9	5	0,9	0,8	0,1–2,0	7	1,1	0,8	0,1–1,7	27	6,3	6,3	3,7–9,5

Місто	Тут народився (лась) і живу				Не живу постійно, але проводжу більшість свого часу в цьому				Менше 1 року				Живу більше 1 року			
	N	%	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	N	%	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	N	%	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS	N	%	Оціночна частка за RDS	Довірчі інтервали за RDS
Херсон	211	68,3	67,8	60,8–76,0	12	4,3	5,3	2,0–9,0	10	5,0	4,9	1,9–9,2	64	21,7	21,3	14,5–26,9
Хмельницький	255	86,3	85,9	80,5–90,5	1	0,7	0,6	0,0–2,1	3	1,7	1,7	0,0–4,4	39	9,7	9,9	6,2–13,8
Черкаси	259	70,5	69,8	63,1–76,5	14	5,7	6,3	2,4–10	0	0,0	0	–	77	23,8	23,9	18,1–30,6
Чернівці	226	89,6	89,4	84,3–93,9	0	0,0	0,0	–	2	0,4	0,2	0,0–0,8	21	9,6	9,7	5,5–14,5
Чернігів	242	82,3	83,0	77,7–87,3	0	0,0	0,0	–	0	0,0	0,0	–	57	17,3	16,7	12,5–22,0
Фастів	111	66,7	67,3	55,7–78,3	2	0,7	0,7	0,0–1,9	4	8,7	7,5	0,0–20,3	33	24,0	24,4	15,5–35,3
Васильків	129	82,7	84,8	75,7–92,1	4	2,7	1,5	0,0–5,5	1	0,7	–	–*	15	14,0	13,3	5,9–21,8
Севастополь	270	72,9	72,4	65,6–78,7	0	0,0	0,0	–	4	1,4	1,4	0,0–3,9	76	25,7	26,2	20,0–33,0

\* Зважаючи на малу кількість рекрутованих, оцінка не може бути здійснена.

Більшість респондентів (56%) за останні 3 місяці проживали у власному помешканні, близько третини (31%) у помешканні родичів/друзів, за яку не сплачували оренду (табл. 1.1.8).

**Таблиця 1.1.8**

**Розподіл СІН за постійним місцем проживання за останні 3 місяці (90 днів) з дезагрегацією за статтю, відсотковий розподіл**

	Чоловіча	Жіноча	Загалом
У власному помешканні	55,8	55,7	55,8
У помешканні родичів/друзів (не сплачую оренду)	31,2	29,9	30,9
В орендованому помешканні (наймаю один/а або з кимось)	8,4	11,9	9,2
Де прийдеться (часта зміна місця проживання)	2,6	1,3	2,3
На вулиці, в покинутих помешканнях, на вокзалах(безпритульний/а)	0,6	0,4	0,5

Основним джерелом доходів є непостійна робота/випадкові заробітки (більшою мірою серед чоловіків, ніж жінок – відповідно 53 та 34%), кожний четвертий живе за рахунок допомоги батьків (серед чоловіків – кожний десятий, серед жінок – кожна сьома). Кожний десятий живе за рахунок пенсійних або соціальних виплат, особливо це стосується жінок, які в тому числі отримують допомогу по догляду за дитиною (табл. 1.1.9).

**Таблиця 1.1.9**

**Розподіл СІН за основним джерелом доходів з дезагрегацією за статтю, відсотковий розподіл**

	Чоловіча	Жіноча	Загалом
Постійна робота	24,5	22,2	24,0
Непостійна робота/випадкові заробітки	52,7	33,5	48,2
Допомога батьків або інших родичів	9,1	14,8	10,4
Дохід чоловіка/дружини, сексуального партнера	1,2	11,9	3,7
Допомога друзів/знайомих	1,5	1,4	1,5
Пенсійні або соціальні виплати, соціальна допомога	8,5	14,3	9,9
Надання сексуальних послуг на комерційній основі	0,0	0,8	0,2
Жебракування	0,3	0,1	0,3
Крадіжка	1,9	0,4	1,5

Найбільше опитаних (70–73%), які проживають за рахунок випадкових заробітків, у Рівному та Чернівцях. Дещо менше таких (60–67%) серед опитаних мешканців Одеси, Запоріжжя, Житомира та Ужгорода) (табл. 1.1.10).

Кожен третій опитаний СІН має досвід перебування в місцях позбавлення волі, термін ув'язнення – від трьох до п'яти років (табл. 1.1.11).

Отримані дані щодо кількості знайомих, які вживали наркотики ін'єкційним шляхом протягом останніх 30 днів, демонструють, що більшість СІН мають невелику мережу знайомих, а саме до 5 осіб, незалежно від статі. Порівнюючи з даними минулого опитування, констатуємо, що цей показник збільшився у 2,5 рази (18% у 2011 році проти 45% у 2013 році). Про те, що вони знають більш ніж 21 інших споживачів ін'єкційних наркотиків, зазначили лише 8%, тоді як цей показник у 2011 році становив 27% (табл. 1.1.12).

Таблиця 1.1.10

Розподіл СІН за джерелом доходів у 29 містах опитування, абсолютні числа, %

Місто	Постійна та непостійна робота/випадкові заробітки		Допомога батьків або інших родичів; Дохід чоловіка/дружини, сексуального партнера; Допомога друзів/знайомих		Пенсійні або соціальні виплати, соціальна допомога		Жебракування, крадіжка	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Сімферополь	162	46,0	86	21,3	70	16,1	66	13,9
Вінниця	181	76,8	32	12,0	34	10,2	2	1,0
Луцьк	291	85,8	45	11,2	13	2,9	1	0,1
Дніпропетровськ	367	71,6	48	10,4	70	13,7	16	4,3
Донецьк	343	61,3	92	21,4	59	16,4	3	0,5
Житомир	272	80,7	61	15,6	15	3,3	2	0,5
Ужгород	167	86,1	30	12,7	3	1,2	0	0,0
Запоріжжя	284	81,0	22	7,5	29	9,4	11	0,9
Івано-Франківськ	201	63,4	56	22,3	40	14,0	1	0,0
Біла Церква	240	82,4	38	10,7	18	6,0	1	0,1
Київ	379	80,0	55	12,1	25	4,1	33	2,8
Кіровоград	211	85,5	29	10,6	10	3,9	0	0,0
Луганськ	255	79,8	34	12,7	11	7,5	0	0,0
Львів	264	74,9	21	4,9	61	19,3	1	0,0
Миколаїв	370	74,8	56	10,3	70	14,5	2	0,2
Одеса	343	84,1	24	7,3	31	8,3	1	0,2
Полтава	202	64,2	61	22,1	26	10,5	8	2,1
Рівне	254	81,3	31	11,9	14	6,0	1	0,8
Суми	213	56,8	123	39,2	14	4,0	0	0,0
Тернопіль	141	59,8	55	20,0	34	14,7	15	4,5
Харків	279	74,6	43	15,9	12	3,5	15	5,7
Херсон	227	75,3	30	9,5	41	13,7	1	1,0
Хмельницький	219	72,9	17	7,6	62	19,4	2	0,1
Черкаси	263	75,9	42	11,2	40	12,3	1	0,3
Чернівці	197	82,9	31	9,1	20	7,0	1	0,3
Чернігів	106	34,5	172	55,4	15	8,4	7	1,6
Фастів	103	73,2	21	14,0	19	8,9	6	3,2
Васильків	82	52,4	51	34,0	3	5,1	11	7,0
Севастополь	259	74,3	60	13,9	21	10,5	9	1,2



Таблиця 1.1.11

Наявність досвіду та частота перебування в місцях позбавлення волі, %

Перебували в місцях позбавлення волі	33,8
Серед них:	
Від 1 міс. до 1 року включно	4,3
Від 1 року до 2 років	7,1
Від 3 до 5 років	17,6
Більше 5 років	4,0
Немає відповіді	0,7
Не перебували в місцях позбавлення волі	66,2

Таблиця 1.1.12

Кількість знайомих СІН (знають ім'я один одного), які вживали наркотики ін'єкційним шляхом протягом останніх 30 днів\*, %

Кількість	Чоловіки	Жінки	Серед усіх
1–5 осіб	45,3	45,8	45,4
6–10 осіб	29,9	32,6	30,5
11–20 осіб	17,0	15,0	16,5
21 особа та більше	7,8	6,6	7,6

\*Різниця за статтю значуща  $p < 0,01$ .

## РЕЗЮМЕ

- Популяція СІН у статевому розрізі представлена більшою мірою чоловіками. Порівняно з минулою хвилею опитування спостерігається зменшення частки жінок. Найбільш наповненою віковою групою є СІН старші 25 років – 86,6%. Популяція тих, кому 14–19 років та які виявляються доступними для дослідження, також залишається стабільною. Дещо зменшується популяція тих СІН, кому 20–24 роки.
- Більшу частку (27,5%) складають респонденти, які офіційно не одружені/не заміжні, але живуть разом із сексуальним партнером. Кожний п'ятий з опитаних має дітей, з якими проживає разом (серед жінок таких 36,9%, серед чоловіків – 13,7%).
- Відсоток СІН, які працюють, становить 69%, проте з них 46,1% мають лише випадкові заробітки. Кожний четвертий живе за рахунок допомоги батьків.
- Частка учнів/студентів залишається на рівні минулого опитування (3%).
- Більшість респондентів (56%) за останні 3 місяці проживали у власному помешканні, близько третини (31%) у помешканні родичів/друзів, за яку не сплачували оренди.
- Кожен третій опитаний СІН має досвід перебування в місцях позбавлення волі.

# РОЗДІЛ 2. ПРАКТИКА ВЖИВАННЯ НАРКОТИКІВ ІН'ЄКЦІЙНИМ ШЛЯХОМ

У розділі наведені дані щодо практики вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. Особливу увагу приділено видам наркотиків, які вживають респонденти, частоті їх вживання та подається інформація про масштаби поширеності ризикованої ін'єкційної поведінки, яка може призвести до інфікування ВІЛ.

Надані регіональні показники щодо вживання наркотичних речовин дозволяють оцінити поширеність окремих характеристик щодо вживання наркотиків залежно від міста дослідження. Динаміка показників представлена на основі даних подібних досліджень, що проводилися в Україні з 2008 року.

## 2.1. ІНІЦІАЦІЯ ВЖИВАННЯ ІН'ЄКЦІЙНИХ ТА НЕІН'ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ

Отримані результати свідчать, що більшість СІН починають вживання наркотичних речовин із неін'єкційних наркотиків та поступово переходять до ін'єкційного вживання. Про початок вживання наркотиків одразу із ін'єкційних наркотиків повідомили 6% СІН, які зазначили, що почали вживати ін'єкційні наркотики раніше, ніж неін'єкційні, та 9% СІН, які взагалі не мали практики вживання неін'єкційних наркотиків.

Середній вік початку вживання наркотичних речовин неін'єкційним шляхом серед СІН складає 19 років. У середньому через рік після початку вживання неін'єкційних наркотиків відбувається перехід до ін'єкційного вживання – середній вік початку вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом становить 20,4 року. Порівняно з попередніми роками показники середнього віку вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом практично не змінилися, але спостерігається зменшення віку ініціації вживання наркотиків у послідовних вікових когортах (див. табл. 2.1.1).

Середній стаж вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом становить 13,57 року, що свідчить про поступове старіння популяції СІН в Україні: у 2011 році середній стаж становив 12,5 року. Стаж вживання ін'єкційних наркотиків до 3 років мають близько 8% опитаних СІН, у 2011 році частка таких СІН складала 9%, у 2008/2009 рр. – 13,7%, що є ще одним свідченням зменшення темпу приросту групи СІН та постаріння популяції в цілому.

Таблиця 2.1.1

Середні показники ініціації вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом, кількість років

Характеристика	2008/2009 р.	2011 р.	2013 р.
Загальний показник	20,2	20,6	20,4
<b>Залежно від статі</b>			
Чоловіки	20,1	20,6	20,4
Жінки	20,6	20,8	20,5
<b>Залежно від віку</b>			
14–19 років	16,0	16,2	16,5
20–24 роки	18,0	18,5	18,0
25–34 роки	19,6	19,8	19,3
35 років та старші	22,2	22,7	22,3
<b>Залежно від типу наркотиків, які вживали за останні 30 днів</b>			
вживали тільки опіюїдні наркотики	—*	21,0	20,9
вживали тільки наркотики-стимулятори	—*	21,2	20,8
практикували змішане вживання (опіати та стимулятори)	—*	19,2	18,2

\* Через наявність різних за формулюванням запитань щодо видів наркотиків, які вживали СІН, в інструментарії 2008 та 2009 років., об'єднаний масив не містить дані для формування груп СІН залежно від типів наркотиків.

Майже 60% опитаних СІН мають стаж вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, який перевищує 10 років. Аналіз даних залежно від соціально-демографічних характеристик традиційно виявив статистично значущий зв'язок між віком та стажем вживанням (див. табл. 2.1.2).

Наведені дані засвідчують, що залежно від статі помітні статистично значущі відмінності: серед чоловіків значно більша частка тих, хто має стаж вживання більше 10 років, у порівнянні із жінками. Залежно від типів наркотиків, що вживаються, також існують статистично значущі відмінності щодо стажу вживання наркотичних речовин: серед споживачів опіатів значно більша частка тих, хто вже має практику вживання наркотиків протягом 11 років та більше. Такий аналіз дозволяє побачити, що значний приріст нових споживачів ін'єкційних наркотиків відбувається саме за рахунок жінок-СІН та споживачів наркотиків-стимуляторів.



Рис. 2.1.1. Стаж вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, %

Таблиця 2.1.2

Стаж вживання наркотиків ін'єкційним шляхом залежно від статі, віку та типу наркотичних речовин, % (N=9372)

	Стаж вживання			
	до 3 років	3–5 років	6–10 років	11 років і більше
<b>Загальний показник</b>	<b>7,7</b>	<b>12,8</b>	<b>19,7</b>	<b>59,8</b>
<b>Залежно від статі (r=0,753, p&lt;0,001)*</b>				
Чоловіки	7,3	11,7	19,5	61,5
Жінки	9,0	16,1	20,5	54,4
<b>Залежно від віку (p&lt;0,001)</b>				
14–19 років	79,6	17,8	2,7	0,0
20–24 роки	21,3	48,6	29,6	0,5
25–34 роки	4,7	11,8	32,3	51,2
35 років та старші	3,2	4,2	5,2	87,4
<b>Залежно від типу наркотиків, які вживали за останні 30 днів (p&lt;0,001)</b>				
вживали тільки опіюїдні наркотики	6,5	11,7	17,4	64,5
вживали тільки наркотики-стимулятори	16,9	21,1	23,9	38,1
практикували змішане вживання (опіати та стимулятори)	6,3	11,6	24,2	57,9

\* Коефіцієнт кореляції Пірсона розрахований між кількісними шкалами змінних віку та стажу вживання ін'єкційних наркотиків.

Середній стаж вживання наркотичних речовин залежно від регіонів дослідження представлений на рис. 2.1.2.

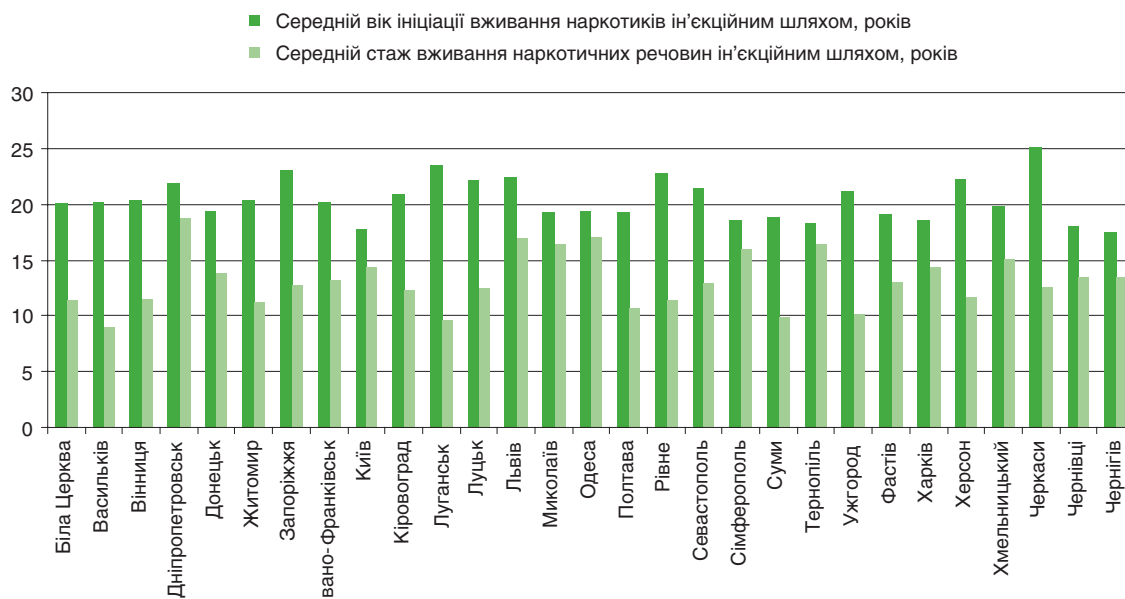


Рис. 2.1.2. Середній вік початку вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом та середній стаж вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом, за містами опитування, кількість років (N=9372)

Наведений аналіз по містах свідчить, що СІН із м. Черкаси характеризуються найбільшим середнім віком початку вживання наркотичних речовин. Схожі показники щодо середнього віку початку вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом існують також у мм. Дніпропетровськ, Запоріжжя, Луганськ, Луцьк, Львів, Рівне, Севастополь, Херсон. Найнижчий середній вік входу до групи СІН зафіксований у мм. Київ, Чернівці та Чернігів.

## 2.2. ВИДИ НАРКОТИЧНИХ РЕЧОВИН

Вживання опіюїдних наркотиків ін'єкційним шляхом, переважно екстракт опію в рідкому стані, у більшій мірі характерно для опитаних СІН, ніж вживання стимуляторів. Разом з тим спостерігається поступове зростання показників вживання наркотиків-стимуляторів, поява та швидке поширення нових видів наркотиків, таких як дезоморфін, «сіль»<sup>5</sup>, інших комбінацій наркотичних речовин на основі аптечних препаратів (див. табл. 2.2.1).

Отримані результати свідчать, що при збільшенні періоду, за який збирається інформація, з 30 днів до 12 місяців, частка споживачів дезоморфіну збільшується з 7,5% до 10,4%, частка споживачів екстракту опію зросла з 79,1% до 83,4%, метамфетаміну у вигляді розчину – з 20,6% до 29,1%. Варто зазначити, що за період в 30 днів представлена інформація щодо наркотичних речовин, які вживалися виключно ін'єкційним шляхом, а за 12 місяців збиралася інформація про види наркотиків, що вживалися як ін'єкційним, так і неін'єкційним шляхом. Зважаючи на це, збільшення показників вживання таких наркотичних речовин, як амфетамін, трамадол, метамфетамін у вигляді порошку може бути пов'язано не лише із збільшенням періоду, за який збиралася інформація, але й з можливістю вживання таких наркотиків неін'єкційним шляхом.

<sup>5</sup> Найчастіше до складу входять такі катіони, як метілендіоксипировалерон, метилон та мефедрон.

Таблиця 2.2.1

Види наркотичних речовин, які вживали протягом останніх 30 днів та останніх 12 місяців, % (N=9502)

Тип наркотику	За останні 30 днів (ін'єкційним шляхом)										За останні 12 місяців (ін'єкційним та не-ін'єкційним шляхом)
	Серед усіх	Стать респондента		Вік респондента					p-value		
		Чолові- ча	Жіноча	p-value	14–19 років	20–24 роки	25–34 роки	35 років та більше			
					Опіати						
Дезоморфін («крокодил», «елек-троширка»)	7,5	7,8	6,5	<0,020	8,1	8,3	9,8	4,9	<0,001	10,4	
Трамадол/трамал	1,4	1,4	1,6	0,242	2,1	1,2	1,9	1,0	<0,002	6,1	
Героїн	4,7	5,0	3,6	<0,002	3,8	4,1	6,1	3,4	<0,001	8,0	
Екстракт опію в рідкому стані (ширка, чорна)	79,1	79,8	79,6	<0,001	55,7	62,2	78,7	85,3	<0,001	83,4	
Вуличний метадон	9,3	9,4	8,9	0,259	9,4	9,2	10,2	8,3	<0,032	14,7	
Вуличний бупренорфін	3,3	3,6	2,6	<0,013	1,3	3,2	3,9	2,8	<0,011	6,9	
Інше, що саме, вкажіть	0,5	0,5	0,4	0,356	0,4	0,4	0,5	0,5	0,974	1,6	
Стимулятори											
Амфетамін	5,9	6,0	5,5	0,245	16,6	11,6	6,5	3,1	<0,001	14,6	
Метамфетамін у вигляді порошку (кристалічний)	0,8	0,9	0,3	<0,002	1,3	0,7	1,2	0,3	<0,001	2,6	
Метамфетамін у вигляді розчину	20,6	19,4	24,7	<0,001	32,3	36,4	22,1	14,4	<0,001	29,1	
Меткатінон	0,7	0,7	0,8	0,359	2,1	2,1	0,6	0,3	<0,001	1,6	
Катінон	1,0	1,0	1,2	0,225	3,0	1,5	1,1	0,7	<0,001	2,4	
«Сіль для ванн»	0,9	1,0	0,6	<0,052	1,3	1,7	0,9	0,6	<0,009	1,6	
Аптечні наркотики (трапікамід, риназолін, каліпсол, кетамін)	5,1	5,0	5,7	<0,090	12,8	6,6	5,6	3,9	<0,001	12,3	
Інше, що саме, вкажіть	0,1	0,1	0,0	0,227	0,0	0,0	0,0	0,2	<0,069	0,2	

У таблиці 2.2.2 наведені дані щодо динаміки ін'єкційної наркосцени 2011–2013 рр.<sup>6</sup>

**Таблиця 2.2.2**

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

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

П'ята частина СІН практикує змішане вживання наркотичних речовин, тобто має досвід вживання як опіоїдних наркотиків, так і наркотиків-стимуляторів за останні 30 днів, що може бути пов'язано із доступністю наркотичних речовин у місті. Для нівелювання фактора доступності наркотичних речовин у певні періоди року було також зібрано інформацію щодо виду наркотику, який опитувані вважають основним для себе. Найбільш поширені види наркотиків, які були визначені як основні, представлені в табл. 2.2.3.

Представлені дані дозволяють виявити певний соціально-демографічний портрет СІН залежно від наркотичних речовин, які вони вважають основними для себе:

- екстракт опію є основним наркотиком для більшості СІН незалежно від статі, але простежується певна залежність від віку та стажу вживання наркотичних речовин – СІН у віці від 25 років та ті, що вживають наркотики ін'єкційним шляхом більше 3 років, частіше за інших обирають для себе екстракт опію як основний наркотик.
- частка тих, хто обирає для себе метамфетамін основним, більша серед молодшої групи та жінок;

<sup>6</sup> Дані за 2008/2009 рр. не надаються через наявність різних за формулюванням запитань щодо видів наркотиків, які вживали СІН, в інструментарії 2008 та 2009 років, об'єднаний масив не містить даних для формування груп СІН залежно від типів наркотиків.

- серед споживачів дезоморфіну більше СІН у віці до 34 років, після 35 років їх частка є суттєво меншою;
- серед СІН, що мають відносно нетривалий стаж вживання (до 3 років), більша частка споживачів героїну;
- амфетамін є більш популярним саме серед підліткової групи СІН (14–19 років).

**Таблиця 2.2.3**

**Основні види наркотиків для СІН залежно від статі, віку, стажу вживання наркотичних речовин, %<sup>7</sup>**

Характеристика	Екстракт опію	Метамфетамін у вигляді розчину	Дезоморфін	Героїн	Амфетамін
Стать респондента	$p < 0,001$				
Чоловіча	75,1	11,7	4,0	1,7	2,4
Жіноча	72,1	17,2	2,5	1,0	2,6
Вік респондента	$p < 0,001$				
14–19 років	53,2	23,0	5,5	0,9	11,5
20–24 роки	55,7	26,9	4,9	1,4	6,4
25–34 роки	72,3	13,0	5,0	2,1	2,3
35 років та старші	82,7	8,9	1,8	1,0	0,9
Стаж вживання	$p < 0,001$				
До 3 років	59,5	21,6	2,6	2,6	8,3
3–5 років	67,4	18,0	3,5	1,4	5,0
6–10 років	68,3	16,8	5,5	1,9	2,4
11 років та більше	79,9	9,7	3,1	1,2	1,0
Серед усіх	74,4	13,0	3,6	1,5	2,4

Аналіз за містами опитування та аналіз динаміки вживання опіоїдних наркотичних речовин та наркотиків-стимуляторів ін'єкційним шляхом за останні 30 днів представлені в таблицях 2.2.4 і 2.2.5.

<sup>7</sup> У таблиці подані дані щодо наркотичних речовин, які були названі основним наркотиком більше ніж 1% респондентів.



Таблиця 2.2.4

Споживання опіатів протягом останніх 30 днів, 2008/2009–2013 рр., %

Міста	2008/2009 роки		2011 рік		2013 рік	
	%	Довірчі інтервали	%	Довірчі інтервали	%	Довірчі інтервали
Сімферополь	95,2	92,0–98,5	81,4	77,4–84,5	91,0	88,0–93,8
Севастополь	—*	—*	—*	—*	66,7	59,8–73,0
Вінниця	45,1	36,9–54,6	76,9	72,0–80,8	78,6	71,2–85,8
Луцьк	84,9	79,3–90,4	93,7	90,4–96,8	92,3	87,3–96,4
Дніпропетровськ	88,0	83,6–92,4	63,4	56,9–69,8	75,8	70,0–81,2
Донецьк	56,8	50,1–63,6	67,1	61,8–72,5	71,7	64,9–78,4
Житомир	99,6	99,2–99,9	89,9	87,8–94,4	95,6	92,8–98,0
Ужгород	84,1	74,4–92,9	73,2	59,9–84,9	79,9	72,8–86,8
Запоріжжя	74,5	67,8–82,9	82,0	75,8–87,9	68,1	59,6–76,3
Івано-Франківськ	82,2	77,9–87,2	84,6	79,4–89,5	92,4	87,9–96,2
Київ	66,8	64,8–68,8	63,0	56,2–69,5	94,2	91,1–96,4
Біла Церква	—*	—*	91,9	87,1–96,0	96,7	94,1–98,7
Фастів	—*	—*	—*	—*	100	—
Васильків	—*	—*	—*	—*	98,0	94,7–100
Кіровоград	69,5	63,0–75,7	74,0	66,4–81,7	86,7	80,3–92,4
Луганськ	91,2	86,1–96,0	84,0	76,8–90,1	81,2	73,6–87,0
Львів	95,2	91,6–99,4	90,7	85,5–95,9	98,2	95,4–100
Миколаїв	96,4	94,2–98,6	97,3	94,6–99,4	99,4	98,6–100
Одеса	75,0	69,7–79,7	89,4	86,4–92,4	90,5	87,0–93,6
Полтава	72,4	63,8–82,5	68,7	61,3–76,3	80,4	73,3–88,0
Рівне	90,1	86,0–93,6	91,4	86,8–95,3	99,7	99,5–100
Суми	70,4	60,8–77,9	64,6	58,8–70,3	70,5	62,9–77,5
Тернопіль	88,7	73,1–97,2	93,2	89,1–96,6	78,1	68,9–85,6
Харків	37,4	30,2–45,0	87,2	83,2–90,9	94,8	90,4–98,3
Херсон	94,7	91,7–97,1	98,7	97,4–99,8	93,2	87,0–97,8
Хмельницький	74,6	63,7–82,1	88,7	84,2–92,9	88,1	82,5–93,5
Черкаси	98,0	97,4–100	98,0	96,6–99,2	90,4	85,8–94,0
Чернівці	87,8	77,7–95,3	54,2	41,2–60,7	85,2	80,0–91,8
Чернігів	73,2	64,8–80,8	71,6	66,3–76,7	79,1	71,3–85,5

\*Дослідження в даному місті опитування у відповідний рік не проводилося.

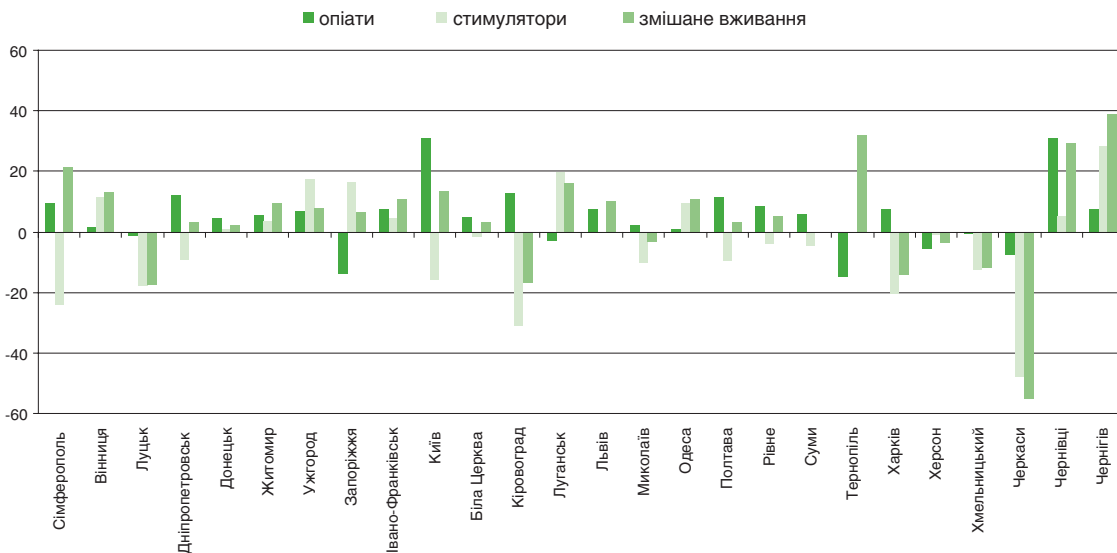
Таблиця 2.2.5

Споживання стимуляторів протягом останніх 30 днів, 2008/2009–2013 рр., %

Міста	2008/2009 роки		2011 рік		2013 рік	
	%	Довірчі інтервали	%	Довірчі інтервали	%	Довірчі інтервали
Сімферополь	48,8	44,0–53,6	75,9	71,9–80,2	51,7	46,3–56,7
Севастополь	—*	—*	—*	—*	47,6	40,6–54,5
Вінниця	64,3	56,5–72,3	37,3	31,6–43,2	48,7	40,7–56,8
Луцьк	43,1	35,5–51,0	41,3	35,4–46,8	23,5	17,5–29,8
Дніпропетровськ	47,8	41,8–53,8	42,7	37,0–49,3	33,4	27,7–39,4
Донецьк	50,8	44,2–58,1	37,9	32,0–43,8	39,0	32,2–46,3
Житомир	29,4	23,4–35,8	47,6	42,4–53,1	51,3	45,1–57,4
Ужгород	51,2	38,0–64,8	46,3	35,5–55,5	63,5	53,6–71,4
Запоріжжя	27,2	20,4–33,9	26,2	19,9–34,6	42,9	34,1–51,6
Івано-Франківськ	19,7	15,6–24,7	4,4	2,2–7,2	8,9	5,3–13,0
Київ	60,9	56,7–65,1	50,0	42,8–58,0	34,0	28,6–38,9
Біла Церква	—*	—*	22,8	13,7–33,9	20,9	14,6–28,1
Фастів	—*	—*	—*	—*	18,2	11,9–26,4
Васильків	—*	—*	—*	—*	36,3	27,2–46,3
Кіровоград	20,8	14,8–25,8	50,9	43,0–58,4	19,8	12,7–26,8
Луганськ	17,5	10,8–23,9	19,7	13,1–27,1	39,4	28,6–51,0
Львів	2,9	0,5–7,9	8,1	3,8–12,5	8,0	4,0–12,3
Миколаїв	11,2	7,2–15,2	12,5	8,9–16,4	2,1	0,9–3,5
Одеса	31,4	27,0–36,4	23,2	19,2–27,5	32,9	27,4–38,4
Полтава	21,7	16,0–29,0	46,8	38,4–53,2	37,1	28,4–45,2
Рівне	44,6	37,4–51,5	14,9	10,1–20,0	10,8	6,8–14,9
Суми	40,3	32,0–50,1	40,9	35,1–47,0	36,3	29,1–43,8
Тернопіль	10,5	6,8–19,7	10,8	5,3–16,6	10,6	6,2–15,6
Харків	45,9	37,8–54,9	32,3	26,6–38,6	11,7	6,9–17,2
Херсон	12,0	8,4–15,9	13,4	10,0–16,9	12,5	7,6–18,2
Хмельницький	29,8	21,9–38,4	32,1	26,3–38,4	19,3	13,8–26,2
Черкаси	54,2	51,1–57,3	74,2	68,7–80,7	26,5	20,8–32,6
Чернівці	45,8	33,2–59,3	66,8	57,6–75,1	72,2	66,6–78,9
Чернігів	48,3	39,2–58,1	43,9	38,7–49,6	72,1	63,6–81,0

\*Дослідження в даному місті опитування у відповідний рік не проводилося.

Аналіз динаміки наркосцени 2011–2013 рр. залежно від міста опитування свідчить, що збільшується питома вага СІН, які вживають наркотики-стимулятори (Вінниця, Ужгород, Запоріжжя, Луганськ, Чернігів), практикують змішане вживання наркотиків: особливо високі показники росту зафіксовані в Сімферополі, Тернополі, Чернівцях та Чернігові. Збільшення питомої ваги СІН, які вживають лише наркотики-опіати, відбувається в Сімферополі, Дніпропетровську, Києві, Кіровограді, Полтаві, Чернівцях. В інших містах динаміка щодо вживання тільки наркотиків-опіатів у популяції СІН є практично відсутньою або від'ємною (див. рис. 2.2.1).



**Рис. 2.2.1. Зміни в регіональній наркосцені: динаміка вживання опіатів, стимуляторів та змішаного вживання наркотиків, 2011–2013 роки., %**

Також необхідно зауважити, що починають з'являтися і нові види наркотиків, такі як «сіль»<sup>8</sup>. Споживання цього виду наркотику не є масовим та поширеним на всій території, але в таких містах, як Запоріжжя, Луганськ, Одеса, Сімферополь, частки СІН, які вказали на вживання цього виду наркотику за останні 30 днів, досягають 4–10% (Запоріжжя – 10%, Луганськ – 7%, Одеса – 6%, Сімферополь – 4%).

## 2.3. ЧАСТОТА ВЖИВАННЯ НАРКОТИЧНИХ РЕЧОВИН ТА ДОСВІД ПЕРЕДОЗУВАНЬ

Аналіз даних щодо частоти вживання наркотичних речовин свідчить, що СІН у середньому вживали наркотичні речовини ін'єкційним шляхом упродовж 12 днів протягом останнього місяця чи 4 днів протягом останнього тижня. Середня кількість епізодів вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом за останню добу в середньому дорівнює 0,76 разу. Аналіз даних залежно від соціально-демографічних характеристик свідчить, що середні показники частоти вживання ін'єкційних наркотиків вищі серед чоловіків у порівнянні із жінками. Також частота споживання ін'єкційних наркотичних речовин є найбільшою серед СІН 25–34 років та тих, хто має стаж вживання більше 10 років (див. рис. 2.3.1).

<sup>8</sup> Найчастіше до складу входять такі катіони, як метілендіоксипировалерон, метилон та мефедрон.

Таблиця 2.3.1

Середня кількість епізодів вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом за останні 30 днів, тиждень та останню добу, N=9502

Характеристика	За останній місяць, кількість днів	За останній тиж-день, кількість днів	За останню добу, кількість разів
<b>Стать респондента</b>			
Чоловіча	15,56	4,01	0,77
Жіноча	14,86	3,78	0,71
<i>p</i>	<0,001	<0,001	0,010
<b>Вік респондента</b>			
14–19 років	11,71	3,04	0,59
20–24 роки	13,76	3,57	0,70
25–34 роки	16,16	4,05	0,83
35 років та старші	15,23	4,00	0,70
<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001
<b>Стаж вживання</b>			
До 3 років	10,7	2,95	0,44
3–5 років	13,32	3,51	0,63
6–10 років	14,78	3,73	0,74
11 років та більше	16,58	4,23	0,83
<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001
<b>Серед усіх</b>	<b>15,39</b>	<b>3,95</b>	<b>0,76</b>

Частота вживання основного наркотику також є на схожому рівні із загальною частотою вживання всіх наркотичних речовин. СІН указали, що в середньому вживали свій основний наркотик 15,57 дня з останніх 30 днів.

Вживання наркотичних речовин створює прямі загрози передозувань серед СІН. Майже 6% опитаних вказали, що вони мали передозування за останні 12 місяців. Під час аналізу даних не було виявлено статистично значимих відхилень у результатах залежно від соціально-демографічних характеристик. Тобто під ризик передозувань з однаковою імовірністю потрапляють як жінки, так і чоловіки, як молоді СІН, так і СІН з великим стажем вживання наркотичних речовин.

## 2.4. ПРАКТИКА СПІЛЬНОГО ВИКОРИСТАННЯ ІНСТРУМЕНТАРІЮ ДЛЯ ВВЕДЕННЯ НАРКОТИЧНИХ РЕЧОВИН ІН'ЄКЦІЙНИМ ШЛЯХОМ

Переважна більшість (96,9%) опитаних СІН повідомили, що використовували стерильні шприц/голку під час останнього вживання наркотиків ін'єкційним шляхом. У попередні роки були також зафіксовані високі показники щодо використання стерильного інструментарію під час останньої ін'єкції, але тенденція свідчить, що показник продовжує поступово збільшуватися. Показник є високим як серед СІН чоловічої статі, так і серед жінок: 96,8% та 97,3% відповідно. За віковими характеристиками також не помічено суттєвих відмінностей щодо використання стерильного інструментарію під час останньої ін'єкції: показник серед СІН у віці до 25 років – 97,8%, у віці 25 років та старші – 96,8%.

Про невикористання спільного інструментарію за останні 30 днів повідомили 94,3% СІН, і цей показник у порівнянні з попередніми роками також показує постійну тенденцію до збільшення питомої ваги СІН, які практикують безпечну ін'єкційну поведінку за цим показником (див. табл. 2.4.1).

**Таблиця 2.4.1**

**Використання спільного ін'єкційного інструментарію за останні 30 днів залежно від віку, статі, статусу клієнта ГО, %**

Характеристика	Використовували стерильний ін'єкційний інструментарій під час останньої ін'єкції	Не використовували спільний ін'єкційний інструментарій за останні 30 днів
<i>Стать респондентів</i>	$p=0,116$	$p<0,05$
Чоловіча	96,8	93,7
Жіноча	97,3	92,1
<i>Вік респондентів</i>	$p<0,005$	$p=0,907$
14–19 років	95,8	94,4
20–24 роки	98,2	93,7
25–34 роки	97,3	92,9
35 років та старші	96,2	93,5
<i>Статус клієнта громадської організації</i>	$p<0,001$	$p=0,505$
Клієнти	98,1	93,9
Не клієнти	96,1	92,9

Статистично значущої різниці поширеності ВІЛ-інфекції (результати зв'язаного дослідження) серед тих, хто використовував стерильні шприц/голку під час останньої ін'єкції, та тих, хто не використовував, не виявлено ( $p=0,233$ ). Але зафіксована статистично значуща відмінність між результатами тестування на ВІЛ серед тих, хто мав досвід використання спільного інструментарію за останні 30 днів, та тими, хто дотримувався безпечної поведінки ( $p<0,05$ ), що є свідченням того, що це запитання є більш показовим у контексті ризику інфікування ВІЛ. Також необхідно зважати на можливу похибку в даних через бажання СІН надати соціально-схвальну відповідь на ці запитання.

Респонденти, які використовували спільний ін'єкційний інструментарій протягом останніх 30 днів ( $N=490$ ), у середньому мали таку практику 2,86 разу впродовж місяця, середня кількість споживачів, з якими обмінювалися інструментарієм для ін'єкції, – 1,53 осіб.

До спільного використання інструментарію підштовхує спільне вживання ін'єкційних наркотиків в одному приміщенні з іншими СІН. Про таку практику вказала переважна більшість всіх опитаних – 84,3%. Більшість із них вживали ін'єкційні наркотики в спільному приміщенні разом із знайомими та друзями – 74,3%, із чоловіком/дружиною – 21,6%, із сексуальним партнером – 17,1% та 11,2% вживали наркотики ін'єкційним шляхом разом із особою, яка продала їм ці наркотики.

З точки зору можливості інфікувати інших важливо розглядати і показник щодо передавання/продажу вже використаного інструментарію іншим СІН. Про наявність такої практики вказали 10,3% опитаних. Із числа тих, хто отримав ВІЛ-позитивний результат тестування під час зв'язаного дослідження ( $N=1630$ ), 5% вказали, що позичали або віддавали свій уже використаний інструментарій іншим СІН.

Аналіз відповідей СІН на запитання про використання стерильного інструментарію під час останньої ін'єкції та за останні 30 днів показав переважання серед

СІН безпечних щодо інфікування ВІЛ практик. Але при цьому більше половини СІН (55%) зазначили, що вони отримували ін'єкцію з уже наповненого шприця, тобто не можна з упевненістю стверджувати, що шприц був стерильний чи наповнювався зі стерильного посуду.

Більше чверті СІН (27,7%) зазначили, що вони використовували шприц, який хтось наповнював із свого вже використаного шприця. Спільний посуд для розподілу та приготування наркотику використовували 48,1%.

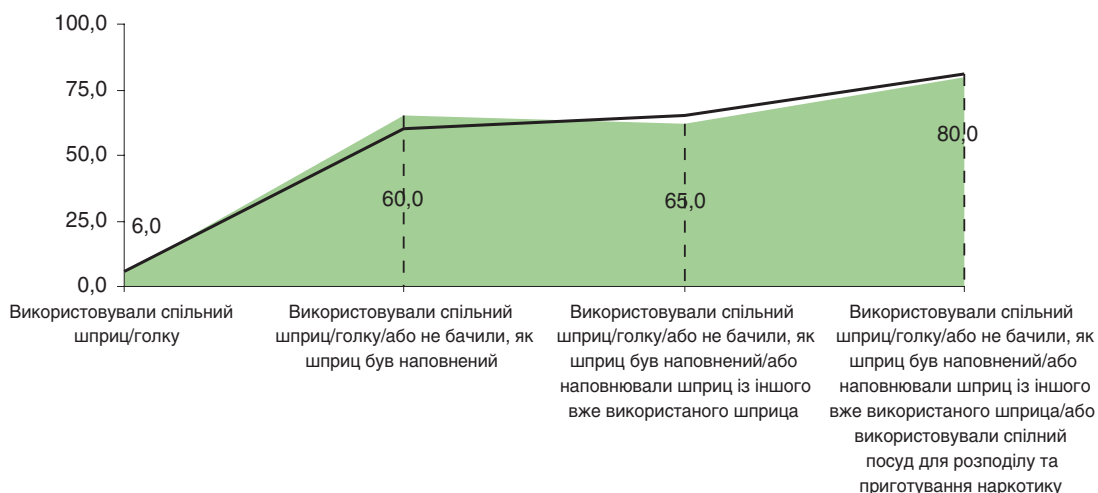
Динаміка зазначених вище показників ризикованої ін'єкційної поведінки представлена в табл. 2.4.2.

**Таблиця 2.4.2**

**Ризикована ін'єкційна поведінка серед СІН у динаміці, 2008/2009–2013 роки, %**

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

Динаміка показника використання стерильного інструментарію за 2008/2009–2013 роки представлена в табл. 2.4.3 в розрізі міст опитування.



**Рис. 2.4.1. Кумулятивний відсоток СІН, які практикували різні види небезпечної ін'єкційної поведінки за останні 30 днів, %**

**Таблиця 2.4.3**
**Використання стерильного ін'єкційного інструментарію під час останньої ін'єкції залежно від міста опитування, 2008/2009–2011 рр., % та довірчі інтервали**

Міста	2008/2009 роки		2011 рік		2013 рік	
	%	Довірчі інтервали	%	Довірчі інтервали	%	Довірчі інтервали
Сімферополь	92,0	87,7–95,9	95,9	94,3–97,2	98,4	97–99,6
Севастополь	—*	—*	—*	—*	95,4	92,7–97,8
Вінниця	97,2	94,7–99,1	97,4	95,5–99,0	98,2	96–99,7
Луцьк	88,8	81,3–97,1	97,7	95,6–99,4	96,5	94,2–98,6
Дніпропетровськ	88,5	81,3–93,1	95,2	93,0–96,9	97,9	96,4–99,1
Донецьк	78,8	71,4–84,4	91,3	87,9–94,5	94,0	91,1–96,7
Житомир	60,9	52,9–68,2	97,9	96,4–98,9	98,2	96,6–99,4
Ужгород	98,3	95,2–100	89,6	77,1–98,5	92,5	87,2–96,9
Запоріжжя	85,5	78,7–91,3	93,9	90,5–96,7	94,3	89,4–97,9
Івано-Франківськ	89,7	85,1–93,7	95,6	93,0–98,0	90,8	83,5–96,5
Київ	100,0	—	98,5	96,9–99,6	97,8	95,8–99,3
Біла Церква	—*	—*	96,5	93,7–98,8	91,1	85,6–95,4
Фастів	—*	—*	—*	—*	96,1	92,9–98,6
Васильків	—*	—*	—*	—*	99,2	98,1–100
Кіровоград	92,5	87,3–97,0	93,2	89,5–96,1	91	84,6–96,8
Луганськ	95,7	92,0–98,8	94,4	89,9–97,7	92,6	85,7–98,5
Львів	83,0	74,4–90,3	92,4	89,2–95,3	96	93,7–98,1
Миколаїв	95,4	91,8–98,5	95,8	93,3–97,8	97,7	96,1–99
Одеса	84,6	80,2–88,3	97,5	95,9–98,6	97,6	96–99
Полтава	75,9	67,3–83,8	99,1	98,2–99,7	97,5	95,3–99,3
Рівне	94,4	90,4–97,4	95,9	93,4–98,1	97	94,3–99,2
Суми	72,2	62,3–78,4	97,3	95,0–98,9	98,1	96,2–99,7
Тернопіль	89,4	78,0–94,7	99,3	98,3–99,8	99,3	98–100
Харків	74,8	66,5–82,1	90,3	83,5–94,9	98,8	97,6–99,8
Херсон	89,8	78,8–96,5	92,4	89,6–95,2	95,7	92,3–98,6
Хмельницький	84,5	78,0–93,0	94,6	90,6–97,6	98,9	97,4–100
Черкаси	82,6	74,1–90,6	95,5	93,5–97,3	95,3	92,9–97,5
Чернівці	98,6	95,6–100	99,0	97,8–99,8	100	—
Чернігів	91,8	86,4–96,3	96,9	95,1–98,7	97,3	96,5–100

\*Дослідження в даному місті опитування у відповідний рік не проводилося.

Для оцінки кумулятивного показника ризикованості ін'єкційної поведінки серед СІН за останні 30 днів був розроблений агрегований показник<sup>9</sup>, який поєднує декілька можливих ризикованих практик. Результати такого аналізу свідчать, що 81% СІН мали практику небезпечної ін'єкційної поведінки впродовж останніх 30 днів. (див. рис. 2.4.1).

<sup>9</sup> Наявність досвіду принаймні однієї з таких практик: використання спільного шприца/голки; отримання ін'єкції з уже наповненого шприца; використання шприца, який хтось наповнював своїм уже використаним шприцом; використання шприца, про який невідомо, як він наповнювався; використання спільного посуду для приготування та розподілу наркотичної речовини.



Отримані дані свідчать про наявність серед переважної більшості СІН ризикованої ін'єкційної поведінки. Незважаючи на твердження про використання стерильної голки та шприца під час останньої ін'єкції, частка СІН, які практикували ризиковану ін'єкційну поведінку, різко збільшується за результатами відповідей на запитання про отримання наркотику в уже наповненому шприці або використання спільного посуду для приготування та розподілу наркотичних речовин.

## ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

У рамках дослідження вдалося зібрати інформацію щодо різних аспектів вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, що дозволяє відповісти на запитання про деякі аспекти ініціації вживання наркотичних речовин серед СІН, наркосцени, ризикованої ін'єкційної поведінки. Аналіз даних щодо ініціації вживання ін'єкційних наркотиків підтверджує основні висновки, які робилися в попередніх дослідженнях, а саме що більшість СІН розпочинають вживання наркотичних речовин неін'єкційним шляхом та роблять це ще у підлітковому віку.

Зібрана інформація щодо стажу вживання наркотиків та взагалі віку СІН, яких удалося залучити до дослідження, свідчить про збільшення середніх значень цих показників у порівнянні з попередніми роками. Беручи до уваги, що рекрутинг респондентів до дослідження здійснювався саме з використанням методики RDS, а аналіз даних за допомогою програми RDSAT, яка дозволяє отримувати розрахунки, які можна екстраполювати на всю популяцію групи в місті, де проводилося дослідження, можемо вважати, що такі результати є свідченням про постарішення популяції СІН та більшу закритість молодшої групи, яка залишається важкодоступною для дослідження або профілактичних програм. Особливо такі висновки можна зробити про Дніпропетровськ, схожі показники у Львові, Миколаєві, Одесі, Сімферополі та Тернополі.

Наркосцена продовжує змінюватися на користь СІН, які вживають наротики-стимулятори. Така тенденція стає помітною при аналізі змішаного вживання наркотичних речовин, що означає практику вживання як стимуляторів, так і опіатів. Тобто СІН дуже часто переходять на вживання стимуляторів, але при цьому не відмовляються повністю від наркотиків-опіатів.

Порівняно з 2011 роком помітна тенденція до збільшення питомої ваги споживачів дезоморфіну, також з'являється новий наркотик «сіль». Перелічені наркотики, незважаючи на свій великий згубний вплив на здоров'я людини, є досить дешевими, доступними та легкими в приготуванні, що є додатковими мотивами для СІН під час вибору наркотику.

Отримані досить детальні дані й щодо ризикованої ін'єкційної поведінки, проаналізовані різні етапи можливості інфікування ВІЛ: під час покупки наркотичної речовини, під час приготування та розподілу наркотичної речовини та під час вживання. Хоча дослідження і демонструє досить високі показники використання стерильного інструментарію під час останнього вживання наркотику ін'єкційним шляхом та навіть постійність цієї практики за останні 30 днів, використання спільного посуду для приготування чи розподілу наркотику, практика покупки наркотичної речовини в уже набраному шприці показують зовсім іншу тенденцію та свідчить про велику небезпеку інфікування ВІЛ під час ін'єкційного вживання наркотичних речовин.



## РЕЗЮМЕ

- Середній стаж вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом становить 13,6 року, що свідчить про поступове старіння популяції СІН в Україні (у 2011 році – 12,5 року).
- Стаж вживання ін'єкційних наркотиків до 3 років мають близько 8% опитаних СІН. Майже 60% опитаних СІН мають стаж вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, який перевищує 10 років.
- П'ята частина СІН практикує змішане вживання наркотичних речовин, тобто має досвід вживання за останні 30 днів як опіоїдних наркотиків, так і наркотиків-стимуляторів, що може бути пов'язано із доступністю наркотичної речовини в місті.
- Майже 6% опитаних вказали, що вони мали передозування за останні 12 місяців.
- 81% мали принаймні одну практику небезпечної ін'єкційної поведінки: використання спільного шприца/голки; отримання ін'єкції з уже наповненого шприца; використання шприца, який хтось наповнював своїм уже використаним шприцом; використання шприца, про який невідомо, як він наповнювався; використання спільного посуду для приготування та розподілу наркотичної речовини.

# РОЗДІЛ 3. СЕКСУАЛЬНА ПОВЕДІНКА ТА РИЗИК ІНФІКУВАННЯ ВІЛ ПРИ СЕКСУАЛЬНИХ КОНТАКТАХ

У розділі подано інформацію стосовно статевого життя СІН, зокрема розглянуто різноманітні аспекти їх сексуальної поведінки: особливості початку статевого життя та сексуальної поведінки з різними типами сексуальних партнерів тощо. Аналіз на національному рівні здійснено у розрізі соціально-демографічних характеристик та показників залучення СІН до профілактичних програм і наявності в них статусу клієнта громадської організації, що працює зі споживачами ін'єкційних наркотиків. За містами опитування та в динаміці презентовані ключові показники щодо використання презервативів під час останнього статевих контакту протягом останніх тридцяти днів.

## 3.1. СЕКСУАЛЬНІ ПАРТНЕРИ ТА ВИКОРИСТАННЯ ПРЕЗЕРВАТИВІВ

Більшість респондентів (83,7%) розпочали статеве життя до настання повноліття. Із них у 8,2% сексуальний дебют відбувся до 13, а в 16,2% опитаних у 14 років. Більше ніж три чверті серед СІН розпочали статеве життя в 15, 16 або 17 років. Тільки в 14% респондентів сексуальний дебют відбувся після досягнення повноліття – у 18 років та пізніше. Загалом серед усіх опитаних середній вік початку статевих відносин дорівнює 15,73 року (табл. 3.1.1).

Згідно з відповідями респондентів, вік сексуального дебюту відрізняється в різних вікових та статевих групах. Загалом, простежується тенденція до зменшення віку першого сексуального контакту серед СІН. Так, наприклад, у порівнянні із середнім значенням по вибірці, середній вік набуття сексуального досвіду становить 16,09 року в найстаршій групі СІН віком від 35 років, і 15,05 року в молодшій віком від 14 до 19 років. У цілому, дійсно, більш старші СІН розпочинали статеве життя пізніше від представників більш молодших груп. Серед найстаршої групи віком від 35 років 20% респондентів вперше отримали сексуальний досвід після досягнення повноліття, тоді як серед наймолодшої групи від 14 до 19 років, таких тільки 1,3%.

Встановлено, що серед опитаних СІН саме чоловіки раніше, ніж жінки, набувають статевих досвіду. Середній вік першого сексуального контакту у чоловіків – 15,58 року, а в жінок цей показник становить 16,2 року (табл. 3.1.1).

Таблиця 3.1.1

Розподіл відповідей на запитання: «Скільки Вам було років, коли Ви вперше вступили в сексуальні стосунки?», %  
(серед тих, хто має досвід сексуальних контактів, N=9453)

Соціально-демографічні характеристики	Вік першого статевого контакту								
	До 13 років	14 років	15 років	16 років	17 років	18 років і більше	Важко відповісти	Не пам'ятаю	Середній вік, років
Серед усіх	8,2	16,2	20,7	24,6	14,4	14,0	0,4	1,5	15,7
За віком (p<0,001)									
До 19 років	9,3	24,3	31,0	21,2	11,9	1,3	0,0	0,9	15,1
20–24 роки	8,2	20,2	27,4	23,0	13,0	7,4	0,0	0,9	15,4
25–34 роки	9,5	17,7	22,2	26,5	12,2	10,7	0,3	0,8	15,5
35 років та більше	6,8	13,2	16,8	23,1	17,1	20,0	0,7	2,4	16,1
За статтю (p<0,001)									
Чоловіки	9,4	17,8	21,5	24,6	12,8	11,8	0,4	1,6	15,6
Жінки	4,3	11,1	17,8	24,6	19,5	21,3	0,4	1,2	16,2

У 99,7% респондентів був сексуальний досвід на момент проведення опитування (табл. 3.1.2). Із тих, хто вже вступав у сексуальні відносини, 84,6% респондентів відповіли, що мали сексуальні контакти за останні 12 місяців. Про наявність сексуальних контактів упродовж останнього місяця ствердно відповіли 71,5% від загалу опитаних (або 84,5% серед сексуально активних протягом останніх 12 місяців).

Згідно з аналізом, наявні відмінності в сексуальній активності СІН протягом останніх 12 місяців і тридцяти днів та їх віковою або статевою приналежністю. Найбільший відсоток тих, хто мав сексуальні контакти за останній рік та або місяць, спостерігається у віковій групі 14–24 років та серед жінок (табл. 3.1.2).

Таблиця 3.1.2

Наявність сексуального досвіду серед СІН, %

Соціально-демографічні характеристики	Мали статеві контакти...		
	(1) упродовж життя	(2) за останні 12 місяців*	(3) за останні 30 днів**
Серед усіх	99,7	84,9	84,5
За віком			
14–19 років	96,2	94,7	85,5
20–24 роки	99,6	95,0	87,0
25–34 роки	99,8	92,1	86,5
35 років та більше	99,8	74,4	81,1
p	<0,001	<0,001	<0,001
За статтю			
Чоловіки	99,7	84,2	83,2
Жінки	99,6	87,1	88,7
p	0,209	0,001	<0,001

\* Серед тих, хто мав сексуальний досвід у своєму житті (N=9462).

\*\* Серед тих, хто мав сексуальний досвід за останні 12 місяців (N=8142).

Більше половини серед опитаних СІН відповіли, що використовували презервативи під час останнього статевого контакту – 54,3% респондентів. Практика використання презервативів, під час останнього статевого контакту серед СІН відрізнялась за характеристиками віку, статі, а також за охопленням профілактичними програмами та наявністю статусу клієнта громадської організації (табл. 3.1.3.).

СІН віком до 25 років здебільшого використовували презервативи під час останнього статевого контакту та менше практикували незахищений секс у порівнянні з більш старшими віковими групами. Переважна більшість СІН (51%) із вікової групи від 35 років відповіли, що не використовували презерватив під час останнього сексуального контакту.

Частка тих, хто зазначив, що не використовував презерватив під час останнього сексуального контакту, є більшою серед жінок. Чоловіки частіше, ніж жінки, відповідали, що використовували презерватив під час останнього контакту: серед опитаних чоловіків таких 55,1%, а серед жінок – 51,2% (табл. 3.1.3.).

Можна припустити, що участь у профілактичних програмах та залучення СІН до громадських організацій, які працюють зі споживачами ін'єкційних наркотиків, стимулює використання презервативів. Серед учасників профілактичних програм 61,5% опитаних відповіли, що користувалися презервативами під час останнього статевого контакту, тоді як серед тих, хто не є їх учасником, таких 46,9%. Приблизно таку ж частку, як і учасники профілактичних програм, становлять респонденти, котрі мають статус клієнта громадської організації, і їх опитування дало подібні результати: 61,6% респондентів, які є клієнтами ГО, відповіли, що використовували презервативи під час останнього статевого контакту, тоді, як серед неклієнтів лише 49,6% опитаних зазначили, що використовували презервативи.

**Таблиця 3.1.3**

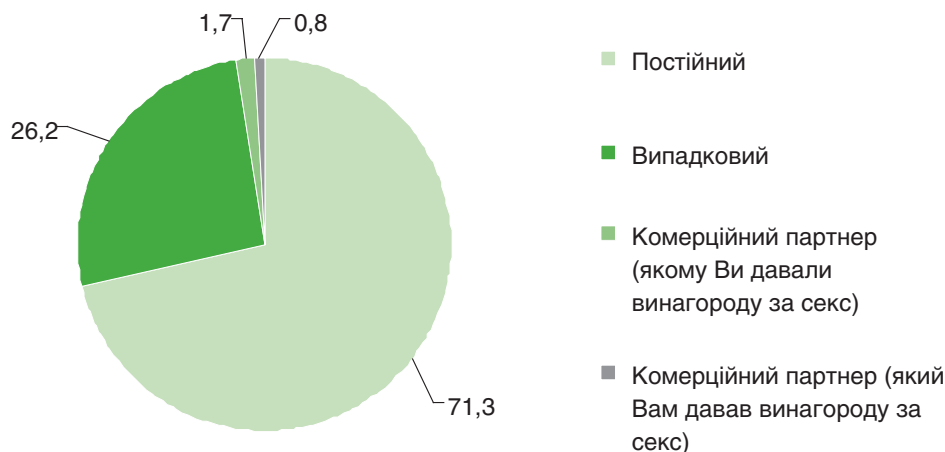
**Питома вага СІН, що використовували презервативи під час останнього статевого контакту, % (серед респондентів, у яких були сексуальні контакти за останні 30 днів, N=8074)**

<b>Серед усіх</b>	<b>54,1</b>
<b>За віком (p&lt;0,001)</b>	
14–19 років	58,5
20–24 роки	64,4
25–34 роки	55,5
35 років та більше	49,0
<b>За статтю (p&lt;0,001)</b>	
Чоловіки	55,1
Жінки	51,2
<b>Чи охоплені профілактичними програмами (p&lt;0,001)</b>	
Так	61,5
Ні	46,9
<b>Статус клієнта громадської організації (p&lt;0,001)</b>	
Так	61,6
Ні	49,6
<b>Стаж вживання наркотиків (p&lt;0,001)</b>	
До 3 років	49,8
3–5 років	55,7
6–10 років	59,2
11 років та більше	52,9

Згідно з даними опитування, є відмінності в практиці використання презервативів серед СІН із різним стажем вживання наркотиків. Серед респондентів зі стажем від 6 до 10 років більша частка опитаних повідомила про захищений секс (59,2%), а серед опитаних зі стажем вживання наркотиків до трьох років менша (49,8%) – різниця є значущою.

Важливу роль у розумінні причин невикористання презервативів відіграє аналіз практик у розрізі контактів з партнерами різних типів. Загалом для більшості СІН характерно мати стосунки з постійним партнером. Майже три чверті серед опитаних СІН зазначили, що мали останній статевий контакт з постійним сексуальним партнером, – 71,3%, 26,2% – із випадковим, а 1,7% та 0,8% – з комерційним партнером (відповідно, хто надавав чи отримував винагороду за сексуальні послуги).

Згідно з даними опитування, тип сексуального партнера має значення в мотивації до використання презерватива. Існують відмінності у використанні презервативів під час останнього сексуального контакту в залежності від типу сексуального партнера ( $p < 0,001$ ). Менше половини респондентів, у яких був останній сексуальний контакт з постійним партнером, використовували презерватив – 48,3%.

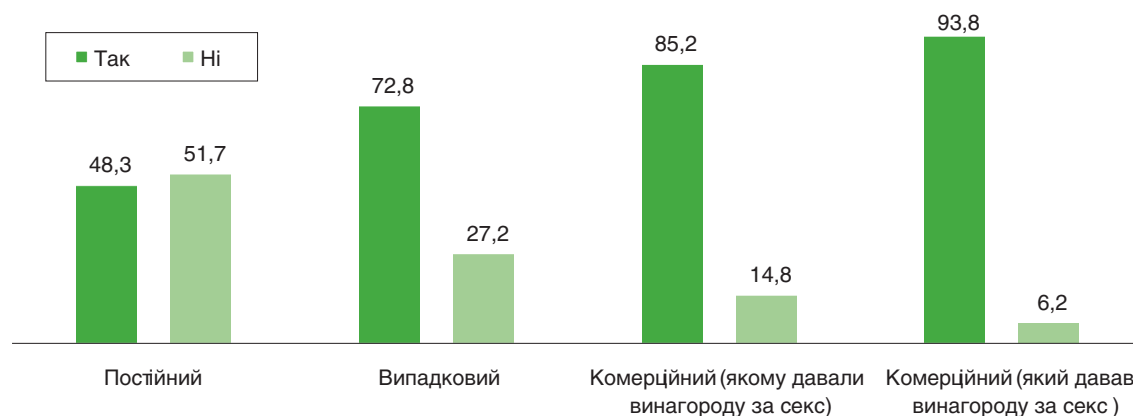


**Рис. 3.1.1 Останній сексуальний контакт СІН, тип партнера, % (серед тих, у кого були сексуальні контакти за останні 30 днів N=8129)**

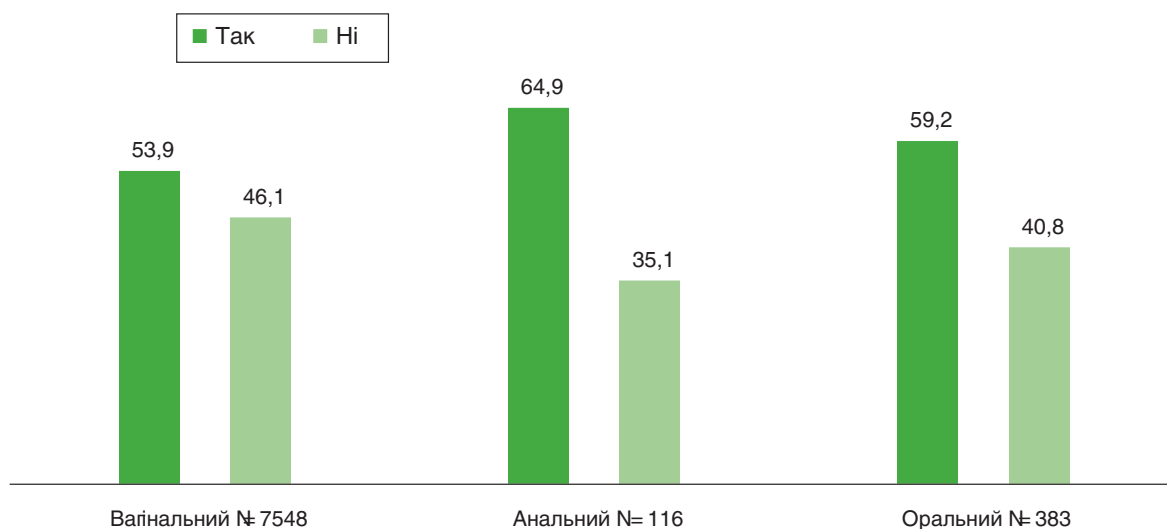
Водночас практика невикористання презервативів має тенденцію до зменшення серед тих, хто був з випадковим партнером (72,8%). Менше практикують незахищений секс з комерційними партнерами. Про використання презерватива під час останнього сексуального контакту стверджують 85,2% опитаних серед тих, хто отримував винагороду, та 93,8% серед тих, хто давав винагороду за сексуальні послуги.

Отже, згідно із цими показниками вимірювання особливостей сексуальної поведінки СІН під час останнього сексуального контакту, опитані, які мали постійного сексуального партнера у більшості випадків практикували незахищений секс, що може підвищувати ризик інфікування ВІЛ (рис. 3.1.2.).

Дані дослідження свідчать, що більшість СІН останнього разу практикували вагінальний тип сексуального контакту – 94,2%, оральний – 4,6%, а анальний – 1,2%. Наявна різниця у практиці використання презервативів та типом сексуального контакту ( $p < 0,001$ ). Більша частка тих, хто використовував презервативи під час останнього сексуального контакту, спостерігається серед тих, хто практикував анальний секс контактів 64,9%. Трохи більше половини серед опитаних використовували презерватив під час орального та вагінального типів: відповідно 59,2% та 53,9% опитаних (рис. 3.1.3).



**Рис. 3.1.2. Питома вага СІН, котрі використовували презерватив під час останнього статевих контакту, в залежності від типу сексуального партнера, % (серед тих, хто мав статеві контакти із зазначеними типами сексуальних партнерів)**



**Рис. 3.1.3. Питома вага СІН, котрі використовували презерватив під час останнього статевих контакту, в залежності від типу сексуального контакту, % (серед тих, хто мав такі статеві контакти)**

Виявлено відмінності у використанні презервативів під час останнього сексуального контакту та містом проживання СІН. Найбільш високий рівень використання презервативів можна відмітити в Чернівцях, де 73,1% респондентів відповіли, що використовували презерватив під час останнього сексуального контакту, у Сумах (69,7%), Луцьку (72,8%) та Вінниці (67,5%).

До міст з високим рівнем практик незахищеної сексуальної поведінки можна віднести Житомир та Запоріжжя, де відповідно одна п'ята (20%) та трохи більше чверті (26,8%) респондентів повідомили, що використовували презерватив (табл. 3.1.4).

Таблиця 3.1.4

Відсоток СІН, які використовували презервативи під час останнього статевого контакту, %, динаміка 2008/2009–2013 рр.,

Місто	2008/2009	Довірчий інтервал	2011	Довірчий інтервал	2013	Довірчий інтервал
Сімферополь	64,2	57,3–71,5	60,4	56,5–64,6	55,0	47,3–62,9
Вінниця	43,4	33,9–52,3	44,0	38,3–50,0	67,5	54,6–77,8
Луцьк	41,4	32,2–50,1	40,7	35,2–46,8	72,8	60,4–77,1
Дніпропетровськ	24,2	16,5–32,3	28,4	23,5–33,8	39,1	27,5–56,0
Донецьк	39,9	24,3–55,6	40,7	35,6–46,3	55,8	43,3–63,2
Житомир	36,8	27,0–44,8	25,1	19,7–30,5	21,0	15,1–25,9
Ужгород	46,8	31,5–61,0	20,9	14,9–27,8	41,2	28,1–56,2
Запоріжжя	38,3	29,8–47,1	30,9	23,3–38,7	26,8	18,6–36,5
Івано-Франківськ	71,4	64,8–77,4	45,5	37,5–52,7	63,4	54,7–72,2
Біла Церква	–	–	–	–	48,8	39,8–59,4
Київ	41,6	35,5–48,1	35,9	29,2–42,5	61,8	54,8–69,6
Кіровоград	29,1	19,7–43,5	54,2	47,0–60,6	52,1	41,1–62,0
Луганськ	54,1	44,9–63,3	47,8	35,6–56,7	47,4	41,0–62,7
Львів	43,2	33,3–52,8	33,5	27,3–39,7	63,9	54,0–72,1
Миколаїв	65,4	58,3–73,0	43,8	38,5–49,7	63,2	49,5–71,4
Одеса	53,7	47,6–60,3	43,0	38,7–47,6	60,7	51,7–67,5
Полтава	67,2	58,5–77,7	48,7	42,1–55,5	48,0	38,2–58,7
Рівне	46,3	38,4–53,7	41,6	35,1–47,8	43,1	33,4–55,8
Суми	43,6	32,2–55,2	61,8	56,0–67,6	69,7	63,6–76,3
Тернопіль	30,5	10,8–52,6	42,5	31,4–52,6	45,1	34,7–57,0
Харків	41,5	27,5–51,8	39,5	33,6–46,1	40,7	30,8–48,9
Херсон	67,2	58,2–74,8	43,5	37,9–49,0	64,0	55,6–74,7
Хмельницький	59,9	51,1–70,8	39,1	33,5–45,8	47,1	37,0–59,7
Черкаси	61,7	54,0–71,1	71,1	66,2–75,7	49,7	41,8–60,5
Чернівці	59,4	53,6–78,8	59,0	50,5–70,6	73,1	65,3–81,4
Чернігів	34,9	25,4–42,4	35,4	30,5–40,7	46,5	32,3–59,2
Фастів	—*	—*	—*	—*	38,5	17,7–54,6
Васильків	—*	—*	—*	—*	77,4	71,4–86,3
Севастополь	—*	—*	—*	—*	37,8	28,3–50,4

\* У цій хвилі дослідження в даному місті опитування не проводилося.

Серед усіх опитаних майже третина (31,9%) респондентів відповіли, що мали від 2 до 3 статевих контактів на тиждень, майже п'ята частина опитаних СІН (19,0%) відповіли, що мали один контакт на тиждень, 18,1% СІН повідомили, що вступали в сексуальний контакт 2–3 рази на місяць, а 14,2% відповіли, що в них був один сексуальний контакт на місяць. Серед тих, хто вів достатньо інтенсивне сексуальне життя за останні три місяці, 10,8% опитаних повідомили, що мали від 2 до 4 контактів на тиждень і 6% респондентів відповіли, що вступали в сексуальні стосунки кожного дня.

У статевих та вікових групах наявні відмінності в частоті сексуальних контактів за останні три місяці. Більш молоді СІН віком до 35 років частіше вступають у сексуальні контакти. Так, у віковій групі від 14 до 19 років 38,8% респондентів зазначили, що вступали у сексуальні стосунки 2–3 рази на тиждень, а 18,2% опитаних 4–6



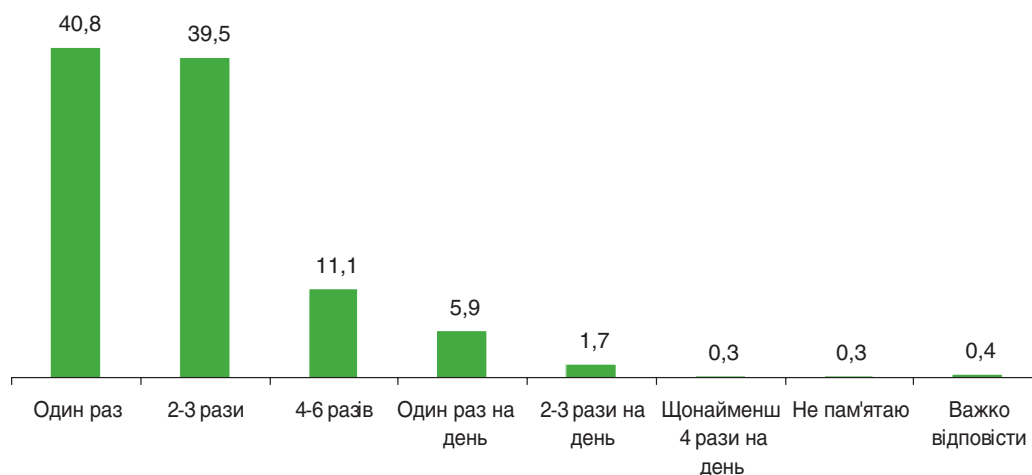
разів на тиждень. Серед СІН від 35 років переважна більшість респондентів зазначили, що вступали в сексуальні стосунки рідше: 28,7% – 2–3 рази на тиждень, 7,7% – 4–6 разів на тиждень (табл. 3.1.5).

**Таблиця 3.1.5**

**Частота сексуальних контактів з партнерами усіх типів за останні 90 днів, %  
(серед респондентів, які мали сексуальних партнерів за останні 90 днів, N= 8028)**

Характеристика	Раз на місяць і рідше	2-3 рази на місяць	Один раз на тиждень	2-3 рази на тиждень	4-6 разів на тиждень	Кожного дня та частіше
<b>Серед усіх</b>	<b>14,2</b>	<b>18,1</b>	<b>19,0</b>	<b>31,9</b>	<b>10,9</b>	<b>6,0</b>
<b>За віком (p&lt;0,001)</b>						
14–19 років	13,4	13,4	10,0	38,8	18,2	6,2
20–24 роки	13,5	17,1	18,6	30,8	15,3	4,7
25–34 роки	12,8	16,2	18,4	34,4	11,7	6,6
35 років та більше	16,4	21,1	20,5	28,7	7,7	5,6
<b>За статтю (p&lt;0,001)</b>						
Чоловіки	15,3	18,8	18,9	31,2	10,3	5,4
Жінки	10,9	15,7	19,0	34,1	12,6	7,7

40,8% опитаних СІН вступали в сексуальні стосунки 1 раз на тиждень, 39,5% мали 2–3 статевих контакти за останні 7 днів. 11% опитаних СІН повідомили, що вступали в сексуальні стосунки 4–6 разів на тиждень.



**Рис. 3.1.4. Частота сексуальних контактів з партнерами усіх типів за останні 7 днів (повний тиждень), %  
(серед респондентів, які мали сексуальних партнерів за останні 30 днів, N=6438)**

За останні 90 днів 75,7% опитаних СІН мали статеві контакти з постійними сексуальними партнерами. Трохи більше третини (34,2%) респондентів повідомили про сексуальні стосунки з випадковими партнерами. До комерційного сексу долучалися 4,1% респондентів, які платили винагороду за сексуальні послуги, та 1,8% – що отримували винагороду за надання послуг (табл. 3.1.6).

Більш старші СІН (віком від 25 років) схильні мати сексуальні стосунки з постійними партнерами. Молодші СІН віком до 24 років меншою мірою повідомляли про наявність у них постійних сексуальних партнерів. У той же час опитані до 24 років частіше вступали в сексуальні стосунки з випадковими партнерами, тоді як у стар-



ших групах (від 25 років) відсоток таких майже у два рази менший (табл. 3.1.6). За результатами аналізу різниця між відсотками є статистично значущою ( $p < 0,001$ ).

У випадку отримання винагороди за надання сексуальних послуг наявні відмінності у віці респондентів та частотою продажу сексуальних послуг: найбільш схильними до комерційного сексу є представники молодшої вікової групи до 19 років.

Чоловіки частіше купують секс-послуги, а жінки навпаки – вступають у сексуальні відносини за винагороду.

Наявні відмінності в типах партнерів, з яким СІН вступали в сексуальні стосунки за останні три місяці, та їх стажем вживання наркотиків. Для СІН, зі стажем вживання наркотиків від 11 років, характерніше вступати в сексуальні стосунки з постійними партнерами, що також пов'язане з віковими характеристиками (табл. 3.1.6).

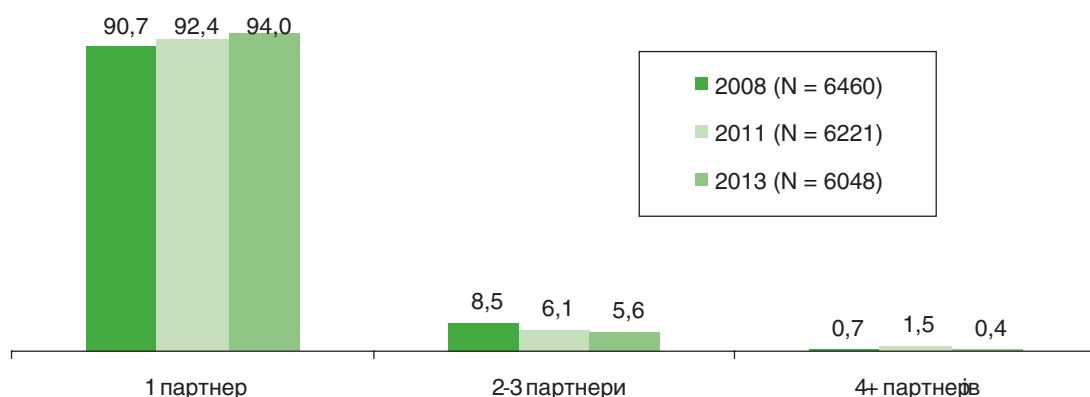
**Таблиця 3.1.6**

**Питома вага СІН, що за останні 90 днів мали постійних, випадкових або комерційних партнерів, % (серед респондентів, в яких були сексуальні контакти за останні 12 місяців, N=8143)**

Соціально-демографічні характеристики	За останні 90 днів мали сексуальних партнерів...			
	Постійні	Випадкові	Комерційні (яким Ви давали винагороду за секс)	Комерційні (які давали Вам винагороду за секс)
Серед усіх	75,7	34,2	4,1	1,8
<b>За віком</b>				
14–19 років	59,8	60,6	7,0	4,2
20–24 роки	63,5	50,2	4,4	2,1
25–34 роки	77,1	33,6	4,1	2,2
35 років та більше	79,1	27,8	3,6	1,1
<i>p</i>	<0,001	<0,001	0,085	<0,001
<b>За статтю</b>				
Чоловіки	72,6	31,0	5,1	0,3
Жінки	85,2	36,9	0,7	6,7
<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
<b>Охоплені профілактичними програмами</b>				
Так	78,5	31,0	3,6	2,3
Ні	73,3	36,9	4,4	1,4
<i>p</i>	<0,001	<0,001	0,002	0,004
<b>Статус клієнта громадської організації</b>				
Так	78,3	30,9	3,7	2,2
Ні	74,2	36,1	4,3	1,6
<i>p</i>	<0,001	<0,001	0,208	0,089
<b>Стаж вживання наркотиків</b>				
До 3 років	72,8	44,2	5,4	3,1
3–5 років	71,5	43,9	4,2	1,2
6–10 років	72,1	36,9	3,7	2,1
11 років та більше	78,5	29,3	4,0	1,7
<i>p</i>	<0,001	<0,001	0,303	0,025

СІН, які мають постійного партнера, як правило, не вступають у сексуальні стосунки з випадковими та комерційними партнерами. За даними трьох хвиль досліді-

дження, наявна тенденція до зниження частки респондентів, які мають сексуальні стосунки з двома або трьома постійним сексуальними партнерами (рис. 3.1.5).



**Рис. 3.1.5. Кількість постійних сексуальних партнерів СІН, динаміка 2008/2009–2013роки**

Виявлено, що СІН, які мають постійного сексуального партнера, частіше практикують незахищений секс. Так, наприклад, згідно з даними опитування, менше половини опитаних СІН, враховуючи результати кожної хвили біоповедінкового дослідження, використовували презерватив під час останнього статевого контакту з постійним партнером.

Ключові відмінності у використанні презерватива з постійним партнером під час останнього сексуального контакту спостерігаються за показниками віку, статі, охопленням профілактичними програмами та наявністю в респондента статусу клієнта громадської організації, що має справу зі споживачами наркотиків.

СІН віком до 24 років частіше практикують захищений секс з постійними партнерами. Про використання презерватива під час останнього сексуального контакту повідомили більш ніж половина опитаних – 61,4% у групі до 19 років і 56,1% у групі до 25 років. У той же час, серед більш старших респондентів спостерігається менша частка тих, хто практикував захищену сексуальну поведінку під час останнього сексуального контакту з постійним партнером. Менше половини опитаних відповіли, що використовували презервативи під час останнього сексуального контакту: 47,8% респондентів у групі віком від 25 до 35 років та 42,5% у групі віком від 35 років.

Що стосується відмінностей у статевих групах, то чоловіки частіше повідомляли про використання презервативів з постійними сексуальними партнерами на відміну від жінок (48,5% у порівнянні з 42,5%).

Серед опитаних, які залучені до профілактичних програм та є клієнтами громадських організацій, більше половини опитаних зазначили, що практикували захищену сексуальну поведінку під час останнього статевого контакту з постійним партнером.

Дані дослідження демонструють, що частка тих, хто використовував презервативи з постійним партнером, є вищою серед СІН зі стажем вживання наркотиків від 6 до 10 років (50,4%) та від 3 до 5 років (47,9%).

Таблиця 3.1.7

Питома вага СНІ, що використовували презерватив під час останнього статевого контакту з постійним партнером, динаміка 2008/2009–2013 років, %

Соціально-демографічні характеристики	Використання презерватива під час останнього контакту з постійним партнером, динаміка 2008-2013 років				
	2008/2009 (N=4286)	2011*За типом статевого контакту			2013 (N=6045)
		Оральний (N=1900)	Вагінальний (N=61-20)	Анальний (N=520)	
Серед усіх	46,0	22,1	46,4	49,3	46,8
<b>За віком</b>					
14–19 років	63,7	20,0	64,6	50,0	61,4
20–24 роки	50,0	22,8	53,9	66,7	56,1
25–34 роки	45,9	19,1	45,2	46,1	47,8
35 років та більше	41,1	27,6	44,2	46,4	42,5
<i>p</i>	<0,001	0,003	<0,001	0,011	<0,001
<b>За статтю</b>					
Чоловіки	47,4	23,3	48,3	46,5	48,5
Жінки	42,0	19,8	42,4	54,2	42,3
<i>p</i>	0,002	0,085		0,093	<0,001
<b>Чи охоплені профілактичними програмами</b>					
Так	–	25,8	55,7	61,6	54,7
Ні	–	18,3	39,4	33,2	39,6
<i>p</i>	–	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
<b>Статус клієнта громадської організації</b>					
Так	–	22,8	51,0	45,1	53,5
Ні	–	21,7	44,4	52,0	42,8
<i>p</i>	–	0,594	<0,001	0,129	<0,001
<b>Стаж вживання наркотиків</b>					
До 3–х років	–	23,5	46,9	56,5	42,0
3–5 років	–	17,8	46,7	36,6	47,9
6–10 років	–	21,6	47,8	60,0	50,4
11 років та більше	–	23,1	45,4	46,9	46,0
<i>p</i>	–	0,270	0,507	0,002	0,007

\*У 2011 році респондентам ставилося окреме запитання щодо використання презерватива під час останнього сексуального контакту в залежності від типу контакту.

На рівні міст опитування спостерігаються відмінності у використанні презервативів під час останнього сексуального контакту з постійним сексуальним партнером.

Частка респондентів, які повідомили, що використовували презервативів під час останнього сексуального контакту з постійним партнером є найбільшою у Чернівцях та Василькові, де 71,6% і 72,3% опитаних використовували презервативи.

Незахищену сексуальну поведінку часто практикували в Житомирі, де тільки 11,2% зазначили використання презерватива з партнером під час останнього сексуального контакту. До міст з високим рівнем практик незахищеної сексуальної поведінки в цьому випадку можна віднести Запоріжжя, де тільки 22,3% респондентів повідомили, що використовували презервативи (табл. 3.1.8).

Тих СІН, які не використовували презервативи під час останнього статевого контакту з постійним партнером, запитували, чому вони практикували незахищену сексуальну поведінку. Питання щодо причин невикористання презервативів ставилось респондентам у кожній хвилині проведення опитування серед СІН. Загалом структура відповідей про причини невикористання презервативів з постійним партнером є сталою в усіх хвилях дослідження. Основною причиною відмови від використання презерватива у випадку статевих контактів з постійним партнером було свідоме рішення про це (44% – 2011 року та 56,9% – 2013 року) (табл. 3.1.9). Другою за частотою згадування причиною невикористання презервативів є зниження чутливості, про що повідомили 31,1% респондентів. Третьою (17,8%) причиною невикористання презервативів з постійним партнером є те, що опитані «не думали про необхідність використання презерватива».

**Таблиця 3.1.8**

**Використання презервативу під час останнього сексуального контакту з постійним партнером залежно від міст опитування, %**

Місто	2013	Довірчий інтервал
Сімферополь	39,3	28,9–48,3
Вінниця	56,2	43,9–69,4
Луцьк	58,5	43,2–65,8
Дніпропетровськ	36,1	28,4 –54,6
Донецьк	54,4	37,6–62,8
Житомир	11,2	4,1–19,0
Ужгород	40,6	25,3–60,5
Запоріжжя	22,3	14,1–31,7
Івано-Франківськ	60,3	52,3–71,8
Біла Церква	49,1	39,2–60,4
Київ	59,9	54,2–69,0
Кіровоград	43,6	31,3–61,5
Луганськ	42,4	28,7–57,2
Львів	60,4	51,4–68,2
Миколаїв	53	37,8–64,8
Одеса	57,7	48,1–65,7
Полтава	41,9	34,7–65,2
Рівне	44,1	33,6–0,59
Суми	61,8	53,2–68,5
Тернопіль	34,6	26,3–48,2
Харків	35,4	25,6–46,5
Херсон	53,6	46–68,2
Хмельницький	38,3	25,7–55,7
Черкаси	47,7	36,5–56,6
Чернівці	71,6	63,1–79,7
Чернігів	26,6	8,4–48,4
Фастів	25,8	7,6–31,9
Васильків	72,3	58,7–86,8
Севастополь	29,1	18,4–36,8

Таблиця 3.1.9

Причини відмови від використання презерватива з постійним партнером під час останнього статевого контакту, динаміка, %  
(серед респондентів, у яких були сексуальні контакти з такими партнерами за останні 90 днів)

	2008/2009 (N=2353)	2011 (N=3726)	2013 (N=3269)
Не було презерватива/не було під рукою	13,0	6,8	8,3
Його використання знижує чуттєвість	35,4	40,5	31,1
Коштує занадто дорого	2,0	1,6	0,7
Партнер(ка) наполягав(ла) на тому, щоб не використовувати презерватив	11,1	5,9	5,4
Без презерватива дорожче	–	–	–
Не думав(ла), що це є необхідним	43,4	18,8	17,8
Не думав(ла) про це	13,3	–	–
Це було нашим свідомим рішенням	–	44,4	56,9
Був(ла) у стані алкогольного сп'яніння	1,4	1,4	1,4
Перебував під впливом наркотиків	4,1	2,1	1,3
Я став(ла) жертвою сексуального насилля	0,2	–	–
Інше	3,4	3,5	0,9
Важко відповісти	0,7	0,2	–

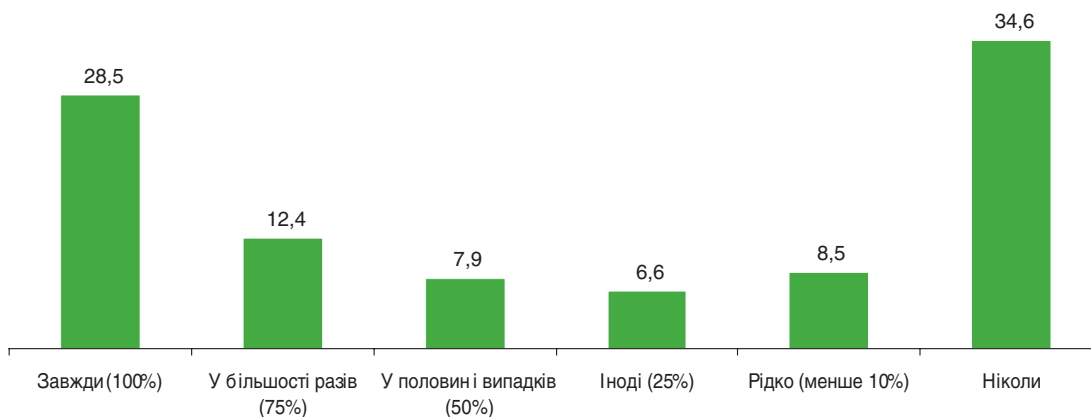


Рис. 3.1.6. Регулярність використання презервативів з постійним партнером за останні 90 днів, %  
(серед респондентів, у яких були такі партнери, N=6075)

Показник використання презервативів за останні три місяці дає змогу детальніше розглянути особливості сексуальної поведінки серед СІН.

Згадуючи про свою практику використання презервативів, тільки 28,5% респондентів повідомили, що «завжди» використовували цей засіб з постійним сексуальним партнером за останні три місяці.

Ключові відмінності показників використання презервативів з постійним партнером за останні три місяці спостерігаються за такими показниками, як вік, стать, охоплення профілактичними програмами та залучення СІН як клієнтів до громадських організацій (табл. 3.1.9).

Більш молоді СІН схильні до регулярного використання презервативів під час сексуальних контактів за останні три місяці. Більше половини респондентів у вікових групах від 14 до 19 років повідомили, що «завжди» (31,3%) або «здебільшого» (23,4%) використовували презервативи з постійними сексуальними партнерами. СІН віком від 35 років практикували менш захищену сексуальну поведінку. Серед цієї групи про те, що «завжди» використовують презервативи, повідомили 28,1%, а «здебільшого» – 9,1%.

Чоловіки дещо частіше від жінок використовували презервативи під час останнього сексуального контакту з постійним партнером. Наприклад, серед жінок та чоловіків повідомили, що завжди використовували презервативи, 29,4% та 26,2% відповідно.

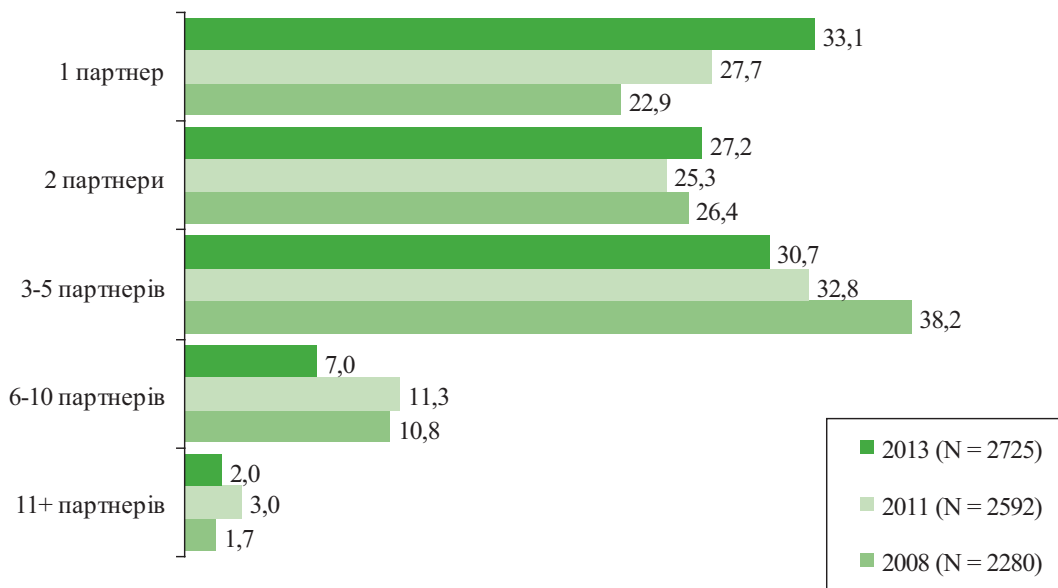
Ті, хто залучався до профілактичних програм та є клієнтом громадської організації, частіше використовували презервативи під час контакту з постійними партнерами.

За результатами останньої хвили опитування, серед СІН, які мали сексуальні стосунки з випадковими партнерами, третина опитаних (31,1%) мали одного партнера, 27,2% вступали в сексуальні відносини з двома партнерами, у 30,7% опитаних було від 3 до 5 партнерів, у 7% було від 6 до 10 партнерів, а 2% мали більше 11 сексуальних партнерів за останні 90 днів.

**Таблиця 3.1.10**

**Регулярність використання презервативів з постійним партнером за останні 90 днів, % (серед респондентів, у яких були такі партнери, N= 6075)**

Характеристика	Завжди (100%)	Здебільшого (75%)	У половині випадків (50%)	Іноді (25%)	Рідко (менше 10%)	Ніколи	Важко відповісти
<b>Серед усіх</b>	<b>28,5</b>	<b>12,4</b>	<b>7,9</b>	<b>6,6</b>	<b>8,5</b>	<b>34,6</b>	<b>1,5</b>
<b>За віком (p&lt;0,001)</b>							
14–19 років	31,3	23,4	9,4	6,3	6,3	22,7	0,8
20–24 роки	31,3	16,5	12,7	9,0	7,9	21,7	1,0
25–34 роки	28,1	13,7	8,8	6,1	9,4	32,6	1,4
35 років та більше	28,1	9,1	5,4	6,5	7,6	41,2	2,0
<b>За статтю (p&lt;0,001)</b>							
Чоловіки	29,4	13,0	8,0	5,8	8,3	34,0	1,6
Жінки	26,2	10,9	7,6	8,5	9,1	36,3	1,4
<b>Охоплені профілактичними програмами (p&lt;0,001)</b>							
Так	34,6	15,0	7,4	6,5	6,3	29,0	1,2
Ні	22,8	9,9	8,3	6,6	10,5	39,9	1,9
<b>Статус клієнта громадської організації (p&lt;0,001)</b>							
Так	35,1	13,8	6,8	6,0	7,1	30,1	1,1
Ні	24,6	11,5	8,5	6,8	9,3	37,4	1,8
<b>Стаж вживання наркотиків (p&lt;0,001)</b>							
До 3 років	22,8	14,8	8,6	7,2	8,2	35,9	2,5
3–5 років	24,4	15,7	12,6	7,8	11,7	27,3	0,5
6–10 років	28,6	14,4	9,7	7,1	9,4	29,9	1,0
11 років та більше	30,3	10,5	6,1	5,8	7,6	37,9	1,8



**Рис. 3.1.7. Кількість випадкових сексуальних партнерів СІН, динаміка 2008/2009–2013 роки**

Згідно з результатами досліджень по кожній з хвиль біоповедінкових досліджень серед СІН, наявна тенденція зменшення частки осіб, що мають двох або більше випадкових партнерів, та збільшення частки тих, хто вступав у випадкові сексуальні відносини тільки з одним сексуальним партнером (рис. 3.1.7).

Про використання презерватива під час останнього сексуального контакту з випадковим партнером повідомили 74,3% опитаних СІН.

Істотні відмінності в показниках використання презервативів спостерігаються за такими характеристиками СІН, як приналежність до певної вікової або статевий групи, рівнем охоплення профілактичними заходами та статусом клієнта громадської організації.

Найбільша частка тих, хто практикує незахищену сексуальну поведінку з випадковими партнерами, наявна серед наймолодшої вікової групи (до 19 років): лише 63% опитаних цієї групи повідомили про використання презерватива у такій ситуації. Значно більша частина опитаних (82,1%) у віці від 20 до 24 років відповіла про використання презервативів з випадковими партнерами.

Дані опитування свідчать, що 2013 року жінки, у порівнянні з чоловіками, частіше повідомляли про використання презервативів під час останнього сексуального контакту з випадковими партнерами (81,1% проти 73,1%).

Серед залучених до профілактичних програм спостерігається більший відсоток тих, хто використовував презервативи під час сексуальних контактів з випадковими партнерами, ніж серед не залучених: 83,6% проти 67,4%. Аналогічно серед опитаних, які є клієнтами громадських організацій цей показник становить 82,0% проти 70,3% тих, хто не є їх клієнтами (табл. 3.1.11).

Серед причин нерегулярного використання презервативів з випадковими партнерами опитані СІН зазначили відсутність цього засобу під рукою та зниження чутливості при його застосуванні відповідно 43% та 27,2% опитаних. Алкогольне сп'яніння є третьою за частотою згадування причиною невикористання презервативів з випадковими партнерами (16,0%) (табл. 3.1.12).



Таблиця 3.1.11

Питома вага СІН, що використовували презерватив під час останнього статевого контакту з випадковим партнером, динаміка за 2008/2009–2013 роки

Соціально-демографічні характеристики	2008/2009 (N=2274)	2011*(за типом статевого контакту)			2013 (N=2915)
		оральний (N=1143)	вагінальний (N=2557)	анальний (N=332)	
Серед усіх	70,0	48,3	77,1	73,5	74,3
<b>За віком</b>					
14–19 років	68,4	40,0	75,0	76,5	63,0
20–24 роки	75,5	34,2	79,2	81,7	82,1
25–34 роки	71,1	53,6	79,2	70,9	76,3
35 років та більше	62,7	50,0	74,4	70,9	68,1
<i>p</i>	<0,001	<0,001	0,078	0,340	<0,001
<b>За статтю</b>					
Чоловіки	70,2	48,3	77,0	70,6	73,1
Жінки	68,8	47,7	81,8	90,7	81,1
<i>p</i>	0,582	0,890	0,044	0,005	<0,001
<b>Охоплені профілактичними програмами</b>					
Так	—*	55,5	86,5	84,0	83,6
Ні	—*	41,5	70,7	60,1	67,4
<i>p</i>	—*	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
<b>Статус клієнта громадської організації</b>					
Так	—*	51,1	84,6	78,5	82,0
Ні	—*	46,6	74,5	70,6	70,3
<i>p</i>	—*	0,164	<0,001	0,130	<0,001
<b>Стаж вживання наркотиків</b>					
До 3 років	—*	48,8	76,3	86,5	70,2
3–5 років	—*	40,6	76,1	66,7	73,5
6–10 років	—*	44,3	76,8	73,6	74,8
11 років та більше	—*	53,0	79,0	72,9	75,3
<i>p</i>	—*	0,016	0,517	0,198	0,338

\*В 2011 році респондентам ставилося окремі запитання щодо використання презервативу під час останнього сексуального контакту в залежності від типу контакту

Відповідаючи на запитання про регулярність використання презервативів з випадковими партнерами, 56% загалу опитаних СІН зазначили, що завжди використовували презервативи протягом останніх трьох місяців. Після нагадування, серед тих, хто відповів, що «завжди» використовував презерватив, підтвердили його використання 97,7% опитаних респондентів.

Регулярність використання презервативів з випадковими партнерами за останні 90 днів відрізняється за віком і статтю опитаних, (табл. 3.1.13). У порівнянні зі всіма віковими групами, СІН у віці від 20 до 34 років демонструють найвищий рівень захищеної сексуальної поведінки з випадковим сексуальним партнером. Так, наприклад, відповідь, що «завжди» користувалися презервативом із випадковими партнерами, 59,6% респондентів віком 20–24 роки та 57,4% опитаних у віковій групі від 25 до 34 років, тоді як у групі до 19 років таких 40,6%.



Таблиця 3.1.12

Причини відмови від використання презерватива з випадковим партнером під час останнього статевого контакту, динаміка, % (серед респондентів, у яких були сексуальні контакти з такими партнерами за останні 90 днів)

	2008 (N=733)	2011 (N=917)	2013 (N=748)
Не було презерватива/не було під рукою	46,2	24,0	43,0
Його використання знижує чуттєвість	33,4	33,9	27,2
Коштує занадто дорого	6,6	4,0	1,0
Партнер(ка) наполягав(ла) на тому, щоб не використовувати презерватив	4,7	6,2	4,0
Без презерватива дорожче	–	–	–
Я не думав(ла), що це є необхідним	20,5	17,3	11,8
Якось не думав(ла) про це	8,4	12,1	
Це було нашим свідомим рішенням	–	–	12,0
Був(ла) у стані алкогольного сп'яніння	6,2	6,2	16,0
Перебував під впливом наркотиків	12,4	9,6	10,8
Я став(ла) жертвою сексуального насилля	0,5	0,2	–
Інше	3,4	1,9	0,8
Важко відповісти	0,7	0,0	1,2

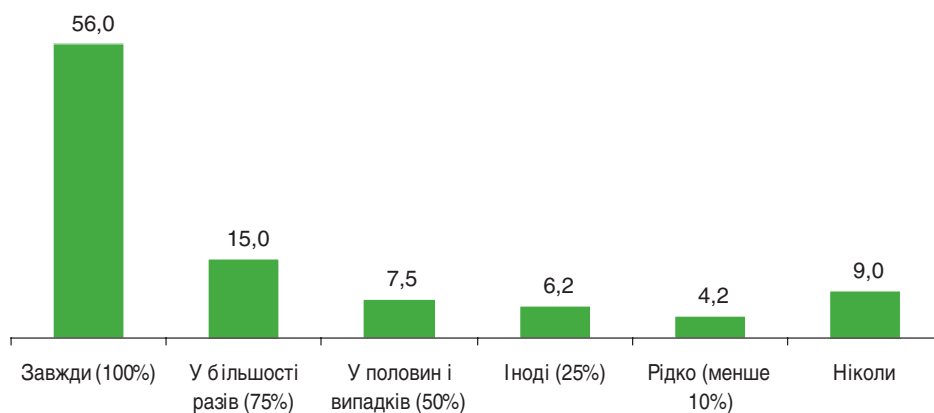


Рис. 3.1.8. Регулярність використання презервативів з випадковим партнером за останні 90 днів, % (серед респондентів, у яких були такі партнери, N=2952)

Жінки за цей період частіше використовували презервативи під час сексуальних контактів з випадковими партнерами. Серед чоловіків тих, хто «завжди» використовували презерватив під час сексуальних контактів з випадковими партнерами, 55,4%, а серед жінок – 59,9%. Водночас серед чоловіків «ніколи» не використовували презерватив 9,7% опитаних, а серед жінок-СІН – 5,4%.

Знову ж таки, ті, хто залучався до профілактичних програм або має статус клієнта громадської організації, частіше використовували презерватив під час контакту з випадковими партнерами. Серед тих, хто повідомив, що використовував презервативи, – 67,3% респондентів, які охоплені профілактичними програмами, та стільки ж серед тих, хто є клієнтом громадських організацій (табл. 3.1.14).

Загалом серед респондентів, які платили винагороду сексуальним партнерам за надання сексуальних послуг, більше третини (38,4%) вступали в сексуальні стосунки з одним партнером. 35,5% практикували комерційний секс з двома партнерами, 23,1% опитаних повідомили, що кількість сексуальних партнерів коливалась від 3 до 5, а 3,1% СІН купували сексуальні послуги у більше ніж 6 різних сексуальних партнерів за останні 90 днів.

За результатами досліджень усіх хвиль, можна помітити поступове збільшення частки СІН, що платили за сексуальні послуги лише одному партнеру за останні три місяці.

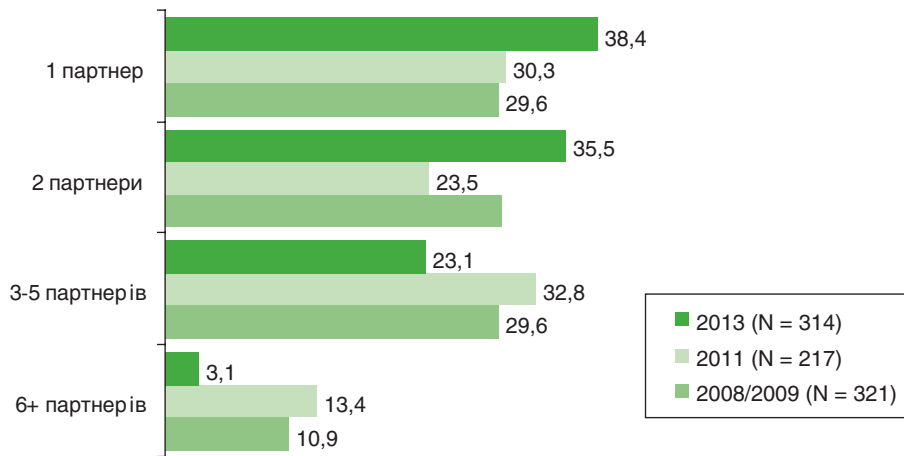
У випадку продажу сексуальних послуг з боку СІН майже половина опитаних респондентів, що залучались до комерційного сексу за останні три місяці, мали 6 або більше сексуальних партнерів. У п'ятій частини опитаних кількість партнерів коливалась від 3 до 5, а третина респондентів мали по одному партнеру від яких отримували винагороду за сексуальні послуги (рис. 3.1.10).

Слід відмітити, що під час сексуальних контактів з комерційними сексуальними партнерами більшість респондентів зазначили, що використовували презервативи. Згідно з даними останньої хвилі біоповедінкового дослідження, 76% опитаних, які платили за сексуальні послуги, повідомили про використання презервативів (рис. 3.1.11.).

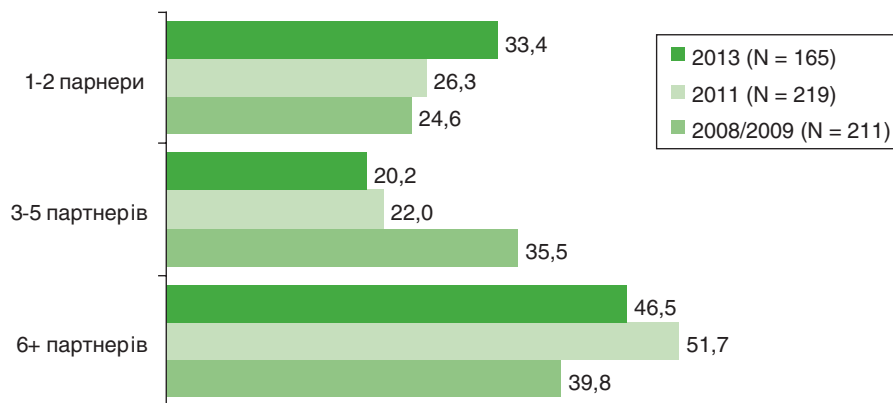
**Таблиця 3.1.13**

**Регулярність використання презервативів з випадковим партнером за останні 90 днів, % (серед респондентів, в яких були такі партнери, N=2883)**

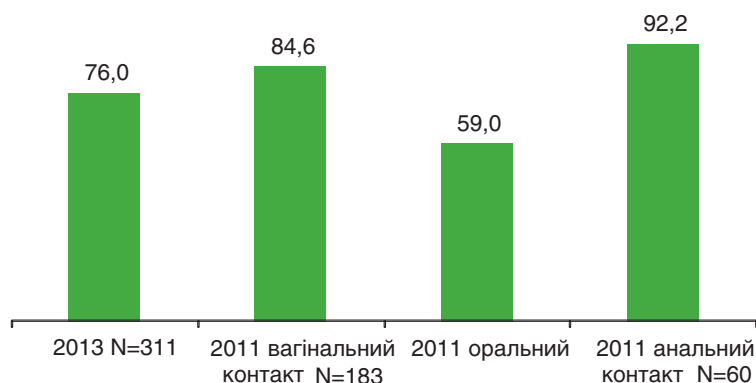
Характеристика	Завжди (100%)	Здебільшого (75%)	У половині випадків (50%)	Іноді (25%)	Рідко (менше 10%)	Ніколи	Важко відповісти
<b>Серед усіх</b>	<b>56,0</b>	<b>15,0</b>	<b>7,5</b>	<b>6,3</b>	<b>4,1</b>	<b>9,0</b>	<b>2,0</b>
<b>За віком (p&lt;0,001)</b>							
14–19 років	40,6	21,1	14,8	7,8	8,6	6,3	0,8
20–24 роки	59,6	18,9	6,1	6,5	2,8	4,5	1,6
25–34 роки	57,4	15,4	8,3	5,2	3,5	8,3	1,9
35 років та більше	54,2	11,0	6,1	7,5	5,3	13,3	2,6
<b>За статтю (p=0,001)</b>							
Чоловіки	55,4	14,2	7,7	6,8	4,3	9,7	1,9
Жінки	59,9	19,2	6,4	3,2	3,2	5,4	2,7
<b>Охоплені профілактичними програмами (p&lt;0,001)</b>							
Так	67,3	12,7	5,8	3,1	2,3	7,4	1,4
Ні	47,9	16,6	8,7	8,5	5,5	10,3	2,5
<b>Статус клієнта громадської організації (p&lt;0,001)</b>							
Так	67,3	13,4	4,9	2,4	1,5	9,1	1,4
Ні	50,5	15,7	8,9	8,1	5,4	9,1	2,3
<b>Стаж вживання наркотиків (p&lt;0,001)</b>							
До 3 років	43,4	20,5	12,2	10,4	5,2	6,6	1,7
3–5 років	52,7	19,0	12,1	6,3	2,9	5,4	1,7
6–10 років	56,3	16,2	5,8	7,6	5,0	8,4	0,6
11 років та більше	60,2	11,5	5,7	4,5	4,0	11,4	2,8



**Рис. 3.1.9. Кількість комерційних сексуальних партнерів у СІН, які купували сексуальні послуги, динаміка за 2008/2009–2013 роки**



**Рис. 3.1.10. Кількість комерційних сексуальних партнерів у тих СІН, які надавали сексуальні послуги за винагороду, динаміка за 2008/2009–2013 роки**



**Рис. 3.1.11. Питома вага СІН, що використовували презервативи під час останнього статевого контакту з комерційними партнерами, яким респондент давав винагороду за секс, динаміка за 2011–2013 роки, %, осіб (серед респондентів, у яких були сексуальні контакти за останні 30 днів)**

79,4% респондентів серед тих, хто отримував винагороду за надання сексуальних послуг, повідомили про використання презервативів (рис. 3.1.12.).



**Рис. 3.1.12.** Питома вага СІН, що використовували презервативи під час останнього статевого контакту з комерційними партнерами, які давали респонденту винагороду за секс, динаміка %, осіб (серед респондентів, у яких були сексуальні контакти за останні 30 днів)

Серед основних причин нерегулярності використання презервативів серед тих, хто платив партнеру за сексуальні послуги, – зниження чутливості, а як друга причина зазначена відсутність презервативу під рукою.

**Таблиця 3.1.14**

**Причини відмови від використання презерватива з комерційним партнером (купівля сексу), динаміка % (серед респондентів, у яких були сексуальні контакти з такими партнерами за останні 90 днів)<sup>10</sup>**

	2011 (N=62)	2013 (N=64)
Не було презерватива/не було під рукою	13 (8)	14,7 (13)
Його використання знижує чуттєвість	48 (29)	49,7 (32)
Коштує занадто дорого	0	–
Партнер(ка) наполягав(ла) на тому, щоб не використовувати презерватив	3 (2)	5,0 (3)
Без презерватива дорожче	–	–
Я не думав(ла), що це є необхідним	19 (12)	16,0 (6)
Якось не думав(ла) про це	11 (7)	
Це було нашим свідомим рішенням	–	14,7 (5)
Був(ла) у стані алкогольного сп'яніння	18 (11)	3,2 (4)
Перебував під впливом наркотиків	13 (8)	8,3 (10)
Я став(ла) жертвою сексуального насилля	0	–
Інше	0	–
Важко відповісти	2 (1)	–

Серед тих, хто продавав сексуальні послуги, головною причиною незахищеного сексуального контакту стало бажання партнера не використовувати презерватив.

62,9% опитаних СІН, які давали винагороду за сексуальні послуги, відповіли, що завжди використовували презерватив (табл. 3.1.16).

<sup>10</sup> \* Зважаючи на малі вибірки СІН, що мали комерційних партнерів, у яких купували сексуальні послуги, а також СІН, що надавали сексуальні послуги за винагороду (кожна група – менше 100 осіб), розподіл причин відмов від презерватива надано у відсотках та абсолютних числах. Абсолютні числа позначено в дужках.

\*\* «—» означає, що цієї причини не було серед варіантів відповіді на запитання.

**Таблиця 3.1.15**

**Причини відмови від використання презерватива з комерційним партнером (продаж сексу), динаміка, % (серед респондентів, у яких були сексуальні контакти з такими партнерами за останні 90 днів)<sup>11</sup>**

	2011 (N=75)	2013 (N=39)
Не було презерватива/не було під рукою	6 (4)	14,5 (6)
Його використання знижує чуттєвість	13 (9)	17,0 (8)
Коштує занадто дорого	2 (1)	1,9 (1)
Партнер(ка) наполягав(ла) на тому, щоб не використувати презерватив	36 (27)	51,9 (19)
Без презерватива дорожче	20 (15)	–
Я не думав(ла), що це є необхідним	7 (5)	27,8 (10)
Якось не думав(ла) про це	4 (3)	–
Це було нашим свідомим рішенням	–	4,5 (2)
Був(ла) у стані алкогольного сп'яніння	3 (2)	12,1 (4)
Перебував під впливом наркотиків	9 (6)	–
Я став(ла) жертвою сексуального насилля	0	–
Інше	0	–
Важко відповісти	3 (2)	–

Відповідаючи на уточнююче запитання про можливість невикористання презерватива з партнерами, яким давали винагороду за надання сексуальних послуг протягом останніх трьох місяців (90 днів), 97,8% відповіли, що використовували презервативи кожного разу. Серед тих, хто надавав послуги за винагороду, 61,9% зазначили, що «завжди» використовували презерватив під час комерційних сексуальних контактів. Відповідаючи на уточнююче запитання про випадки невикористання презервативів з партнерами протягом останніх трьох місяців (90 днів), 93,2% відповіли, що використовували презерватив кожного разу.

**Таблиця 3.1.16**

**Регулярність використання презервативів з комерційними партнерами за останні 90 днів, % (серед респондентів, які мали таких партнерів)**

	З комерційним партнером (купівля сексуальних послуг) (N=217)	З комерційним партнером (продаж сексуальних послуг) (N=192)
Завжди (100%)	62,9	61,9
У більшості разів (75%)	6,7	17,8
У половині випадків (50%)	6,8	6,8
Іноді (25%)	4,5	2,7
Рідко (менше 10%)	1,6	3,2
Ніколи	14,8	2,6
Важко відповісти	2,6	4,9

<sup>11</sup> \* Зважаючи на малі вибірки СІН, що мали комерційних партнерів, у яких купували сексуальні послуги, а також СІН, що надавали сексуальні послуги за винагороду (кожна група – менше 100 осіб), розподіл причин відмов від презерватива надано у відсотках та абсолютних числах. Абсолютні числа позначено в дужках.

\*\* «-» означає, що цієї причини не було серед варіантів відповіді на запитання.

## 3.2. ГРУПОВИЙ СЕКС: НАЯВНІСТЬ ДОСВІДУ, ВИКОРИСТАННЯ ПРЕЗЕРВАТИВІВ

Про досвід групового сексу повідомили 2,7% (276 осіб) серед усіх опитаних, які вступали в сексуальні контакти за останні 12 місяців (табл. 3.2.1). Найбільша частка тих, хто має такий досвід, спостерігається у віковій групі до 19 років. Зі збільшенням віку зменшується частка тих, хто має досвід такого типу сексу. Різниця між відсотками є статистично значущою.

**Таблиця 3.2.1**

**Наявність досвіду групового сексу, % (серед усіх респондентів, які вступали в сексуальні контакти за останні 12 місяців, N=8152)**

Серед усіх	2,7
<b>За віком (p&lt;0,001)</b>	
14–19 років	8,0
20–24 роки	4,0
25–34 роки	2,7
35 років та більше	2,0
<b>За статтю (p=0,059)</b>	
Чоловіки	2,5
Жінки	3,4

Серед тих, хто практикував груповий секс, 49,1% відповіли, що використовували нові презервативи при зміні кожного сексуального партнера.

Респонденти віком до 19 років частіше практикували незахищений груповий секс, серед них лише 23,5% повідомили про використання нових презервативів при зміні сексуальних партнерів під час групового сексу (табл. 3.2.2).

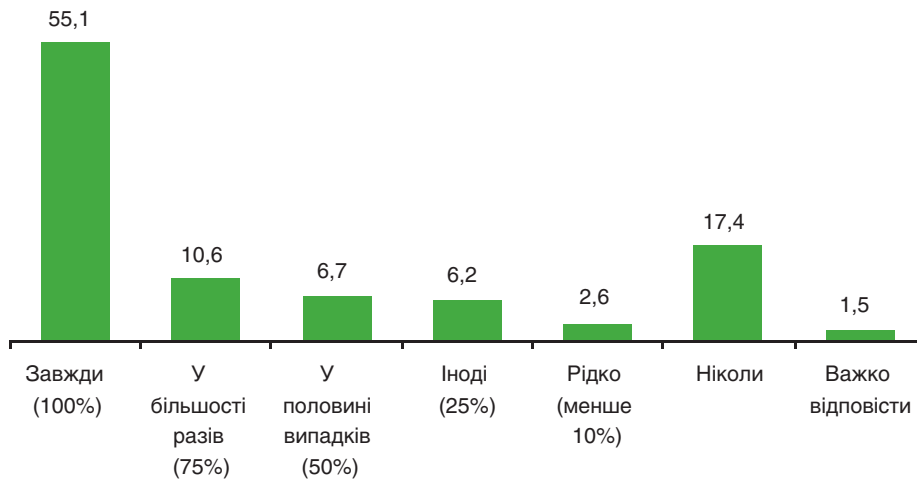
**Таблиця 3.2.2**

**Чи контролюєте Ви використання нового презервативу при зміні кожного сексуального партнера під час групового сексу, % (серед респондентів, які мають досвід групового сексу, N=276)**

Серед усіх	49,1
<b>За віком (p=0,041)</b>	
14–19 років	23,5
20–24 роки	48,7
25–34 роки	57,1
35 років та більше	42,4
<b>За статтю (p=0,979)</b>	
Чоловіки	49,0
Жінки	49,2
<b>Охоплені профілактичними програмами (p=0,179)</b>	
Так	53,7
Ні	44,6
<b>Мають статус клієнта громадської організації (p&lt;0,001)</b>	
Так	65,4
Ні	39,7

Слід відмітити, що серед тих, хто має статус клієнта громадської організації, більше частка тих, хто практикував захищений секс.

Більше половини (55,1%) серед тих, хто практикував груповий секс, повідомили, що завжди використовували презерватив. З них 92,7% (149 осіб) повідомили, що використовували презерватив під час групового сексу кожного разу із кожним партнером (рис. 3.2.1)



**Рис. 3.2.1. Регулярність використання презервативів під час групового сексу, % (серед респондентів, у яких були такі партнери, N=276)**

Близько 0,5% (48 осіб) чоловіків–СІН мали статеві контакти з особами чоловічої статі протягом останнього року. Наявність досвіду гомосексуальних контактів, головним чином, має відмінності на рівні окремих міст.

Варто зазначити, що мала наповненість цієї підгрупи робить неможливим детальний аналіз її сексуальної поведінки (структури партнерів, інтенсивності статевого життя тощо), зокрема за соціально-демографічними характеристиками.

Найбільша кількість респондентів, що зазначили наявність досвіду гомосексуальних контактів, проживає у Сімферополі та Севастополі.

СІН-ЧСЧ головним чином зосереджені у групах віком понад 25 років. Частка осіб серед вікових груп є такою: у віковій групі від 14 до 19 – 3 особи; від 20 до 24 років – 10 осіб, 25–34 – 18 осіб та від 35 років – 17 осіб.

## ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Дані біоповедінкового дослідження 2013 року свідчать, що зберігається тенденція раннього початку статевого життя серед СІН. Моногамний спосіб сексуального життя серед СІН залишається сталим: СІН зазвичай схильні мати тільки одного постійного партнера, з яким у більшості випадків не використовують презервативи.

Як і за результатами попередніх досліджень<sup>12</sup>, спостерігаються відмінності у практиці використання презервативів. Так, наприклад, тип сексуального партнера мотивує до використання презервативів: партнерами більшість респондентів зазначили, що під час сексуальних контактів з випадковими або комерційними сексуальними практикували захищений секс.

<sup>12</sup> Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління : аналіз звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року / Балакірева О.М., Бондар Т.В., Середа Ю.В., Сазонова Я.О. – К. : МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні", 2012.

Помітна тенденція регулярності використання презервативів під час сексуальних контактів та наявності статусу клієнта громадської організації або залученістю до профілактичних програм.

## РЕЗЮМЕ

- 86,2% опитаних уперше вступили в статевий зв'язок до досягнення повноліття, у середньому в 16 років.
- Переважна більшість опитаних мають тільки одного постійного партнера та не схильні до полігамних стосунків.
- СІН менше використовують презерватив під час сексуальних контактів з постійними партнерами у порівнянні з випадковими та комерційними партнерами.
- Практики групового сексу більш поширені серед молодих осіб віком до 19 років. Серед тих, хто має досвід групового сексу, біля половини підтвердили використання презервативів (49,1%).



# РОЗДІЛ 4. КОРИСТУВАННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИМИ ПОСЛУГАМИ І РІВЕНЬ ЗНАНЬ ЩОДО ВІЛ

Розділ присвячено аналізу рівня охоплення різних груп СІН послугами з профілактики інфікування ВІЛ, визначенню частки тих, хто є клієнтами громадських організацій, а також оцінці коректних знань щодо шляхів передачі ВІЛ-інфекції та засобів індивідуального захисту.

## 4.1. КОРИСТУВАННЯ ПОСЛУГАМИ ГО ТА ОХОПЛЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИМИ ПРОГРАМАМИ

Із числа опитаних у цьому дослідженні 35,7% є клієнтами громадських організацій, що працюють з СІН (табл. 4.1.1). Відсоток клієнтів громадських організацій дещо збільшився у порівнянні з 2011 роком (29,3%). Частина клієнтів ГО приблизно в однаковій пропорції зросла і серед чоловіків, і серед жінок. Аналіз за віком демонструє, що в середовищі опитаних СІН відбулось зростання частки клієнтів ГО в старших вікових групах. Це може як відображати реальну картину, так і говорити про більше небажання молодших СІН контактувати з інтерв'юерами в ході дослідження.

**Таблиця 4.1.1**  
**Питома вага СІН – клієнтів ГО серед різних груп, % (ствердні відповіді)**

	2011	2013
Серед всіх	29,3	35,7
<b>За віком</b>		
14–19 років	15,0	14,0
20–24 роки	21,7	27,6
25–34 роки	33,4	38,5
35 років та старші	28,6	36,0
<i>p</i>	<0,001	<0,001
<b>За статтю</b>		
Чоловіча	28,1	33,8
Жіноча	32,8	41,6
<i>p</i>	<0,001	<0,001

Згідно з результатами дослідження, найбільш високі частки клієнтів громадських організацій серед опитаних СІН спостерігаються в Чернівцях (96,4%), Чернігові (68,3%), Одесі (64,3%), Сімферополі (63,8%), Василькові (62,0%), Києві (56,4%), Луцьку (51,1% (табл.4.1.2)). Порівняно з 2011 роком, більше клієнтів громадських організацій серед СІН виявилось, зокрема, в містах Дніпропетровськ, Рівне, Львів, Харків, Одеса. Серед міст, де клієнтів ГО стало менше, можна назвати, в першу чергу, Житомир, Запоріжжя, Черкаси, Кіровоград, Херсон, Суми та Луцьк.

Низьке охоплення СІН громадськими організаціями також у містах: Кіровоград (6,0%), Ужгород (8,5%), Луганськ (10,7%), Запоріжжя (10,9%), Житомир (12,3%), Вінниця (13,2%), Львів (16,9%), Херсон (18,7%), Миколаїв (19,6%).

**Таблиця 4.1.2**

**Розподіл СІН за статусом клієнта громадської організації у містах опитування, %**

Місто	2011 рік		2013 рік	
	%	Довірчі інтервали	%	Довірчі інтервали
Сімферополь	45,8	38,3–52,2	63,8	57,2–68,7
Вінниця	8,0	5,2–12,2	13,2	7,9–17,9
Луцьк	65,3	60,0–71,3	51,1	44,3–56,3
Дніпропетровськ	4,7	2,2–7,4	30,9	22,7–35,4
Донецьк	27,1	22,6–31,9	31,0	23,5–37,2
Житомир	34,9	29,1–40,9	12,3	4,5–12,6
Ужгород	5,3	2,4–9,0	8,5	2,7–12,4
Запоріжжя	30,5	22,0–38,6	10,9	4,1–13,7
Івано-Франківськ	34,8	28,6–41,9	44,3	37,2–52,2
Біла Церква	30,3	20,9–39,3	43,3	33,3–51,7
Київ	29,9	22,7–37,3	56,4	50,1–61,6
Кіровоград	12,8	9,3–16,6	6,0	2,9–10,0
Луганськ	11,0	5,1–17,5	10,7	6,2–14,5
Львів	4,4	1,7–7,0	16,9	7,6–19,6
Миколаїв	17,9	14,0–21,9	19,6	11,8–22,7
Одеса	18,6	14,4–23,2	64,3	58,2–69,3
Полтава	25,9	20,5–31,4	46,7	37,2–54,3
Рівне	5,3	3,2–7,5	28,0	18,6–33,4
Суми	69,9	63,2–75,9	46,3	40,0–52,6
Тернопіль	28,9	20,2–37,9	28,0	20,7–35,9
Харків	6,9	4,6–9,7	24,3	18,1–31,8
Херсон	33,3	27,4–38,4	18,7	13,2–24,3
Хмельницький	18,9	13,8–24,2	38,3	28,8–45,0
Черкаси	72,4	66,6–75,7	26,6	19,5–31,5
Чернівці	62,1	44,9–71,4	96,4	94,3–98,5
Чернігів	26,3	21,0–31,8	68,3	58,3–73,1
Фастів *	—*	—*	20,0	11,6–27,3
Васильків *	—*	—*	62,0	51,8–71,7
Севастополь *	—*	—*	38,9	32,0–46,2

\*Дослідження в даному місті опитування у відповідний рік не проводилося.

Питома вага ВІЛ-позитивних серед клієнтів громадських організацій є вищою в порівнянні з тими, хто такими послугами не користується (25,7% проти 13,6%). У порівнянні з 2011 роком якихось суттєвих зсувів у цьому питанні не відбулося. Вищий рівень ВІЛ-інфікування серед клієнтів профілактичних програм пов'язаний з декількома факторами:

- клієнтами програм СІН стають уже після того, як дізнаються про свій ВІЛ-позитивний статус;
- ВІЛ-інфекція більш поширена серед СІН з великим стажем вживання наркотичних речовин: допомога цим клієнтам більш доступна для профілактичних програм.

Менше половини СІН (44,6%) охоплені різноманітними профілактичними програмами. Це незначне покращення у порівнянні з 2011 роком (41,8%). Відсоток СІН, охоплених профілактичними програмами, збільшується разом із віком. Найнижчий відсоток охоплених програмами – серед підлітків (24,3%) та молодих людей у віці 20–24 роки (36,5%). Найвищий – серед СІН у віці 25–34 роки (48,5%). Дещо вищим є рівень охоплення програмами профілактики СІН-жінок (49,8% – майже половина) порівняно із СІН-чоловіками (42,9%) (табл. 4.1.3).

Рівень охоплення профілактичними програмами позитивно пов'язаний зі стажем: якщо серед СІН зі стажем менше двох років охоплений тільки кожен п'ятий (20,2%), то серед тих, чий стаж нараховує більше 11 років, – понад половину (50,9%).

У розрізі міст опитування найвищі відсотки охоплення профілактичними програмами були зафіксовані в Чернівцях (94,8%), Києві (74,6%), Івано–Франківську (66,7%), Чернігові (66,0%) та Сімферополі (65,8%) (табл. 4.1.4).

Найнижчі відсотки охоплення профілактикою були характерні для Запоріжжя (12,9%), Житомира (17,7%), Ужгорода (18,5%), Львова (21,1%) та Фастова (21,3%). До міст, в яких охоплення профілактикою найбільше покращилося, входять Харків, Рівне, Дніпропетровськ, Чернігів, Львів, Київ та Одеса. Найбільше охоплення профілактичними програмами знизилося в Запоріжжі, Черкасах, Луганську, Миколаєві, Сумах.

**Таблиця 4.1.3**

**Питома вага СІН, охоплених профілактичними програмами, серед різних груп, %<sup>13</sup>**

<b>Серед всіх</b>	<b>44,6</b>
<b>За віком (p&lt;0,001)</b>	
14–19 років	24,3
20–24 роки	36,5
25–34 роки	48,5
35 років та старші	43,7
<b>За статтю (p&lt;0,001)</b>	
Чоловіча	42,9
Жіноча	49,8
<b>За стажем вживання наркотиків (p&lt;0,001)</b>	
До 2–х років включно	20,2
3–5 років	32,1
6–10 років	43,5
11 років та більше	50,9

<sup>13</sup> Показник розрахований за системою Національних показників – «Відсоток СІН, які охоплення профілактичними послугами» ( Див. методичні рекомендації з проведення досліджень для моніторингу відповіді країни на епідемію ВІЛ-інфекції / [Балакірева О.М., Варбан М.Ю., Довбах Г.В. та ін.] ; МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». – К., 2008. – 96 с.).

Таблиця 4.1.4

Питома вага СІН, охоплених профілактичними програмами за містами дослідження, відсоток та довірчі інтервали<sup>14</sup>

Міста	2011 рік		2013 рік	
	%	Довірчі інтервали	%	Довірчі інтервали
Сімферополь	84,5	81,2–88,1	65,8	59,4–70,6
Вінниця	58,8	53,6–64,3	45,6	37,6–53,7
Луцьк	63,5	57,7–69,4	48,6	41,8–53,8
Дніпропетровськ	16,5	12,4–21,2	41,3	32–45,2
Донецьк	36,3	31,9–42,3	46,8	38–54,5
Житомир	26,3	19,7–32,4	17,7	8,7–19,8
Ужгород	11,6	7,3–16,7	18,5	7,5–23,7
Запоріжжя	26,6	18,8–35,0	12,9	6,8–17,4
Івано-Франківськ	66,1	57,4–76,4	66,7	55,7–70,6
Біла Церква	29,4	20,1–38,8	49,3	39,3–57,4
Київ	32,5	26,7–39,0	74,6	69,4–79,6
Кіровоград	24,0	18,6–30,8	36,4	26,4–46,8
Луганськ	62,3	53,2–70,8	36,0	26,7–45,9
Львів	8,7	4,3–12,7	21,1	8,4–21,2
Миколаїв	43,1	38,1–48,4	27,4	20,0–32,1
Одеса	26,4	22,1–31,2	58,5	52,2–63,6
Полтава	44,8	38,3–51,0	46,3	37,9–54,6
Рівне	10,8	7,6–14,1	31,3	21,9–38,4
Суми	69,9	63,4–75,9	45,7	39,9–51,9
Тернопіль	38,9	30,4–49,0	48,8	39–57,5
Харків	16,0	11,8–20,9	47,4	39–54,9
Херсон	38,4	32,8–43,1	30,0	21,5–36,6
Хмельницький	42,0	35,9–48,0	40,7	31–46,7
Черкаси	86,6	82,6–90,3	44,9	34,9–49,9
Чернівці	67,5	53,6–74,1	94,8	91,8–97,3
Чернігів	26,4	21,0–32,0	66,0	54,3–70,0
Фастів *	—*	—*	21,3	12,4–30,3
Васильків *	—*	—*	58,7	48,9–68,4
Севастополь *	—*	—*	37,7	31,1–45,1

\*Дослідження в даному місті опитування у відповідний рік не проводилося.

Серед охоплених профілактичними програмами СІН вища питома вага осіб з ВІЛ-позитивним статусом (23,1%). Така ситуація суттєво не змінилась у порівнянні з 2011 роком. Охоплення профілактичними послугами не тільки ВІЛ-негативних, а і ВІЛ-позитивних СІН є одним із стратегічних завдань для забезпечення попередження не лише ВІЛ-інфікування, але і для подальшого поширення ВІЛ-інфекції в популяції СІН.

<sup>14</sup> Показник розрахований за системою Національних показників – «Відсоток СІН, які охоплення профілактичними послугами» ( див. : Методичні рекомендації з проведення досліджень для моніторингу відповіді країни на епідемію ВІЛ-інфекції / [Балакірева О.М., Варбан М.Ю., Довбах Г.В. та ін.] ; МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». – К., 2008. – 96 с.).

Таблиця 4.1.5

Розподіл охоплених профілактичними програмами СІН залежно від ВІЛ-статусу, %

Результат тесту на ВІЛ	2011		2013	
	Так	Ні	Так	Ні
Позитивний	27,2	17,5	23,1	14,1
Негативний	72,8	82,5	76,9	85,9

Дещо менше половини опитаних (47,2%) СІН відповіли, що протягом останніх 12 місяців отримували безкоштовні презервативи. Цей показник майже не змінився з 2011 року. Натомість серед СІН, які є клієнтами громадських організацій, протягом останніх шести місяців безкоштовні презервативи отримували 91,4% (у 2011 році – 90,3%). Рівень охоплення безкоштовними презервативами зростає з віком СІН – як усіх серед клієнтів, так і не клієнтів громадських організацій. У порівнянні з 2011 роком загальний відсоток охоплення СІН безкоштовними презервативами майже не змінився, за винятком зниження цього показника для групи підлітків (для всіх СІН у 2011 році охоплення становило 35,1%, у 2013-му – 28,5%; для клієнтів ГО – відповідно 97,3% та 87,9%). Схоже, не існує суттєвих відмінностей в отриманні безкоштовних презервативів з точки зору статі СІН. Отримання безкоштовних презервативів позитивно пов'язано зі стажем вживання наркотиків: серед СІН зі стажем більше 11 років безкоштовні презервативи протягом останніх 12 місяців отримувало вдвічі більше осіб, аніж СІН зі стажем менше двох років (52,9% проти 24,6% відповідно). Такий же позитивний зв'язок спостерігається і для СІН – клієнтів громадських організацій, однак відсоток охоплення вищий (від 81,9% до 90,6%), а відмінність між групами з різним стажем менша (табл. 4.1.6).

Таблиця 4.1.6

Питома вага СІН, що безкоштовно отримували презервативи, %

Соціально-демографічні характеристики	2011 рік		2013 рік	
	(1) Серед клієнтів громадських організацій за останні 6 місяців (N=2661)	(2) Серед загалу СІН, за останні 12 місяців (N=9069)	(1) Серед клієнтів громадських організацій за останні 6 місяців (N=3391)	(2) Серед загалу СІН, за останні 12 місяців (N=9502)
Серед усіх	90,3	46,6	91,4	47,2
<b>За віком</b>				
14–19 років	97,3	35,1	87,9	28,5
20–24 роки	90,9	41,7	94,1	40,0
25–34 роки	89,0	49,6	93,5	51,3
35 років та більше	91,6	46,0	88,7	45,8
<i>p</i>	0,028	<0,001	<0,001	<0,001
<b>За статтю</b>				
Чоловіки	90,6	45,0	91,5	45,8
Жінки	89,8	51,0	91,1	51,7
<i>p</i>	0,147	<0,001	0,031	<0,001
<b>Стаж вживання наркотиків</b>				
До 2-х років включно	–	–	81,9	24,6
3–5 роки	–	–	96,7	35,1
6–10 років	–	–	94,0	46,8
11 років та більше	–	–	90,6	52,9
<i>p</i>	–	–	<0,001	<0,001

Самостійно купували презервативи протягом останнього місяця 28,5% СІН (у 2011 році – 27,8%). Придбання знаходиться у зворотній залежності від віку: серед підлітків самостійно купували презервативи 43%, а серед СІН старше 35 років – 19,7% (у 2011 році були близькі показники). Чоловіки купують презервативи частіше, ніж жінки (відповідно 29,9% проти 19,3%). Також частіше доводиться купувати презервативи СІН, які не є клієнтами громадських організацій (37,2% в порівнянні з 10,1% серед клієнтів ГО). Зі зростанням стажу вживання наркотиків (з яким пов'язане зростання віку, а також кращий доступ до безкоштовних презервативів), відсоток самостійного придбання СІН презервативів знижується. Якщо серед СІН зі стажем менше двох років самостійно купували презервативи протягом останнього місяця 43,3%, то серед СІН зі стажем більше 11 років – удвічі менше (20,7%) (табл. 4.1.7).

**Таблиця 4.1.7**

**Питома вага СІН, що купували презервативи впродовж останнього місяця, % (серед тих, хто мав статеві контакти впродовж останнього місяця)**

Характеристика	2011 рік (N=7049)	2013 рік (N=6981)
<b>Серед усіх</b>	<b>27,8</b>	<b>28,5</b>
<b>За віком (p&lt;0,001)</b>		
14–19 років	43,5	43,0
20–24 роки	37,1	41,9
25–34 роки	28,0	28,8
35 років та більше	22,4	19,7
<b>За статтю (p&lt;0,001)</b>		
Чоловіки	31,7	29,9
Жінки	18,6	19,3
<b>Статус клієнта громадської організації (p&lt;0,001)</b>		
Так	10,1	10,1
Ні	35,6	37,2
<b>Стаж вживання наркотиків (p&lt;0,001)</b>		
До 2 років включно	–	43,3
3–5 років	–	38,5
6–10 років	–	30,8
11 років та більше	–	20,7

Лідерами серед міст, де протягом останніх 12 місяців СІН отримували презервативи, є Чернівці (95,6%), Київ (76,8%), Івано-Франківськ (68,7%), Сімферополь (66,8%), Чернігів (66%). Найменше отримували презервативи СІН в Запоріжжі (13,1%), Житомирі (19,1%), Ужгороді (19,5%), Фастові (21,3%) та Львові (21,4%). У порівнянні з 2011 роком рівень отримання презервативів найбільше піднявся в Чернігові, Харкові, Рівному, Дніпропетровську, Львові, Києві, натомість найбільше знизився в Запоріжжі, Черкасах, Миколаєві, Сумах, Луганську, Житомирі (табл. 4.1.8).

Дані опитування 2013 року свідчать, що протягом останніх 12 місяців половина (49,4%) СІН отримувала безкоштовні шприци та голки від представників громадських організацій, а протягом останніх 6 місяців – трохи більше третини (34%). Водночас серед клієнтів громадських організацій не отримували безкоштовні шприци та голки менше 5% СІН.

Таблиця 4.1.8

Відсоток СІН, які за останні 12 місяців отримували презервативи, 2008/2009–2013 роки, %

Місто	2008/2009	Довірчий інтервал	2011	Довірчий інтервал	2013	Довірчий інтервал
Сімферополь	78,0	72,1–83,3	87,4	84,3–90,9	66,8	60,5–71,5
Вінниця	23,0	18,1–30,7	64,0	58,7–69,4	48,8	40,8–57,3
Луцьк	47,8	37,4–57,9	64,8	59–70,4	48,9	42,5–54,7
Дніпропетровськ	45,6	37,4–53,7	20,9	16,4–25,6	44,9	35,1–49,3
Донецьк	31,6	25,5–37,9	40,2	34,7–45,9	49,2	41,4–57,7
Житомир	1,9	1,0–3,4	26,6	20–32,8	19,1	8,9–21,3
Ужгород	31,5	22,8–42,7	17,4	11,9–23,9	19,5	9,5–25,8
Запоріжжя	18,6	12,5–25,1	28,9	20,3–37,9	13,1	7,7–17,8
Івано-Франківськ	94,1	90,0–96,4	67,8	58,9–77,9	68,7	56,7–71,5
Біла Церква*	—*	—*	—*	—*	53,7	45,2–62,3
Київ	56,1	48,6–62,9	41,2	34,8–48,1	76,8	71,2–81,7
Кіровоград	19,0	14,2–24,2	31,0	24,7–39	44,4	34,3–54,5
Луганськ	9,2	4,1–13,9	66,0	58,4–74,5	43,3	32,6–54,2
Львів	4,7	2,4–8,5	11,4	6,8–16,1	21,4	8–20,1
Миколаїв	24,1	18,8–30,8	53,3	48,8–58,8	31,8	23,7–37,0
Одеса	9,8	5,3–14,1	36,4	31,3–41,4	60,0	54,1–65,3
Полтава	53,6	45,0–62,8	50,7	44,7–56,8	52,2	42,3–59,8
Рівне	62,7	56,5–69,6	13,6	9,9–17,5	32,3	22,8–39,1
Суми	7,7	4,3–12,1	74,6	68,3–80,5	45,6	39,5–52,2
Тернопіль	17,2	9,9–29,1	42,3	33–52,5	54,4	44,6–62,9
Харків	20,3	14,9–26,6	20,4	15,5–25,3	49,4	39,4–56,3
Херсон	57,9	48,3–65,4	44,7	38,4–49,4	34,0	26,3–41,1
Хмельницький	27,5	21,9–37,3	50,2	43,9–57,1	43,3	34–49,4
Черкаси	56,9	49,2–67,2	88,6	85,2–91,5	51,7	42,4–57,9
Чернівці	94,8	91,1–98,1	64,7	50,5–73,3	95,6	92,4–98,0
Чернігів	36,8	29,4–45,7	26,5	21–32,2	66,0	54,3–69,9
Фастів*	—*	—*	—*	—*	21,3	12,4–29,8
Васильків*	—*	—*	—*	—*	59,3	50–70,1
Севастополь*	—*	—*	—*	—*	40,2	33,4–47,1

\*Дослідження в даному місті опитування у відповідний рік не проводилося.

Безкоштовні шприци та голки частіше отримували жінки, ніж чоловіки (55,6% проти 47,5% відповідно), а також представники старших вікових груп. Так їх отримували 28,9% підлітків у порівнянні з 50% серед СІН старше 35 років (табл. 4.1.9).

Таблиця 4.1.9

Частка СІН, які отримували шприци/голки від представників громадської організації за останні 6 місяців, %

	Серед клієнтів громадських організацій (N=3391)	Серед загалу СІН (N=9502)
За останні 6 місяців	95,4	34,0
За останні 12 місяців	96,7	49,4



**Таблиця 4.1.10**

**Частка СІН, які безкоштовно отримували шприци/голки за останні 12 місяців з розподілом за статтю та віком, %**

За статтю (p<0,001)	
Чоловіча	47,5
Жіноча	55,6
За віком (p<0,001)	
14–19 років	28,9
20–24 роки	40,9
25–34 роки	52,1
35 років та старші	50,0

Самостійно купували шприци та голки протягом останнього місяця 70,8% серед загалу СІН і 41,7% серед клієнтів громадських організацій. Частіше такі покупки робили чоловіки, а також молодші СІН і відповідно з меншим стажем вживання наркотиків (див. табл. 4.1.11).

Серед загалу СІН протягом 12 місяців найбільше отримували безкоштовні шприци та голки від представників громадських організацій в таких містах: Чернівці (97,6%), Івано-Франківськ (79,3%), Сімферополь (79,1%), Київ (78,8%), Чернігів (66%), Одеса (64%), найменше – в Запоріжжі (15,4%), Житомирі (19,4%), Львові (21,7%), Фастові (24%), Ужгороді (24,5%). Серед СІН – клієнтів громадських організацій відносно нижчі показники отримання безкоштовних голок та шприців були в Харкові (83,3%), Запоріжжі (86,8%), Херсоні (87,7%), Вінниці (87,9%) та Ужгороді (88,2%).

**Таблиця 4.1.11**

**Відсоток СІН, які купували шприци/голки протягом останнього місяця (30 днів) для себе особисто, %**

Характеристика	Серед клієнтів громадських організацій (N=3391)	Серед загалу СІН (N=9502)
<b>Загалом</b>	<b>41,7</b>	<b>70,8</b>
<b>За статтю</b>		
Чоловіча	44,6	74,1
Жіноча	34,3	60,4
p	<0,001	<0,001
<b>За віком</b>		
14–19 років	50,0	84,3
20–24 роки	52,3	76,9
25–34 роки	43,5	70,9
35 років та старші	37,5	68,4
p	<0,001	<0,001
<b>За стажем вживання наркотиків</b>		
До 2 років включно	60,6	84,7
3–5 років	49,4	78,4
6–10 років	44,0	72,8
11 років та більше	39,6	66,8
p	<0,001	<0,001



Таблиця 4.1.12

Відсоток СІН, які отримували шприци/голки від представників громадської організації (за 6 місяців, клієнти) та від працівників або волонтерів інформаційно-просвітницьких програм або проєктів, ПОШ тощо (за 12 місяців серед загалу опитаних), за містами опитування, %

Місто	За останні 6 місяців (серед клієнтів громадських організацій, N=3391)	Довірчий інтервал	За останні 12 місяців (серед загалу СІН, N=9502)	Довірчий інтервал
Сімферополь	99,6	–	79,1	72,7–83,2
Вінниця	87,9	76,1–100,0	48,8	40,6–57,0
Луцьк	98,3	97,9–100,0	51,7	44,8–57,1
Дніпропетровськ	93,5	80,5–98,4	46,1	37,5–50,6
Донецьк	96,1	71,4–100,0	49,4	41,0–57,3
Житомир	97,7	70,3–100,0	19,4	9,2–22,2
Ужгород	88,2	75,0–100,0	24,5	14,0–31,3
Запоріжжя	86,8	77,0–99,8	15,4	8,5–20,6
Івано-Франківськ	97,0	93,0–100,0	79,3	71,3–82,6
Біла Церква	96,9	86,7–100,0	52,5	42,5–60,9
Київ	95,7	93,3–99,7	78,8	72,3–82,9
Кіровоград	100,0	–	52,4	42,7–62,4
Луганськ	100,0	–	43,7	32,1–54,6
Львів	100,0	–	21,7	7,0–19,7
Миколаїв	90,9	83,0–100,0	31,6	24,6–36,6
Одеса	95,0	90,1–98,3	64,0	58,3–69,0
Полтава	90,0	76,5–98,4	54,7	45,3–62,5
Рівне	92,9	55,3–98,2	34,7	24,5–41,3
Суми	96,9	87,1–99,4	45,6	39,4–51,9
Тернопіль	94,3	58,1–71,3	53,6	45,0–63,8
Харків	83,3	74,6–100,0	52,4	43,7–59,3
Херсон	87,7	88,8–100,0	38,7	30,8–45,2
Хмельницький	96,5	83,0–100,0	45,0	35,6–51,9
Черкаси	95,7	72,8–99,6	50,6	42,1–57,0
Чернівці	98,3	96,1–99,6	97,6	96,0–99,2
Чернігів	96,1	86,9–99,1	66,0	54,0–69,6
Фастів	93,3	–	24,0	13,5–32,9
Васильків	95,7	93,3–100,0	59,3	48,9–69,3
Севастополь	95,6	–	41,1	34,4–48,2

Протягом останніх тридцяти днів самостійно найменше купували шприци та голки в Чернівцях (29,6%), Івано-Франківську (37,3%), Луцьку (49,1%), а найбільше – в Рівному (94%), Луганську (91,3%), Фастові (91,3%), Миколаєві (91,2%) (див. табл. 4.1.13).

**Таблиця 4.1.13**

**Відсоток СІН, які купували шприци/голки протягом останнього місяця (30 днів) для себе особисто, за містами опитування, %**

Місто	%	Довірчий інтервал
Сімферополь	64,3	58,8–69,9
Вінниця	66,8	58,7–74,3
Луцьк	49,1	43,4–55,6
Дніпропетровськ	68,7	62,8–74,9
Донецьк	73,8	67,3–80,2
Житомир	80,3	76,5–86,9
Ужгород	84,5	77,3–91,9
Запоріжжя	87,1	81,3–92,1
Івано-Франківськ	37,3	32,2–48,8
Біла Церква	87,7	81,9–92,1
Київ	51,2	44,9–56,7
Кіровоград	63,2	53,2–70,7
Луганськ	91,3	87,9–95,1
Львів	87,1	83,0–93,1
Миколаїв	91,2	88,6–94,5
Одеса	52,3	46,3–58,8
Полтава	67,0	59,2–74,1
Рівне	94,0	89,1–97,8
Суми	64,9	58,1–71,3
Тернопіль	82,4	74,6–88,4
Харків	74,9	67,9–81,3
Херсон	83,0	77,0–89,5
Хмельницький	62,7	55,4–71,0
Черкаси	75,1	70,2–82,2
Чернівці	29,6	22,8–37,5
Чернігів	63,0	57,2–70,5
Фастів	91,3	82,4–97,8
Васильків	89,3	79,4–96,5
Севастополь	63,7	56,4–70,3

## 4.2. ЗНАННЯ ШЛЯХІВ ПЕРЕДАЧІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

Необхідною передумовою коректних поведінкових практик, які б мінімізували ризик інфікування ВІЛ, є правильні знання про те, як інфекція передається або не передається.

Відповідно до даних, отриманих під час опитування СІН у 2013 році, правильно визначають шляхи передачі ВІЛ 61,1% СІН. Правильність відповідей щодо шляхів передачі ВІЛ практично не пов'язана із статтю, але залежить від віку. Зокрема у віці 14–19 років правильно визначили шляхи передачі ВІЛ 43% СІН, у віці 20–24 роки – 55,1%, у віці 25–34 роки – 64,5%, у віці старше 35 років – 60,2%. Зважаючи, що старші СІН частіше є клієнтами громадських організацій, такий зв'язок може відображати відмінності за статусом клієнта. Аналогічна залежність спостерігається між правильністю визначення шляхів передачі ВІЛ та стажом вживання наркотиків. Вищі рівні правильного знання шляхів передачі ВІЛ демонструють клієнти громадських організацій (69% проти 56,7% у тих, хто не користується послугами ГО).

**Таблиця 4.2.1**

**Питома вага СІН, які правильно визначають шляхи передачі ВІЛ, відсоток серед різних груп СІН**

<b>Серед усіх</b>	<b>61,1</b>
<b>За віком (p&lt;0,001)</b>	
14–19 років	43,0
20–24 роки	55,1
25–34 роки	64,5
35 років та старші	60,2
<b>За статтю (p=0,099)</b>	
Чоловіча	60,7
Жіноча	62,6
<b>Статус клієнта громадської організації (p&lt;0,001)</b>	
Так	69,0
Ні	56,7
<b>За стажом вживання наркотиків (p&lt;0,001)</b>	
До 2 років включно	43,5
3–5 років	55,6
6–10 років	61,9
11 років та більше	64,4
Немає відповіді	57,3

У географічному розподілі найбільша частка тих, хто правильно визначає шляхи передачі ВІЛ, у Чернівцях (89,2%), Луцьку (83,7%), Харкові (80,9%), Вінниці (80%). Найменше тих, хто правильно знає шляхи передачі ВІЛ, у Фастові (30,7%), Львові (30,9%), Полтаві (32,3%), Ужгороді (36,5%), Луганську (40,7%).

Серед міст, в яких СІН продемонстрували більш високий рівень обізнаності щодо шляхів передачі ВІЛ у порівнянні з 2011 роком, можна назвати Харків, Чернігів, Київ, Хмельницький, Тернопіль. Водночас, за даними дослідження, нижчий рівень правильних знань щодо шляхів передачі ВІЛ порівняно до даних дослідження 2011 року зафіксовано серед опитаних СІН у Полтаві, Луганську, Ужгороді, Дніпропетровську.

Таблиця 4.2.2

Питома вага СІН, які правильно визначають шляхи передачі ВІЛ, % та довірчі інтервали за містами дослідження

Міста	2011 рік		2013 рік	
	%	Довірчі інтервали	%	Довірчі інтервали
Сімферополь	65,0	61,2–68,9	48,9	43,2–54,0
Вінниця	74,1	69,6–78,2	80,0	74,0–87,0
Луцьк	71,2	65,3–77,4	83,7	79,4–88,7
Дніпропетровськ	76,8	72,4–81,0	53,7	47,7–59,8
Донецьк	70,8	64,9–76,1	62,0	54,5–71,1
Житомир	50,0	44,1–55,1	49,7	42,9–55,9
Ужгород	54,0	44,8–63,0	36,5	27,3–45,1
Запоріжжя	49,1	41,1–57,7	57,1	48,9–65,4
Івано-Франківськ	67,8	61,2–74,7	63,7	55,6–70,5
Біла Церква	59,1	48,3–69,5	52,7	44,4–61,1
Київ	53,0	46,2–59,5	73,8	68,9–78,9
Кіровоград	60,5	53,5–67,3	66,4	56,6–75,8
Луганськ	65,3	56,4–74,6	40,7	30,1–52,4
Львів	30,2	24,2–36,7	30,9	9,7–27,4
Миколаїв	59,4	54,4–64,4	59,0	52,5–64,9
Одеса	42,7	38,4–47,4	57,0	51,7–62,7
Полтава	84,5	79,0–89,8	32,3	24,1–39,8
Рівне	85,4	80,0–90,5	76,3	69,4–83,8
Суми	77,2	73,0–81,5	61,7	55,1–68,2
Тернопіль	55,6	45,0–65,9	74,4	66,7–80,3
Харків	52,2	45,6–59,5	80,9	75,2–86,1
Херсон	74,8	69,2–79,3	71,3	64,7–78,9
Хмельницький	58,7	52,3–64,8	78,7	71,8–84,2
Черкаси	85,9	82,5–89,5	62,9	56,7–69,5
Чернівці	82,9	75,9–89,5	89,2	84,6–92,4
Чернігів	48,9	43,6–54,3	70,7	65,1–77,5
Фастів *	—*	—*	30,7	21,8–41,3
Васильків *	—*	—*	46,0	36,9–57,7
Севастополь *	—*	—*	64,3	57,7–72,4

\*Дослідження в даному місті опитування у відповідний рік не проводилося.

## ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Ключовим обмеженням оцінки частки клієнтів є залежність цього показника від процесу реалізації вибірки, а саме в якій мірі вдалося виходити на соціальні мережі СІН, що не беруть участі в профілактичних програмах громадських організацій. За методологією дослідження серед первинних респондентів мали бути як клієнти, так і ті СІН, котрі не є клієнтами програм. Ймовірно, що клієнти програм будуть рекрутувати СІН, що також отримують ВІЛ-сервісні послуги в НУО, оскільки вони, як правило, поширюють інформацію про послуги у своєму середовищі та залучають інших СІН до програм профілактики. Натомість, СІН-неклієнти будуть рекрутувати

більш «приховані» популяції СІН, ще не охоплені послугами програм профілактики. Якщо така закономірність не спрацює, показник охоплення профілактичними програмами чи частки клієнтів ГО може бути завищеним, чи навпаки заниженим. Варто зазначити, що в окремих містах ВІЛ-сервісні організації мають тривалу історію функціонування і охоплюють більшість наявної спільноти СІН. Кількість таких організацій у містах також відрізняється. Тобто при порівнянні динаміки охоплення профілактичними програмами частки клієнтів ГО міста опитування знаходяться в нерівних умовах.

Щодо оцінки рівня знань стосовно ВІЛ, слід розуміти, що цей показник безпосередньо пов'язаний з охопленням профілактичними програмами. Так, міста, в яких менше половини СІН правильно визначали шляхи передачі та профілактики ВІЛ (наприклад, Ужгород, Полтава, Луганськ) – це міста, де відносно мала частка опитаних була клієнтами ГО чи користувалася послугами таких організацій. Можна припустити, що громадські організації, які працюють з СІН, фактично є головним джерелом поширення знань про ВІЛ, у той час як базовий рівень знань про таке захворювання (наприклад, отриманих у школі чи від друзів/знайомих) є низьким.

## РЕЗЮМЕ

- Більше третини СІН (35,7%) є клієнтами громадських організацій, що надають послуги таким особам. Користуються послугами ГО значно більша частка СІН – 44,6%.
- Протягом останніх 12 місяців половина (49,4%) СІН отримувала безкоштовні шприци та голки від представників громадських організацій, дещо менше половини опитаних (47,2%) СІН отримували безкоштовні презервативи.
- Правильно визначають шляхи передачі ВІЛ 61,1% СІН. Більш високий рівень обізнаності щодо шляхів передачі ВІЛ демонструють клієнти громадських організацій (69% проти 56,7% у тих, хто не є клієнтами ГО).

## РОЗДІЛ 5. ЗВЕРНЕННЯ ЗА ПОСЛУГАМИ КІТ

Важливим компонентом профілактики ВІЛ-інфікування є забезпечення доступності для груп високого ризику консультування та тестування. У цьому розділі розглянуто рівень поінформованості про можливість пройти тестування на ВІЛ, причини недоступності такого тестування, причини того, чому не робили тест, а також моделі практичної поведінки СІН щодо звернення по тестування. Представлено аналіз даних про проходження тесту протягом останніх 12 місяців, охоплення до- та післятестовим консультуванням, отримання результату, повідомлення ВІЛ-статусу та взяття на облік для ВІЛ-позитивних.

### 5.1. ДОСТУПНІСТЬ ПОСЛУГ КІТ

91,6% СІН заявили, що знають, де можна пройти тест на ВІЛ. 94,2% СІН вважають тестування на ВІЛ доступним для себе (табл. 5.1.1). У порівнянні з 2011 роком обидва показники майже не змінились, а в порівнянні з 2009 роком вони дещо зросли. І для жінок, і для чоловіків характерний приблизно однаковий рівень і поінформованості, і уявлення щодо доступності тестування на ВІЛ. Поінформованість щодо місць тестування на ВІЛ, а також уявлення щодо доступності тестування позитивно пов'язані з віком та стажем вживання наркотиків. Так, якщо серед СІН віком 14–19 років поінформовані щодо того, де пройти тестування на ВІЛ, 78,3%, і вважають його доступним 83,8%, то серед СІН у віці 25–34 роки ці показники становлять відповідно 93,1% і 95,5%. Серед СІН, які мають стаж вживання наркотиків менше двох років, поінформовані щодо можливих місць тестування на ВІЛ 78,9% і вважають його доступним 87,1%. Серед СІН, стаж вживання наркотиків яких перевищує 11 років, поінформованими себе вважають 94%, а 95,7% вважають таке тестування доступним (рис. 5.1.1.).

Належність до громадської організації в ролі клієнта позитивно впливає на поінформованість щодо місць можливого тестування на ВІЛ, а також на впевненість щодо доступності такого тестування (серед клієнтів ГО ці показники складають відповідно 99,0% і 99,2% проти 87,6% та 91,5% серед тих, хто не є клієнтом ГО).

Нижчими за середні рівнями поінформованості щодо місць тестування на ВІЛ відзначаються Запоріжжя (74%), Черкаси (81,4%), Полтава (82,9), Ужгород (83,5%), Дніпропетровськ (83,8%), Луганськ (87%), Кіровоград (87,2%), Васильків (87,3%), Миколаїв (88,2%), Севастополь (89,7%), Біла Церква (90%). Найвищі показники поінформованості в Чернівцях (99,6%) та Луцьку (99,4%). У порівнянні з 2011 роком найбільша позитивна динаміка в самооцінці поінформованості спостерігалась у Кіровограді, Білій Церкві, Києві, Одесі, Вінниці та Львові. Негативна динаміка поінформованості була найсильніше виражена в Черкасах, Полтаві, Луганську, Дніпропетровську (табл. 5.1.2.).

Таблиця 5.1.1

Питома вага СНІ, які знають, де можна пройти тестування на наявність ВІЛ, та вважають таке тестування доступним для себе, %

Характеристика	Знають, де можна пройти тест на ВІЛ			Вважають тестування доступним для себе		
	2009	2011	2013	2009	2011	2013
Серед усіх	86,4	89,5	91,6	87,0	96,7	94,2
Стать						
Чоловіки	82,2	88,7	91,1	82,9	96,6	93,9
Жінки	85,6	91,6	93,4	84,0	97,0	95,3
<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001	0,729	0,377	0,037
Вік						
14–19 років	–	73,6	78,3	–	86,6	83,8
20–24 роки	–	87,8	88,6	–	95,0	92,0
25–34 роки	–	91,2	93,1	–	96,8	95,5
35 років та старше	–	89,3	91,7	–	97,9	94
<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

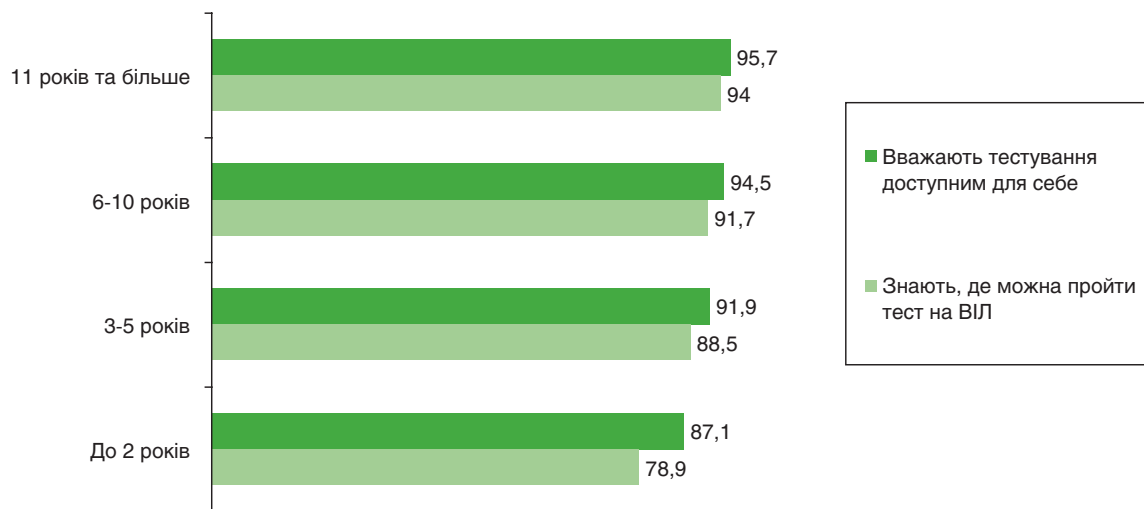


Рис. 5.1.1. Питома вага СНІ, які знають, де можна пройти тестування на наявність ВІЛ та вважають таке тестування доступним для себе, залежно від стажу вживання наркотиків, %

Нижчі за середні рівні оцінки доступності тестування на ВІЛ для СНІ характерні для Полтави (82,4%), Черкас (86,9%), Луганська (87%), Василькова (87,3%), Запоріжжя (88%), Ужгорода (88,6%), Дніпропетровська (89%), Севастополя (90,6%), Кіровограда (90,8%), Миколаєва (93,8%) та Білої Церкви (94%). У порівнянні з 2011 роком негативна динаміка оцінки доступності ВІЛ-тестування спостерігалась у Луганську, Ужгороді, Кіровограді та Дніпропетровську.

Таблиця 5.1.2

Питома вага СНІ, які знають, де можна пройти тестування на наявність ВІЛ, та вважають таке тестування доступним для себе, %

Місто	Знають, де можна пройти тест на ВІЛ					Вважають тестування доступним для себе						
	2009	Довірчі ін-тервали	2011	Довірчі інтервали	2013	Довірчі інтервали	2009	Довірчі інтервали	2011	Довірчі інтервали	2013	Довірчі інтер-вали
Сімферополь (АР Крим)	97,6	93–100	99,4	96,4–100	96,8	94,5–98,6	96,0	93,7–98,5	99,2	98–100	95,8	93,8–98,1
Вінниця	71,2	64,3–79,6	88,5	84–92,1	97,6	94,6–99,5	72,0	65,8–80,2	96,1	93,6–98,8	98,0	95,6–99,9
Луцьк	*	–	98,6	97,3–99,7	99,4	96,7–100	*	–	98,3	96,7–99,6	99,7	97,2–100
Дніпропетровськ	73,5	61,5–79,8	92,5	88,7–94,2	83,8	78,9–87,8	72,7	62,1–81,3	95,2	92,7–97,3	89,0	86–92,5
Донецьк	*	–	94,0	86,4–97,1	92,4	87,2–96	*	–	99,6	96,6–99,7	98,2	96,7–99,2
Житомир	98,4	97–99,6	91,7	89–96,1	95,1	92–98,1	57,4	50,5–66,4	91,1	87,4–94,7	95,1	92–97,9
Ужгород	82,0	73,3–92,4	80,4	69,2–86,6	83,5	76,3–88,9	95,0	89,2–98,3	98,9	96,5–100	88,6	82,6–94,1
Запоріжжя	63,9	53,9–71,3	78,0	68,4–85,7	74,0	64,6–80,9	96,4	91,4–99,2	92,5	86,5–97	88,0	81,2–93,5
Івано-Франківськ	98,8	96,1–100	93,6	87–97,9	96,3	92,7–98,7	98,8	97,1–99,8	99,6	92,3–99,4	97,0	93,1–98,8
Біла Церква	*	–	74,8	60,5–84,2	90,0	82,5–94	*	–	98,3	91,5–98,8	94,0	88–97,7
Київ	81,6	74,3–86,6	80,5	74,5–86,8	95,4	93,1–97,9	84,1	77,6–88,4	92,0	85–94,1	98,6	90,1–98,8
Кіровоград	*	–	57,8	48,6–66	87,2	80,1–92,6	*	–	98,4	96,5–99,6	90,8	84,2–94,7
Луганськ	*	–	96,8	90,8–98,5	87,0	79–92,2	*	–	99,6	99,3–100	87,0	77,9–92,1
Львів	*	–	84,4	79,5–90,5	93,4	89,9–97,4	*	–	95,5	88,6–98,2	96,9	95,2–99
Миколаїв	82,7	74,8–88,2	87,2	80,9–91,3	88,2	81,8–92,3	82,0	75–88	97,3	93,5–99,9	93,8	90,6–96,5
Одеса	*	–	81,5	74–84,2	96,3	92,6–98	*	–	98,0	95,7–99,1	96,5	94,1–98,3
Полтава	*	–	93,4	88,6–97	82,9	75,1–88,4	*	–	98,8	97,5–99,7	82,4	75,8–87,9
Рівне	98,0	86,7–99,6	97,1	94,7–99	95,0	91,7–97,9	98,4	92,1–100	97,4	93,9–98,7	96,0	93,4–98,3
Суми	*	–	93,1	87,6–96,5	95,1	91,5–97,5	*	–	94,2	86,4–96,5	95,1	91,4–97,7
Тернопіль	98,0	91,1–100	97,5	91,8–99,5	94,4	89,1–97,8	98,0	79,1–100	100,0	94–100	95,6	91,6–98
Харків	*	–	92,1	87,5–95,1	96,3	92,2–98,5	*	–	91,8	84,5–96,2	97,1	94,2–99,3
Херсон	*	–	92,9	90,1–96,3	94,3	90,4–97,7	*	–	96,5	91–97,3	95,7	89,3–98,6
Хмельницький	*	–	93,4	89,1–95,7	95,0	90,1–98,6	*	–	98,8	93,6–98,5	98,0	92,9–99,5



Місто	Знають, де можна пройти тест на ВІЛ						Вважають тестування доступним для себе					
	2009	Довірчі ін-тервали	2011	Довірчі інтервали	2013	Довірчі інтервали	2009	Довірчі інтервали	2011	Довірчі інтервали	2013	Довірчі інтер-вали
Черкаси	88,4	82,1–94,9	93,5	86,4–96,1	81,4	74,7–86,8	86,0	79,3–94,8	93,2	86,9–96,3	86,9	82,1–91
Чернівці	100,0	–	100,0	95,8–100	99,6	99,3–100	100,0	–	100,0	–	99,6	99,3–100
Чернігів	76,4	66,7–84,7	94,0	89,5–97,1	97,0	93,9–99,4	76,4	66,7–85,4	98,0	93,5–98,3	98,7	96,6–100
Фастів	*	–	*	–	96,7	92,7–99,3	*	–	*	–	96,7	77,4–98
Васильків	*	–	*	–	87,3	79,4–92,3	*	–	*	–	87,3	79,4–92,2
Севастополь	*	–	*	–	89,7	84,3–94,1	*	–	*	–	90,6	86,3–94,7

\* У цих містах у відповідний рік дослідження не проводилося.

Найбільш вагомою причиною недоступності тестування на ВІЛ СІН зі значним відривом назвали брак інформації щодо того, до кого можна за цим тестуванням звернутись (58,2%). Значимість цієї причини в порівнянні з 2009 та 2011 роками зросла (з 50,4% та 51,5% відповідно). Варто відзначити, що приналежність СІН до громадської організації позитивно пов'язана з його інформованістю (серед членів ГО цю причину назвали 33,3%).

**Таблиця 5.1.3**

**Основні причини недоступності тестування на ВІЛ у динаміці, %**

Причини (СІН могли обрати декілька причин)	Серед усіх		
	2009	2011	2013
Не знаю, до кого звернутися	50,4	51,5	58,2
Не знаю, де знаходиться установа/пункт/центр тестування	14,2	18,6	8,9
Немає коштів на тестування	14,8	12,4	8,5
Боюся розголосу про свій статус	24,3	11,5	8,3
У нашому населеному пункті немає установи/пункту/центру, де можна зробити тест	2,7	4,2	1,4
Незручне розташування установи/пункту/центру тестування	0,4	3,5	1,6
Незручний графік роботи установи/пункту/центру тестування	1,1	2,6	1,3
Не влаштовує ставлення персоналу	12,2	0,9	2,4
Інше	2,2	4,2	5,1

Також серед вагомих причин частіше за інші згадувалися відсутність інформації щодо місцезнаходження пункту тестування (8,9%), відсутність коштів на тестування (8,5%), страх розголосу ВІЛ-статусу (8,3%). У порівнянні з попередніми роками, значення цих причин знизилось (найбільшою мірою це стосується страху розголосу статусу, яке в 2009 році було другою за значущістю причиною з показником 24,3%). Для жінок значно більше, ніж для чоловіків, характерне більше побоювання щодо наслідків розголосу ВІЛ-статусу як фактора, що стримує тестування на ВІЛ (табл. 5.1.4).

**Таблиця 5.1.4**

**Основні причини недоступності тестування на ВІЛ у динаміці, % за статтю**

Причини (СІН могли обрати декілька причин)	2011		2013	
	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки
Не знаю, до кого звернутися	55,4	40,8	59,9	50,9
Не знаю, де знаходиться установа/пункт/центр тестування	16,7	23,9	7,1	13,2
Немає коштів на тестування	12,8	11,3	8,1	10,4
Боюся розголосу про свій статус	10,7	13,5	5,2	21,7
У нашому населеному пункті немає установи/пункту/центру, де можна зробити тест	4,8	2,6	1,3	0,9
Незручне розташування установи/пункту/центру тестування	2,5	6,4	1,8	1,9
Незручний графік роботи установи/пункту/центру тестування	1,7	5,2	1,1	1,9
Не влаштовує ставлення персоналу	0,8	1,1	0,9	8,5
Інше	3,6	6,0	4,7	6,6

Нестача інформації як причина недоступності тестування на ВІЛ має більше значення для молодших вікових груп (її назвали 73,7% СІН у віці 14–19 років проти 51,2 у віці 35 років і старше). Значення страху розголошу для підлітків 14–19 років впало у порівнянні з 2011 роком з 35,8% до 7,9%. Водночас, із віком зростає побоювання щодо того, що в особи не вистачить коштів на тестування (2,6% серед 14–19-річних, 9,1% серед СІН, які старші за 35 років) (табл. 5.1.5).

**Таблиця 5.1.5**

**Основні причини недоступності тестування на ВІЛ у динаміці, % за віком**

Причини (СІН могли обрати декілька причин)	2011				2013			
	14–19 років	20–24 роки	25–34 роки	35 років та старше	14–19 років	20–24 роки	25–34 роки	35 років та старше
Не знаю, до кого звернутися	49,6	62,4	49,4	48,2	73,7	64,6	61,4	51,2
Не знаю, де знаходиться установа/пункт/центр тестування	20,8	21,4	16,5	19,1	2,6	11	12,6	6,2
Немає коштів на тестування	0	13,4	15,6	10,9	2,6	7,2	9,5	9,1
Боюся розголошу про свій статус	35,8	8,3	11,1	6,3	7,9	7,2	11,1	6,6
У нашому населеному пункті немає установи/пункту/центру, де можна зробити тест	0	5,0	2,6	7,2	0	0	2,6	1,2
Незручне розташування установи/пункту/центру тестування	2,7	5,8	4,4	1,0	2,6	0	2,1	1,6
Незручний графік роботи установи/пункту/центру тестування	1,9	6,5	2,1	1,1	0	0	2,6	0,8
Не влаштовує ставлення персоналу	0	0,8	1,4	0,4	5,1	1,2	4,2	0,8
Інше	0	5,6	3,6	5,6	10,5	3,7	3,2	6,2

Подібні до вікових тенденції спостерігаються і щодо стажу вживання наркотиків. Відсутність інформації щодо того, до кого можна звернутись за тестуванням, залишається основною причиною, яку СІН називають, відповідаючи на питання, що робить недоступним тестування на ВІЛ. Водночас значення цієї причини знижується з віком (її назвали 61,3% тих, чий стаж вживання наркотиків не перевищує два роки, і менше половини тих, чий стаж більше 11 років). Страх розголошу статусу характерніший для молодших СІН: наприклад його назвали 11,7% тих, чий стаж менший двох років в порівнянні з 4% тих, чий стаж дорівнює 6–10 рокам.

**Таблиця 5.1.6**

**Основні причини недоступності тестування на ВІЛ, в залежності від стажу вживання наркотиків, % (2013 рік)**

Причини (СІН могли обрати декілька причин)	За стажом вживання			
	До 2 років	3–5 років	6–10 років	11 років та більше
Не знаю, до кого звернутися	61,3	60,8	73,5	49,8
Не знаю, де знаходиться установа/пункт/центр тестування	9,6	13,4	11,8	6,6
Немає коштів на тестування	2,2	9,3	3,9	11,8
Боюся розголосу про свій статус	11,7	10,4	4,0	7,8
У нашому населеному пункті немає установи/пункту/центру, де можна зробити тест	1,1	0	1	2,5
Незручне розташування установи/пункту/центру тестування	0	0	2,9	2,1
Незручний графік роботи установи/пункту/центру тестування	2,1	3,1	1	0,4
Не влаштовує ставлення персоналу	5,4	2,1	1	1,2
Інше	7,4	2,1	2	6,6

## 5.2. НАЯВНІСТЬ ПРАКТИКИ КІТ

Майже три чверті опитаних СІН (70%) мають досвід звернень до установ для проходження тесту на наявність ВІЛ. За даними попередніх біоповедінкових досліджень, спостерігається динаміка зростання частки осіб серед СІН, що вже зверталися по допомогу для проходження тестування. Так, наприклад, у дослідженні 2011 року було зафіксовано, що такий досвід наявний у 62% опитаних СІН, а в 2013-му – 70%.

Ключові відмінності між тими, хто вже звертався до певних організацій для проходження тестування та тими, хто не звертався, спостерігаються за віком, статтю, стажом вживання наркотичних речовин та наявністю статусу клієнта громадської організації.

Серед жінок та СІН старшого віку частка тих, хто має досвід звернень щодо проходження тестування на ВІЛ, більша, ніж серед чоловіків та СІН з молодшої вікової групи віком до 19 років (рис. 5.2.1). І серед чоловіків, і серед жінок-СІН зростає частка, тих, що вже мають досвід звернення по допомогу для проходження тесту на ВІЛ.

Більша частина серед СІН, які вже звертались до організацій та установ для тестування на ВІЛ, мають статус клієнта громадської організації, що працює зі споживачами ін'єкційних наркотиків. Серед СІН зі стажом вживання наркотиків від 11 років питома вага тих, хто має такий досвід, є вищою.

Таблиця 5.2.1

Досвід звернення до установ, з метою проходження тесту на наявність ВІЛ, %

Характеристика	2011	2013
Серед усіх	61,6	70,0
За статтю (p<0,001)		
Чоловіки	60,1	68,7
Жінки	67,0	74,1
За віком (p<0,001)		
14–19 років	26,8	31,5
20–24 роки	54,1	56,6
25–34 роки	65,0	73,4
35 років та старше	63,8	72,2
Приналежність до ГО (p<0,001)		
Так	85,8	88,8
Ні	52,1	59,6

До міст з найвищим показником досвіду звернень по тестування на ВІЛ можна віднести Вінницю, де по нього зверталися 94,8% СІН, та Чернівці з показником 97,2%. У Луцьку 88,3% опитаних зазначили наявність такого досвіду, в Одесі серед СІН з таким досвідом виявилось 92,3%. У дванадцяти містах зафіксована позитивна динаміка – зростання частки СІН, які звертались до установ та організацій для проходження тестування на ВІЛ.

Серед усіх опитаних, за даними останньої хвили біоповедінкового дослідження, 73,5% СІН тестувалися на наявність ВІЛ-інфекції протягом життя. Виявлено статистично значущі відмінності за показниками статі, віку, стажу вживання, статусу клієнта громадської організації та показниками, що вимірюють досвід тестування на наявність ВІЛ.

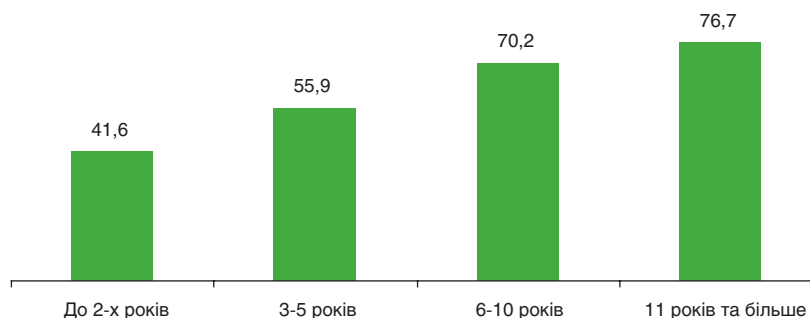


Рис. 5.2.1. Досвід звернення до установ з метою проходження тесту на наявність ВІЛ залежно від стажу вживання наркотиків, %

Таблиця 5.2.2

Досвід звернення до установ з метою проходження тесту на наявність ВІЛ, за містами дослідження в динаміці, %

Місто	Рік			
	2011		2013	
	%	Довірчі інтервали	%	Довірчі інтервали
Сімферополь (АР Крим)	90,7	87,5–94,7	72,6	66,7–78,6
Вінниця	60,1	53,6–66,4	94,8	91,1–98,0
Луцьк	86,3	79,6–90,2	88,3	83,1–92,0
Дніпропетровськ	58,5	51,9–63,6	57,3	50,0–63,2
Донецьк	64,3	56,5–70,0	62,0	53,4–69,2
Житомир	63,7	57,5–70,1	88,8	84,4–93,8
Ужгород	48,7	37,7–59,2	40,0	32,6–48,7
Запоріжжя	48,5	37,3–59,2	43,1	33,9–51,6
Івано-Франківськ	80,9	67,4–82,4	80,3	67,3–84,7
Біла Церква	47,2	35,4–58,7	63,3	54,9–72,1
Київ	44,3	35,1–51,4	84,8	80,7–89,0
Кіровоград	26,9	18,6–35,4	59,8	49,0–69,2
Луганськ	82,3	72,0–88,0	46,8	34,8–59,0
Львів	46,4	36,1–53,9	60,0	53,0–65,8
Миколаїв	57,2	48,8–61,8	73,5	67,2–79,4
Одеса	72,7	67,1–76,5	92,3	88,1–95,0
Полтава	61,1	54,1–68,6	54,5	44,8–61,5
Рівне	45,1	38,5–52,5	71,2	62,0–76,7
Суми	68,9	54,8–71,4	68,6	62,4–75,1
Тернопіль	66,0	48,2–72,3	63,6	54,7–70,9
Харків	41,0	32,4–47,7	79,4	73,0–84,7
Херсон	68,5	59,6–72,3	60,5	51,8–66,8
Хмельницький	66,7	57,9–72,6	89,3	83,2–93,8
Черкаси	75,9	69,5–80,6	53,4	46,4–60,7
Чернівці	96,0	91,5–97,8	97,2	94,7–98,8
Чернігів	47,7	39,9–54,9	90,0	82,4–93,9
Фастів	—*	—*	74,0	63,1–82,0
Васильків	—*	—*	44,7	31,3–53,8
Севастополь	—*	—*	57,4	49,6–63,9

\*Дослідження в даному місті опитування у відповідний рік не проводилося.

Жінки та СІН віком від 25 років частіше від чоловіків та представників молодших вікових груп СІН проходили тестування на ВІЛ. Серед респондентів, що мають статус клієнта громадської організації, питома вага тих хто вже проходив тестування, вищі, ніж серед тих, хто такого статусу не має (табл. 5.2.3).

Таблиця 5.2.3

Досвід тестування на наявність ВІЛ, %

Характеристика	2009	2011	2013
<b>Серед усіх</b>	<b>51,4</b>	<b>65,9</b>	<b>73,5</b>
<b>За статтю</b>			
Чоловіки	49,8	64,9	72,2
Жінки	56,9	69,0	77,4
<i>p</i>	<i>&lt;0,001</i>	<i>&lt;0,001</i>	<i>&lt;0,001</i>
<b>За віком Інші шкали</b>			
14–19 років	20,5	30,1	37,6
20–24 роки	38,6	56,2	59,3
25–34 роки	57,8	69,3	76,7
35 років та старше	56,8	67,9	75,8
<i>p</i>	<i>&lt;0,001</i>	<i>&lt;0,001</i>	<i>&lt;0,001</i>
<b>За стажем вживання</b>			
До 2 років	—*	44,2	45,6
3–5 років	—*	56,6	58,7
6–10 років	—*	66,5	72,3
11 років та більше	—*	72,9	80,7
<i>p</i>	—*	<i>&lt;0,001</i>	<i>&lt;0,001</i>
<b>Статус клієнта громадської організації</b>			
Так	—*	88,2	91,7
Ні	—*	56,8	63,3
<i>p</i>		<i>&lt;0,001</i>	<i>&lt;0,001</i>

\* Анкета не містила такого показника.

Результати досліджень свідчать, що до міст з найвищим показником досвіду звернень за тестуванням на ВІЛ можна віднести Вінницю, де тестування пройшли 94,8% СІН та Житомир з показником 91,4%. В Одесі таких 91%, у Чернівцях 98,4%, а в Чернігові протестувались 90% СІН. Усі міста мають позитивну динаміку зростання СІН, які мають досвід тестування на ВІЛ (табл. 5.2.4).

Респондентів, які ніколи не проходили тест на ВІЛ, попросили зазначити причини того, чому вони не пройшли тестування. Серед усіх таких опитаних СІН майже половина (44,5%) вказала, що вони не мають бажання проходити тестування, ще майже третина (27,5%) зазначили, що їхня сексуальна поведінка була безпечною, та 25,4% – що їх ін'єкційна поведінка була безпечною (див. табл. 5.2.5).

Серед СІН у віковій групі до 19 років більше половини опитаних вказали, що не мають бажання проходити тестування. СІН віком від 20 до 24 років частіше, у порівнянні з іншими віковими групами, зазначали, що вважають свою сексуальну поведінку безпечною та те, що вживали наркотики безпечним шляхом. Серед вікової групи від 14 до 19 років, частіше ніж у інших вікових групах відповідали, що бояться дізнатися про свій ВІЛ-статус (18,5%). У групі від 35 років, частіше у порівнянні з іншими віковими групами, вказували що тестування платне (7,8%) (табл. 5.2.5).

**Таблиця 5.2.4**  
**Досвід тестування на наявність ВІЛ, %**

Місто	Рік					
	2009		2011		2013	
	%	Довірчі інтервали	%	Довірчі інтервали	%	Довірчі інтервали
Сімферополь (АР Крим)	56,0	48,0–61,9	91,2	87,4–95,0	74,5	69,2–80,3
Вінниця	32,8	27,1–43,9	74,0	67,8–79,8	95,2	91,1–98,0
Луцьк	—*	—*	84,9	79,3–89,9	88,9	83,9–92,7
Дніпропетровськ	63,9	53,4–73,6	60,0	53,5–65,9	57,9	51,2–63,8
Донецьк	—*	—*	64,8	55,7–70,0	68,9	60,7–75,0
Житомир	4,8	2,6–7,4	65,3	58,8–70,6	91,4	88,1–95,8
Ужгород	29,0	9,6–41,5	48,0	37,1–58,0	42,7	34,0–51,1
Запоріжжя	44,2	28,7–48,6	69,5	58,9–78,9	51,7	42,7–59,8
Івано-Франківськ	62,4	53,0–69,3	81,6	72,6–88,0	85,0	79,6–88,9
Біла Церква	—*	—*	52,8	42,3–65,8	70,0	61,5–77,5
Київ	51,4	43,3–58,8	54,3	44,7–61,7	87,2	83,5–91,6
Кіровоград	—*	—*	28,3	19,9–36,4	64,8	54,6–73,3
Луганськ	—*	—*	68,5	55,2–79,5	50,0	36,5–60,9
Львів	—*	—*	38,4	27,7–46,8	59,7	52,4–65,6
Миколаїв	42,0	34,5–50,2	75,5	67,7–80,0	78,4	70,6–84,8
Одеса	—*	—*	71,9	66,6–76,4	91,0	87,1–94,0
Полтава	—*	—*	73,7	65,7–79,3	55,7	46,3–62,5
Рівне	74,8	61,7–79,4	51,1	44,5–58,9	71,7	63,2–77,4
Суми	—*	—*	69,1	55,0–71,2	69,1	62,8–75,8
Тернопіль	33,7	16,3–46,6	73,0	57,5–79,5	85,6	78,5–91,0
Харків	—*	—*	42,9	35,1–50,1	82,0	74,2–86,7
Херсон	—*	—*	75,1	69,0–79,9	68,0	60,0–74,2
Хмельницький	—*	—*	71,8	62,4–78,4	88,3	82,2–93,1
Черкаси	41,8	33,4–58,5	78,9	73,8–84,7	61,5	53,8–68,1
Чернівці	96,0	80,2–98,8	96,5	93,8–98,8	98,4	96,5–99,7
Чернігів	46,4	34,3–56,2	50,1	43,0–57,5	90,0	83,6–93,8
Фастів	—*	—*	—*	—*	74,7	65,9–83,1
Васильків	—*	—*	—*	—*	47,3	34,7–55,6
Севастополь	—*	—*	—*	—*	64,3	57,0–70,7

\*Дослідження в даному місті опитування у відповідний рік не проводилося.

Чоловіки частіше від жінок зазначали, що «не мають бажання проходити тестування» на ВІЛ (45,4% проти 41,0%). Жінки, на відміну від чоловіків, частіше відповіли, що вважають свою сексуальну поведінку безпечною (29,2% серед жінок та 27,0% серед чоловіків). Серед респондентів, які як причину вказували страх дізнатися про свій ВІЛ-статус більше жінок, ніж чоловіків: серед чоловіків 10,5%, а серед жінок 21,3%.

Серед СІН, які мають досвід вживання наркотиків до 2 років, 49,6% респондентів зазначили, що в них не було бажання проходити тестування.



Таблиця 5.2.5

Основні причини, чому СІН не робили тест на ВІЛ (2013 рік), %

Характеристика	Не маю бажання проходити тестування	Сексуальна поведінка була безпечною	Вживав(ла) наркотики безпечним шляхом	Боюся дізнатися про свій ВІЛ-статус	Думаю, що тестування платне	Незручне розташування місць, де можна зробити тест
Серед усіх	44,5	27,5	25,4	12,6	6,0	3,6
За віком						
14–19 років	56,2	21,1	15,8	18,5	4,8	2,0
20–24 роки	47,9	30,8	29,1	10,9	4,7	3,6
25–34 роки	43,1	29,3	30,7	11,3	4,8	3,4
35 +	42,9	25,2	20,0	13,9	7,8	4,1
<i>p</i>	0,008	0,023	<0,001	0,035	0,019	0,616
За статтю						
Чоловіки	45,4	27,0	25,5	10,5	5,8	3,6
Жінки	41,0	29,2	25,0	21,3	6,7	3,7
<i>p</i>	0,076	0,322	0,832	<0,001	0,452	0,851
Статус клієнта громадської організації						
Так	57,9	25,0	26,1	19,6	2,5	5,0
Ні	43,0	27,8	25,4	11,8	6,3	3,4
<i>p</i>	<0,001	0,320	0,799	<0,001	0,011	0,193
Стаж вживання						
До 3 років	49,6	25,8	21,5	14,8	3,3	2,0
3–5 років	41,3	34,6	32,2	11,7	5,7	3,4
6–10 років	45,8	27,7	29,8	12,7	6,2	4,1
11 +	43,9	24,4	21,6	12,6	7,0	4,0
<i>p</i>	0,082	<0,001	<0,001	0,565	0,069	0,314

Серед клієнтів громадських організацій більша частина опитаних не має бажання проходити тест, ніж серед тих, хто до таких організацій не залучений. Серед тих, хто не залучений до організацій такого типу, більше респондентів зазначили причиною, те, що, на їх думку, тестування платне.

За даними аналізу на регіональному рівні, структура причин непроходження тестування на ВІЛ є достатньо сталою та майже не відрізняється від результатів на національному рівні. За частотою згадування «небажання проходити тестування» превалює у всіх містах (див. табл. 5.2.6).

Один з ключових показників контролю за епідемією – «Відсоток СІН, які протягом останніх 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ та одержали його результат», – становить 42,8% (у 2011 році – 35,7%) (табл. 5.2.7). Дещо нижче серед чоловіків – 41,6% порівняно з жінками (46,8%,  $p < 0,001$ ). Розподіл показника залежно від віку СІН свідчить про наявність значимого зв'язку ( $p < 0,001$ ) та збільшення питомої ваги СІН, які проходили тестування на ВІЛ та отримали результат, разом із збільшенням віку опитаних.

Таблиця 5.2.6

Основні причини, чому СІН не робили тест на ВІЛ, за містами дослідження, %

Місто	Не маю бажання проходити тестування	Моя сексуальна поведінка була безпечною	Я завжди вживав/ла наркотики безпечним шляхом	Боюся дізнатись свій ВІЛ-статус	Думаю, що тестування платне	Незручне розташування місць, де можна зробити тест
Сімферополь	42,7	50,5	53,4	38,2	2,9	12,6
Вінниця	0,0	46,2	38,5	0,0	8,3	23,1
Луцьк	46,2	28,2	55,3	0,0	2,6	0,0
Дніпропетровськ	57,8	3,3	7,6	11,4	13,7	2,4
Донецьк	34,2	37,8	42,6	8,4	13,5	6,5
Житомир	56,7	17,2	23,3	6,7	10,3	0,0
Ужгород	34,2	26,3	21,1	7,9	19,3	2,6
Запоріжжя	53,8	18,3	9,5	3,6	1,2	0,0
Івано-Франківськ	64,4	17,8	24,4	8,9	0,0	0,0
Біла Церква	44,4	27,8	28,9	7,9	6,7	5,6
Київ	31,3	17,2	20,3	12,5	4,7	9,4
Кіровоград	29,5	30,7	12,5	18,2	0	1,1
Луганськ	49,3	32,0	28,7	0,0	7,3	10,7
Львів	2,1	82,3	25,7	4,3	2,8	0,7
Миколаїв	42,6	10,2	25,9	13,8	5,5	0,0
Одеса	75,0	8,3	8,3	16,2	5,6	0,0
Полтава	59,1	18,0	13,6	17,3	4,5	1,5
Рівне	28,2	54,1	44,7	10,6	4,7	0,0
Суми	86,2	5,6	5,5	7,3	0,0	0,9
Тернопіль	38,9	21,6	32,4	5,6	5,4	2,7
Харків	38,1	22,2	43,5	7,9	1,6	1,6
Херсон	53,6	44,3	55,2	1,0	6,3	1,0
Хмельницький	22,9	22,9	28,6	2,8	11,1	2,9
Черкаси	13,4	40,3	35,8	31,3	3,7	0,7
Чернівці	25,0	25,0	25,0	33,3	0,0	33,3
Чернігів	70,0	3,3	0,0	35,5	0,0	0,0
Фастів	36,8	13,2	7,9	32,4	5,3	0,0
Васильків	71,8	31,6	43,6	16,5	2,6	1,3
Севастополь	56,0	6,4	6,4	28,8	2,4	14,4

Згідно з результатами аналізу, в деяких містах, порівняно з 2008/2009 роками, збільшилася частина тих, хто пройшов тестування на ВІЛ за останні 12 місяців та отримав результат. Особливо відчутні зміни показника в таких містах: Вінниця, Київ, Чернівці (див. табл. 5.2.8.).

Тестування на ВІЛ за допомогою швидких тестів у 2013 році пройшла приблизно п'ята частина опитаних 19,8%, а у 2012 таке тестування пройшло 28,2% респондентів. Спостерігаються відмінності у проходженні тестування в тому чи іншому році за статтю, віком, стажем вживання наркотичних речовин та приналежністю до громадської організації, що працює зі споживачами ін'єкційних наркотиків.

Таблиця 5.2.7

Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які протягом останніх 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ-інфекцію та одержали його результат, % за статтю та віком

	Чоловіки	Жінки	Разом
Серед усіх	41,6	46,8	42,8
За віком			
СІН віком менше 25 років	33,8	37,1	34,7
СІН віком 25 років та старші	42,7	48,6	44,1

Таблиця 5.2.8

Відсоток СІН, які робили тест на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та отримали його результат, 2008/2009–2013 рр., %

Місто	2008/2009 рр.		2011 р.		2013 р.	
	%	Довірчі інтервали	%	Довірчі інтервали	%	Довірчі інтервали
Сімферополь (АР Крим)	14,7	9,9–19,7	26,9	22,9–31,0	18,7	14,3–23,8
Вінниця	22,4	16,1–29,0	58,8	53,9–64,2	69,7	62,6–77,3
Луцьк	31,2	20,8–39,2	52,5	45,8–58,4	33,9	27,7–40,2
Дніпропетровськ	37,7	29,0–46,5	16,5	12,5–20,9	34,7	28,6–41,1
Донецьк	46,8	39,3–54,6	36,3	31,9–42,4	24,3	18–32
Житомир	1,9	0,6–3,7	26,3	19,9–32,3	45,4	39–52,2
Ужгород	13,1	3,9–24,2	11,6	7,2–16,8	25,5	18,4–34,4
Запоріжжя	21,5	14,1–28,1	26,6	18,3–34,7	15,3	9,9–22,2
Івано-Франківськ	55,9	47,8–65,2	66,1	57,4–75,9	49,8	41,2–56,3
Біла Церква (Київська обл.)*	—*	—*	29,4	20,1–38,5	34,7	26,3–43,4
Київ	29,4	23,6–35,9	32,5	26,7–39,3	62,3	56,6–67,7
Кіровоград	20,2	13,8–26,8	24,0	18,8–30,8	37,8	29,8–46,7
Луганськ	18,3	9,6–27,3	62,3	52,9–70,1	31	22–42
Львів	1,9	0,4–3,9	8,7	4,3–13,0	42	35,7–48,2
Миколаїв	19,8	14,1–25,8	43,1	38,1–48,5	39	33,4–45,3
Одеса	16,5	12,3–22,1	26,4	22,1–31,4	51,4	45,5–57,3
Полтава	26,3	17,2–38,0	44,8	38,9–51,4	33	25,6–40,6
Рівне	62,2	54,7–70,9	10,8	7,7–14,1	43,4	35,2–51,3
Суми	12,8	7,0–21,9	69,9	63,1–75,7	18,6	13,8–24,1
Тернопіль	14,3	5,8–26,1	38,9	30,1–48,7	18,6	46,9–62,8
Харків	5,8	2,1–10,7	16,0	12,0–20,8	51,5	43,4–58,8
Херсон	42,9	33,5–52,3	38,4	32,6–42,8	36,6	29,1–44,5
Хмельницький	38,1	28,1–48,7	42,0	35,8–48,0	42,7	35,1–49,9
Черкаси	40,0	30,4–51,5	86,6	82,4–90,2	36,9	30–43,1
Чернівці	84,5	73,4–93,4	67,5	53,0–73,7	67,1	61,5–74,1
Чернігів	22,5	15,2–30,5	26,4	20,8–32,1	64,5	58,6–71,7
Фастів	—*	—*	—*	—*	24,7	11,5–35,9
Васильків	—*	—*	—*	—*	28	19,2–38
Севастополь	—*	—*	—*	—*	21,5	15,8–27,8

\* У цих містах у відповідний рік дослідження не проводилося.

Вагомий вклад в охоплення групи СІН послугами тестування на ВІЛ-інфекцію роблять неурядові організації, які проводять скринінгове тестування на наявність ВІЛ-інфекції швидкими тестами в рамках своєї програмної діяльності з профілактики ВІЛ-інфекції – більше половини СІН із числа тих, хто повідомив, що робив тест на ВІЛ протягом останніх 12 місяців, зазначили, що робили тест на базі громадських організацій (табл. 5.2.9).

**Таблиця 5.2.9**

**Проходження тестування на ВІЛ швидкими тестами на базі громадських організацій в 2012 та 2013 роках, %**

Характеристика	Проходили тестування 2012 р.	Проходили тестування 2013 р.
<b>Серед усіх</b>	<b>28,2</b>	<b>19,8</b>
<b>За статтю (p&lt;0,001)</b>		
Чоловіки	26,7	19,2
Жінки	32,9	21,4
<b>За віком (p&lt;0,001)</b>		
14–19 років	13,2	7,7
20–24 роки	21,8	16,6
25–34 роки	32,1	20,3
35 років та старше	26,6	20,6
<b>За стажем вживання (p&lt;0,001)</b>		
До 2 років	15,3	10,7
3–5 років	20,6	14,1
6–10 років	30,7	19,7
11 років та більше	30,8	22,3
<b>Статус клієнта громадської організації (p&lt;0,001)</b>		
Так	47,0	35,8
Ні	17,8	10,8

За результатами дослідження, частка тих, хто проходив тестування, є найвищою у Чернігові – 50,0% серед тих, хто пройшов тест на ВІЛ (див. табл. 5.2.10).

Дотестове консультування серед усіх опитаних отримали 87,5% опитаних. Про отримання дотестового консультування частіше повідомляли клієнти громадських організацій у порівнянні з не клієнтами (93,4% серед клієнтів та 84,1% серед не клієнтів) (табл. 5.2.11).

Таблиця 5.2.10

Проходження тестування на ВІЛ швидкими тестами на базі громадських організацій, %

Місто	2011	2013	
	%	%	Довірчі інтервали
Сімферополь (АР Крим)	26,8	8,1	5,0–11,3
Вінниця	27,1	28,1	21,0–35,1
Луцьк	19,4	9,7	6,0–13,1
Дніпропетровськ	11,7	21,4	15,8–26,6
Донецьк	23,7	12,1	8,1–15,8
Житомир	35,0	4,3	1,5–5,7
Ужгород	15,8	9,6	3,6–15,9
Запоріжжя	21,5	7,0	3,2–11,8
Івано-Франківськ	40,7	21,2	15,2–27,2
Біла Церква	15,2	12,8	7,2–18,9
Київ	32,4	37,8	32,1–43,1
Кіровоград	28,9	13,5	7,6–20,0
Луганськ	49,7	20,2	13,8–29,2
Львів	6,5	41,0	34,7–48,0
Миколаїв	19,6	16,2	12,3–21,3
Одеса	19,7	21,1	13,9–23,5
Полтава	18,3	25,3	19,1–32,5
Рівне	15,1	14,2	10,1–20,6
Суми	61,6	6,1	3,1–9,7
Тернопіль	23,8	17,9	12,0–23,8
Харків	18,7	36,8	29,0–45,6
Херсон	22,9	16,8	11,2–23,8
Хмельницький	13,0	26,4	20,2–33,3
Черкаси	55,9	22,1	16,6–28,0
Чернівці	69,8	19,9	14,7–26,9
Чернігів	15,6	50,0	41,8–56,2
Фастів	—*	13,1	6,2–20,8
Васильків	—*	21,5	14,4–30,4
Севастополь	—*	12,3	8,0–16,2

\*Дослідження в даному місті опитування у відповідний рік не проводилося.

**Таблиця 5.2.11**

**Отримання дотестового консультування серед споживачів ін'єкційних наркотиків, які проходили тестування на ВІЛ, % (N=6159)**

<b>Серед усіх</b>	<b>87,5</b>
<b>За статтю (p=0,084)</b>	
Чоловіки	86,4
Жінки	90,7
<b>За віком (p=0,110)</b>	
14–19 років	84,9
20–24 роки	88,4
25–34 роки	87,8
30 років та старше	87,0
<b>За стажем вживання (p=0,390)</b>	
До 2 років	82,1
3–5 років	87,5
6–10 років	87,8
11 років та більше	87,7
<b>Статус клієнта громадської організації (p&lt;0,001)</b>	
Так	93,4
Ні	84,1

Дані свідчать, що в кожному з міст більше 70% проходили дотестову консультацію.

Таблиця 5.2.12

Отримання дотестового консультування серед споживачів ін'єкційних наркотиків, %

Місто	%	Довірчі інтервали
Сімферополь (АР Крим)	94,3	91,2–97,4
Вінниця	86,6	80,8–92,6
Луцьк	95,8	91,6–98,2
Дніпропетровськ	81,4	74,2–91,3
Донецьк	85,8	84,8–93,6
Житомир	95,3	92,7–98,3
Ужгород	90,7	74,8–100,0
Запоріжжя	58,6	51,1–78,6
Івано-Франківськ	95,7	91,9–98,4
Біла Церква	87,2	81,1–95,5
Київ	87,1	80,9–89,8
Кіровоград	90,8	83,7–96,6
Луганськ	96,7	93,2–99,8
Львів	94,3	88,2–98,2
Миколаїв	76,7	70,4–82,1
Одеса	89,0	85,3–93,3
Полтава	76,6	67,2–84,6
Рівне	73,0	63,8–84,6
Суми	95,9	91,4–99,0
Тернопіль	87,9	79,9–91,1
Харків	85,4	82,0–92,4
Херсон	88,2	80,7–94,0
Хмельницький	97,4	94,2–99,6
Черкаси	88,4	82,8–93,8
Чернівці	99,6	99,3–100,0
Чернігів	97,4	95,3–100,0
Фастів	78,6	36,5–78,6
Васильків	71,8	43,1–89,3
Севастополь	91,6	89,1–96,8

Післятестову консультацію отримали 84,2% СІН, що мали досвід тестування на ВІЛ (табл. 5.2.13). У порівнянні з 2011 роком консультації цей показник зростає (було 75%).

**Таблиця 5.2.13**

**Отримання післятестового консультування серед споживачів ін'єкційних наркотиків, які проходили тестування на ВІЛ, %**

Серед усіх	84,2
<b>За статтю (p&lt;0,001)</b>	
Чоловіки	83,0
Жінки	87,6
<b>За віком (p&lt;0,001)</b>	
14–19 років	83,7
20–24 роки	86,0
25–34 роки	83,7
30 років та старше	84,3
<b>За стажем вживання (p&lt;0,001)</b>	
До 2 років	76,7
3–5 років	80,9
6–10 років	82,2
11 років та більше	85,5
<b>Статус клієнта громадської організації (p&lt;0,001)</b>	
Так	91,4
Ні	79,3

У кожному з міст більше 70% проходили післятестову консультацію, де мали змогу обговорити результати тесту на ВІЛ та отримати необхідну інформацію та психологічної підтримку (табл. 5.2.14).

Перебування на обліку в центрі СНІДу підтвердили 50,6% опитаних респондентів. Ключові відмінності спостерігаються за віком. Серед вікової групи від 25 до 34 років та серед СНІ старше 35 років питома вага тих, хто перебуває на обліку в центрі СНІДу, майже в два рази більше в порівнянні з молодшими віковими групами. Так само серед СНІ, що мають досвід вживання наркотиків більше 11 років, більша частка підтвердила наявність облікового запису в центрі СНІДу (табл. 2.5.15).



**Таблиця 5.2.14**
**Отримання післятестового консультування серед споживачів ін'єкційних наркотиків, які проходили тестування на ВІЛ 2013, за містами дослідження**

Місто	%	Довірчі інтервали
Сімферополь (АР Крим)	95,0	92,3–98,1
Вінниця	78,6	71,3–85,7
Луцьк	94,2	89,4–96,9
Дніпропетровськ	85,5	82,7–93,9
Донецьк	89,8	90,1–96,4
Житомир	95,0	92,7–98,6
Ужгород	87,1	71,3–96,6
Запоріжжя	53,0	49,4–77,1
Івано-Франківськ	88,3	78,4–93,7
Біла Церква	77,6	69,1–88,9
Київ	83,0	78,1–87,9
Кіровоград	72,2	57,4–81,5
Луганськ	94,7	89,3–99,2
Львів	93,3	86,9–97,4
Миколаїв	63,7	60,2–72,3
Одеса	87,1	84,0–92,1
Полтава	71,3	56,9–79,8
Рівне	72,6	64,0–84,6
Суми	99,6	90,1–100,0
Тернопіль	76,2	70,2–82,8
Харків	80,5	76,1–88,2
Херсон	82,8	69,8–91,5
Хмельницький	96,2	91,8–99,2
Черкаси	77,8	67,7–83,0
Чернівці	99,6	99,4–100,0
Чернігів	97,4	91,6–99,4
Фастів	75,2	46,7–84,1
Васильків	76,1	49,9–91,8
Севастополь	88,0	85,5–94,5

Для України залишається актуальним питання взяття на диспансерний облік групи ВІЛ-позитивних СІН, ведення їх випадку, вчасне призначення АРВ-терапії та формування прихильності до отримання такого лікування. Найбільше поінформованою групою серед СІН щодо того, де можна пройти тестування на ВІЛ, є група клієнтів НУО. Ця група СІН частіше за інших втілює свої знання в практику: більша частка мають досвід тестування на ВІЛ, отримання результатів, а серед ВІЛ-позитивних більша питома вага тих, хто реєструється на диспансерному обліку та отримує АРТ-препарати (див. рис. 5.2.2).

Таблиця 5.2.15

Перебування на обліку в центрі СНІДу, %

	2013
<b>Серед усіх</b>	<b>50,6</b>
<b>За статтю (p=0,779)</b>	
Чоловіки	50,2
Жінки	51,6
<b>За віком (p&lt;0,001)</b>	
14–19 років	14,3
20–24 роки	15,1
25–34 роки	43
35 років та старше	60,2
<b>За стажем вживання (p&lt;0,001)</b>	
До 2 років	23,5
3–5 років	29,3
6–10 років	26,2
11 років та більше	56,1
<b>Статус клієнта громадської організації (p&lt;0,001)</b>	
Так	65,6
Ні	38,4

За результатами аналізу, найбільші частки СН, що зареєстровані в центрі СНІДу, зафіксовано у Сімферополі, Одесі та Хмельницькому (див. табл. 5.2.16).

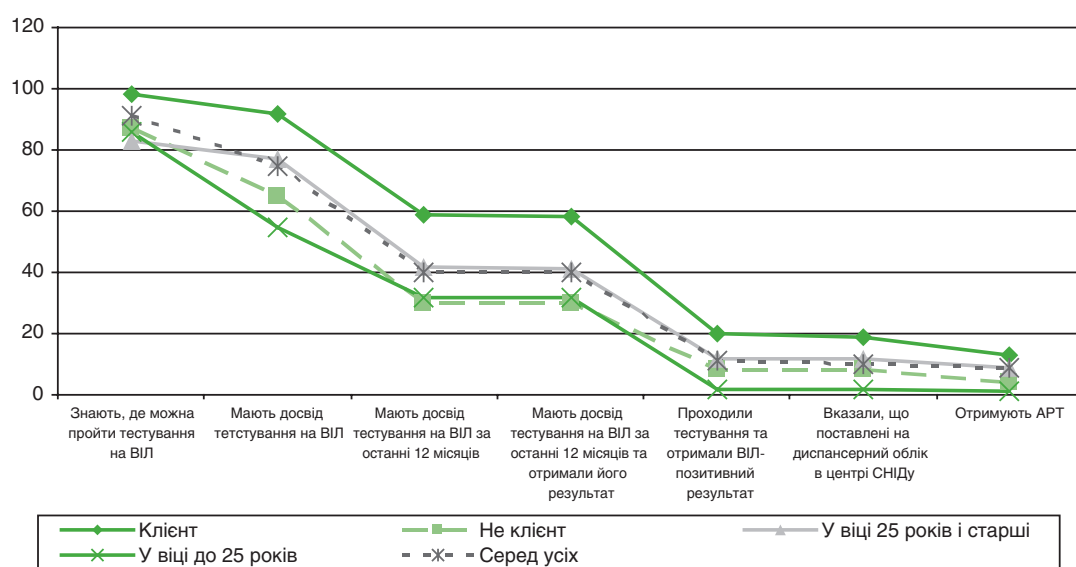


Рис. 5.2.2. Аналіз етапів тестування на ВІЛ, отримання результатів та лікування залежно від статусу клієнта НУО та віку СН, %

**Таблиця 5.2.16**
**Перебування на обліку в Центрі СНІДу 2013, %**

Місто	%	Довірчі інтервали
Сімферополь (АР Крим)	81,2	0,0–96,3
Вінниця	41,7	32,8–99,0
Луцьк	40,9	11,9–47,2
Дніпропетровськ	53,4	53,4–80,3
Донецьк	64,3	70,0–95,2
Житомир	28,0	2,7–37,1
Ужгород	6,3	0,0–35,5
Запоріжжя	1,5	0,0–8,3
Івано-Франківськ	70,3	32,0–100,0
Біла Церква	17,4	6,6–30,8
Київ	31,1	27,2–58,0
Кіровоград	39,4	0,0–100,0
Луганськ	17,6	0,0–28,6
Львів	79,3	86,7–100,0
Миколаїв	62,9	60,9–82,9
Одеса	80,7	89,1–100,0
Полтава	50,0	—**
Рівне	42,9	45,2–87,0
Суми	39,1	0,0–58,8
Тернопіль	72,7	39,3–96,1
Харків	50,5	10,7–79,1
Херсон	57,1	36,4–84,3
Хмельницький	86,7	65,1–100,0
Черкаси	56,4	37,9–72,6
Чернівці	66,7	—**
Чернігів	80,0	40,7–100,0
Фастів	62,5	73,9–100,0
Васильків	11,1	—**
Севастополь	60,5	18,7–99,2

\* У цих містах у відповідний рік дослідження не проводилося.

\*\* Інтервали не визначено.

## ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

За результатами біоповедінкових досліджень встановлено, що переважна більшість СІН володіє інформацією щодо можливих місць проходження тестування. Зберігається тенденція зростання частки тих, хто знає, де можна пройти тестування на ВІЛ та вважає його доступним для себе. Водночас, зростає частка тих, хто не знає, до кого саме звернутись для проходження тестування.

За даними попередніх досліджень, спостерігається динаміка зростання частки осіб серед СІН, які зверталися по допомогу для проходження тестування, і тих хто пройшов його. СІН, які мають статус клієнта громадських організацій, частіше від тих, хто не його не має, проходили тестування. Сталою залишається структура причин непроходження тестування на наявність ВІЛ, а небажання його проходити є першою за частотою згадування причиною.

Переважна більшість СІН отримували дотестову та післятестову консультацію.

### РЕЗЮМЕ

- 91,6% СІН знають, де можна пройти тестування на ВІЛ; 94,2% вважають доступним тестування для себе. Основним чинником недоступності вважають брак інформації про те, до кого звернутися та про місця, де можна пройти тестування.
- Досвід тестування протягом життя мають 73,5% опитаних СІН, протягом останніх 12 місяців – 39,4% опитаних СІН (у 2011 р – 35,7%). Серед основних причин, чому не робили тест на ВІЛ, – відсутність бажання проходити таке тестування, впевненість у своїй безпечній поведінці та побоювання дізнатися свій ВІЛ-статус.
- За допомогою швидких тестів пройшли тестування 28,2% опитаних СІН у 2012-му та 19,8% у 2013 роках.
- СІН, що проходили тестування на наявність ВІЛ, зазначають, що з ними не завжди проводиться до- та післятестова консультація.

# РОЗДІЛ 6. РІВЕНЬ ІНФІКУВАННЯ НА ВІЛ ТА ІНШІ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНІ ХВОРОБИ

У розділі представлені дані епідеміологічного компонента дослідження, в рамках якого всі респонденти пройшли тестування на ВІЛ та гепатит С за допомогою швидких тестів. Також представлена інформація щодо самодекларації наявності інших соціально-небезпечних захворювань.

## 6.1. ЗАХВОРЮВАННЯ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ, ГЕПАТИТ В І С<sup>15</sup>

14,6% СІН повідомили, що хворіли на гепатит В впродовж життя або хворіють на час опитування, а ще 7,4% не знали, чи мали таку хворобу (табл. 6.1.1).

Питома частка тих, що мали або мають гепатит В, зростає з віком: близько одного відсотка СІН повідомили про таке захворювання серед підлітків (14–19 років), а серед СІН у віці 35 років та старших такий досвід мали вже 19%.

Тривалий стаж вживання наркотиків ін'єкційним шляхом також асоціюється з більшим рівнем поширення захворюваності на гепатит В. Серед СІН зі стажем понад 11 років кожний п'ятий (20,3%) повідомив про те, що хворів або хворіє на гепатит В, а серед СІН з відносно нетривалим стажем (до 2 років) таких було 3,2%.

Логічною є майже вдвічі більша частка СІН з досвідом захворювання на гепатит В серед клієнтів громадських ВІЛ-сервісних організацій у порівнянні з неклієнтами. Клієнти громадських організацій, як правило, мають кращий доступ до медичних послуг та отримують послуги соціальних працівників з підвищення мотивації до турботи про власне здоров'я. З іншого боку, громадські організації часто співпрацюють з медичними закладами. Отже СІН, що потрапляють до лікарень внаслідок симптомів гепатиту, можуть переадресовуватися до громадських організацій.

Суттєвими є відмінності за досвідом ув'язнення. Серед СІН, що мали такий досвід, 22,8% повідомили про гепатит В, тоді як серед тих, що не відбували покарання у закладах пенітенціарної системи, таких виявилось 10,4%.

Відмінності за стажем щодо повідомлень про гепатит В залишаються також за віком (рис. 6.1.1). Іншими словами, як і у молодшій (14–24 роки), так і у старшій вікових групах СІН (від 25 років) більш тривалий стаж вживання наркотиків ін'єкційним шляхом асоціюється з більшим рівнем поширення захворюваності на гепатит В.

15 Запитання щодо інфікування на гепатити В та С, а також туберкульоз уперше з'являються в моніторингу 2011 року. Разом з тим, динаміка таких повідомлень може бути розрахована тільки щодо повідомлень про туберкульоз. Опитування 2011-го та 2013 років відрізняються формулюванням запитань щодо гепатитів. У 2011 році опитувальник містив запитання про гепатити В і С в контексті перенесених хвороб за останні 12 місяців, натомість у 2013 р. запитання не містили обмеження в часі (хворіли впродовж життя або хворієте зараз).

Таблиця 6.1.1

Розподіл відповідей на запитання «Чи хворіли/хворісте Ви на гепатит В?», % (2013 р.)

Соціально-демографічні групи		Так	Ні	Не знаю
Серед усіх		14,6	78,0	7,4
Стать (p=0,111)	Чоловіча	15,0	77,6	7,4
	Жіноча	13,2	79,5	7,3
Вік (p<0,001)	14–19 років	0,9	85,3	13,7
	20–24 роки	6,2	86,8	7,0
	25–34 роки	13,0	80,1	6,9
	35 років та більше	19,1	73,3	7,6
Стаж вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (p<0,001)	До 2 років	3,2	86,1	10,6
	3–5 років	4,0	88,0	8,0
	6–10 років	8,8	84,7	6,4
	11 років та більше	20,3	72,6	7,2
Участь у громадських ВІЛ-сервісних організаціях (p<0,001)	Є клієнтами	19,8	73,0	7,2
	Не є клієнтами	11,6	80,9	7,5
Досвід ув'язнення (p<0,001)	Є такий досвід	22,8	69,1	8,1
	Немає такого досвіду	10,4	82,6	7,0

Наявність досвіду перебування в місцях позбавлення волі також пов'язується з більшою часткою повідомлень про хворобу на гепатит В як у старшій, так і молодшій віковій групах (рис. 6.1.2). Разом з тим, якщо розглядати СІН, котрі мали досвід ув'язнення, у молодшій групі частка хворих або таких, що хворіли на гепатит В, майже вдвічі менша за аналогічний показник у старшій віковій групі.

Щодо міст опитування, то в 11 з них вища за середню по країні частка СІН, що хворіють або хворіли на гепатит В, а саме: Харків (18,4%), Івано-Франківськ (18,6%), Сімферополь (18,7%), Одеса (19,1%), Дніпропетровськ (19,9%), Вінниця (21,6%), Миколаїв (23,5%), Фастів (24,3%), Херсон (26,5%), Донецьк (26,5%) та Київ (30,1%) (табл. 6.2). Серед міст з низьким рівнем інфікування гепатитом В (за самодекларацією) – Чернівці, Суми, Тернопіль та Полтава; у цих містах менше 5% СІН зазначили, що хворіли на гепатит В.

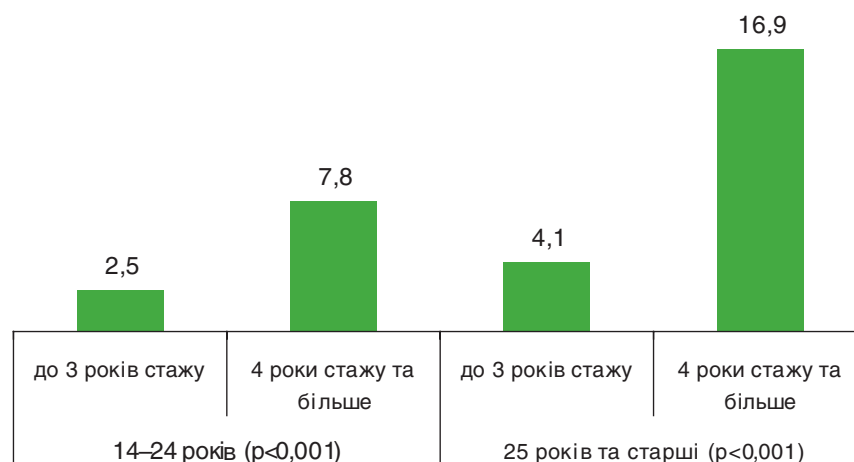
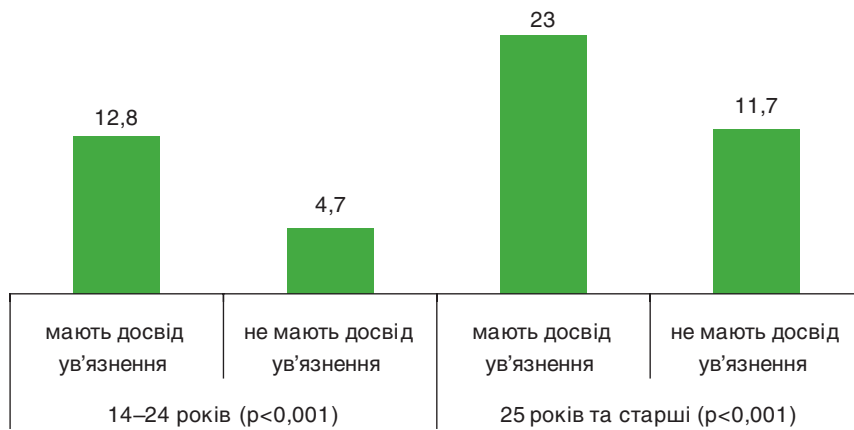


Рис. 6.1.1. Розподіл СІН, що хворіли на гепатит В, за самодекларацією, серед різних вікових груп та за стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, %



**Рис. 6.1.2. Розподіл СІН, що хворіли на гепатит В за самодекларацією, серед різних вікових груп та за досвідом ув'язнення, % (у рис.: 14–24 роки)**

**Таблиця 6.1.2**

**Розподіл відповідей на запитання «Чи хворіли/хворієте Ви на гепатит В?» за містами опитування, % (2013 р.)**

Міста	%	Довірчі інтервали
Сімферополь	18,7	14,6–23,3
Вінниця	21,6	15,4–28,3
Луцьк	12,1	8,3–16,5
Дніпропетровськ	19,9	15,4–25,1
Донецьк	26,5	18,9–34,8
Житомир	5,0	2,9–8,3
Ужгород	0,9	0,0–2,7
Запоріжжя	6,9	4,1–9,8
Івано-Франківськ	18,6	11,7–27,1
Київ	30,1	24,5–35,4
Кіровоград	7,8	3,1–14,2
Луганськ	7,7	4,2–12,9
Львів	12,0	6,6–17,5
Миколаїв	23,5	17,8–29,6
Одеса	19,1	14,9–23,6
Полтава	4,9	2,4–8,0
Рівне	9,3	5,3–13,8
Суми	4,1	1,9–6,5
Тернопіль	4,3	1,5–8,2
Харків	18,4	10,5–27,7
Херсон	26,5	20,1–31,6
Хмельницький	14,6	9,2–20,0
Черкаси	9,5	6,2–13,4
Чернівці	4,1	1,9–6,5
Чернігів	5,5	2,4–9,2
Біла Церква	10,9	6,7–16,1
Васильків	6,8	1,2–13,9
Севастополь	9,3	5,2–14,1
Фастів	24,3	14,7–41,5

Більше чверті СІН (27,6%) повідомили, що хворіли на гепатит С впродовж життя, а 9,7% вагалися, чи мали таке захворювання (табл. 6.1.3)<sup>16</sup>.

Повідомлення про гепатит С частішають з віком та стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом. Серед СІН-підлітків 6,3% повідомили, що інфіковані на гепатит С, серед 20–24-річних – 11,2%, а серед 25–34-річних – вже більше чверті (28,4%). Аналогічна тенденція характеризує СІН з різним стажем: у групі споживачів з 2-річним або менш тривалим досвідом вживання наркотиків ін'єкційним шляхом питома частка інфікованих на гепатит С становить 5,4%, натомість серед СІН з 11-річним або більш тривалим стажем вже 36,8% декларують, що мають таку інфекцію.

Серед СІН, що беруть участь у громадських ВІЛ-сервісних організаціях, майже половина опитаних (44,1%) повідомила про наявність гепатиту С, а серед неклієнтів таких організацій менш ніж кожний п'ятий (18,4%) зазначив, що хворів або хворіє на гепатит С. Разом з тим, частка осіб, що не були впевнені, чи хворіють вони на гепатит С, є практично однаковою як серед клієнтів, так і неклієнтів громадських організацій.

Перебування в установах пенітенціарної системи (колонії, СІЗО) може бути пов'язано з підвищеним ризиком інфікування гепатитом С. У порівнянні з СІН, які не мали досвіду ув'язнення, частка інфікованих на гепатит С серед СІН, що мали такий досвід, удвічі більша (40,5% проти 21%).

**Таблиця 6.1.3**

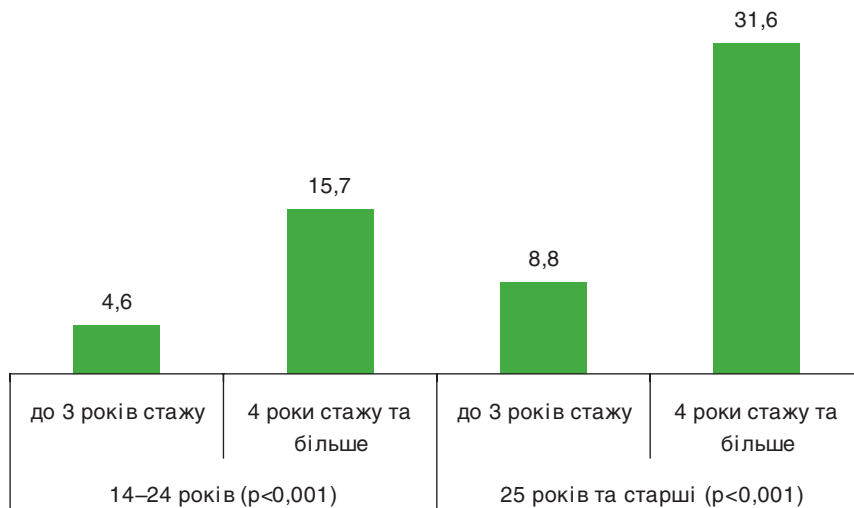
**Розподіл відповідей на запитання «Чи хворіли/хворієте Ви на гепатит С?», %**

Соціально-демографічні групи		Так	Ні	Не знаю
<b>Серед усіх</b>		<b>27,6</b>	<b>62,7</b>	<b>9,7</b>
Стать (p=0,986)	Чоловіча	27,6	62,6	9,7
	Жіноча	27,4	62,8	9,7
Вік (p<0,001)	14–19 років	6,3	79,5	14,2
	20–24 роки	11,2	81,1	7,7
	25–34 роки	28,4	62,7	9,0
	35 років та більше	32,2	57,0	10,8
Стаж вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (p<0,001)	До 2 років	5,4	83,9	10,6
	3–5 років	9,7	82,3	8,0
	6–10 років	19,7	72,2	8,2
	11 років та більше	36,8	52,8	10,5
Участь у громадських ВІЛ-сервісних організаціях (p<0,001)	Є клієнтами	44,1	45,9	10,0
	Не є клієнтами	18,4	72,1	9,5
Досвід ув'язнення (p<0,001)	Є такий досвід	40,5	48,3	11,1
	Немає такого досвіду	21,0	70,0	9,0

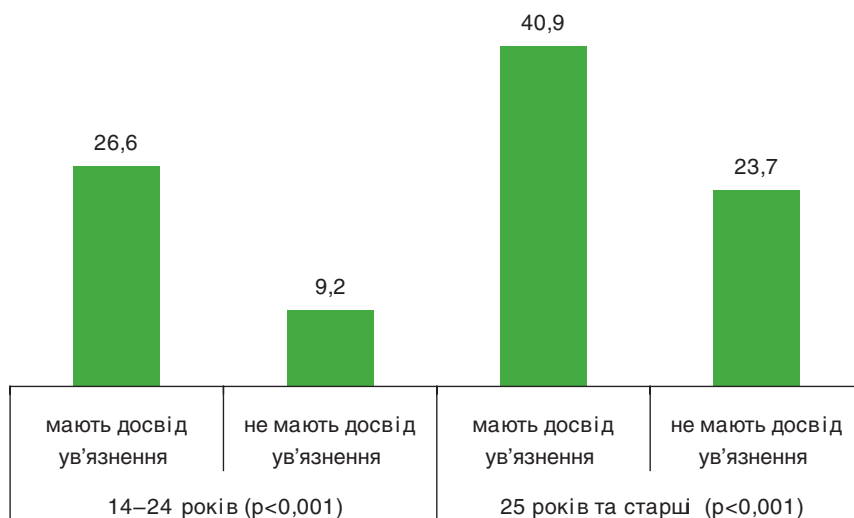
<sup>16</sup> Слід зазначити, що гепатит С може бути інфекцією без хвороби, тобто людина не хворіє, але є носієм вірусу і може інфікувати інших; це може бути гостре захворювання; захворювання, яке може бути вилікованим після гострого захворювання; або мати форму хронічного захворювання. На жаль, запитання анкети не передбачає розрізнення між окремими формами гепатиту: гостра чи хронічна, наявність вірусу за відсутності симптомів тощо. Отже, коли СІН декларували про те, що вони хворіли або хворіють на гепатит С, це могла бути будь-яка форма прояву такої інфекції. Так, вислів «хворіли на гепатит С за останні 12 місяців» не обов'язково означає виліковування хвороби, це може бути перехід із гострої форми у хронічну.



Більш тривалий стаж вживання наркотиків та перебування в установах пенітенціарної системи асоціюється з підвищеним ризиком інфікування гепатитом С як у старшій, так і молодшій вікових групах СІН (рис. 6.1.3, 6.1.4). Ймовірність більш тривалого стажу вживання наркотиків та появи досвіду ув'язнення зростає з віком СІН, проте наявність таких факторів ризику може підвищувати ризик хвороби на гепатит С у будь-якому віці.



**Рис. 6.1.3. Розподіл СІН, що хворіли на гепатит С (за самодекларацією), серед різних вікових груп та за стажом вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, %**



**Рис. 6.1.4. Розподіл СІН, що хворіли на гепатит С (за самодекларацією), серед різних вікових груп та за досвідом ув'язнення, %**

Питомі частки СІН, котрі повідомляли про інфікування гепатитом С, суттєво відрізняються за містом опитування. У столиці зафіксовано найбільшу частку інфікованих гепатитом С (за самодекларацією) – 60,1% (табл. 6.1.4). Майже половина опитаних повідомили, що мають гепатит С, у Вінниці (40,2%), Василькові (43,2%), Одесі (48,5%) та Чернігові (49,1%). СІН, що, за власним повідомленням, не були інфіковані на гепатит С, переважали в Сімферополі, Кіровограді та Запоріжжі; у цих містах тільки приблизно кожний десятий зазначав про наявність такої хвороби, хоча це може відображати більшою мірою ситуацію з діагностикою, ніж зі справжньою поширеністю інфекції.

Таблиця 6.1.4

Розподіл відповідей на запитання «Чи хворіли/хворісте Ви на гепатит С?» за містами опитування, % (2013 р.)

Міста	%	Довірчі інтервали
Сімферополь	8,8	5,8–12,3
Вінниця	40,2	32,5–48,7
Луцьк	23,5	18,7–28,9
Дніпропетровськ	23,1	18,3–28,9
Донецьк	18,6	13,7–24,7
Житомир	21,8	15,7–27,6
Ужгород	15,7	10,1–23,6
Запоріжжя	10,9	6,7–16,0
Івано-Франківськ	17,3	11,1–25,2
Київ	60,1	54,3–65,8
Кіровоград	9,1	3,8–17,0
Луганськ	30,4	21,4–41,7
Львів	14,4	8,6–20,8
Миколаїв	29,4	23,4–35,8
Одеса	48,5	41,8–54,8
Полтава	16,7	11,0–23,5
Рівне	21,8	14,1–29,4
Суми	20,7	15,7–26,6
Тернопіль	32,5	24,6–41,0
Харків	25,3	18,6–33,6
Херсон	34,9	28,9–41,7
Хмельницький	20,6	14,1–28,0
Черкаси	26,8	20,0–34,0
Чернівці	39,6	31,7–47,1
Чернігів	49,1	42,7–55,7
Біла Церква	21,7	15,8–28,8
Васильків	43,2	32,4–54,7
Севастополь	18,2	13,0–24,2
Фастів	32,0	21,0–46,9

Як встановлено опитуванням 2011 року, 12,3% СІН хворіли раніше або на час опитування туберкульозом (рис. 6.1.5). Динаміка впродовж 2011–2013 років свідчить про відсутність суттєвих змін у цьому показнику (відмінності не є статистично значущими на рівні 5%). Із загалу тих СІН, що хворіли на туберкульоз, приблизно половина проходили лікування цієї хвороби за останні 12 місяців (45,3%, або 5,3% від загалу опитаних). Фактично всі опитані СІН, що проходили лікування від туберкульозу за останній рік, стояли на обліку у зв'язку із захворюванням на туберкульоз. За результатами 2011 року, вдвічі більше СІН повідомили, що вони перебувають на обліку у зв'язку з захворюванням на туберкульоз. Такі відмінності можуть бути наслідком різних співвідношень у часі між періодом захворювання та опитуванням. Ймовірно, у 2011 році більша частка осіб проходили лікування від туберкульозу в період дослідження або в рік, що передував цьому, в той час як у 2013 році, навпаки, більшою була частка СІН, які вже завершили лікування і не стояли на обліку.

Близько третини серед тих СІН, що хворіли на туберкульоз (35,6%, або 4,2% від загалу опитаних), вважали, що їхній лікар-фтизіатр знає, що вони вживають наркотики ін'єкційним шляхом. Цей відсоток майже вдвічі зменшується в порівнянні з 2011 роком, коли 63,3% від загалу СІН, що хворіли на туберкульоз, або 7,8% від загалу опитаних, вважали, що їхній лікар-фтизіатр знає про те, що вони є СІН. Разом з тим, ця різниця не є такою драматичною, якщо розглядати СІН, котрі на момент дослідження стояли на обліку у зв'язку із захворюванням на туберкульоз; у цій групі 71,1% у 2011 р. та 78,7% у 2013 році вважали, що їхній лікар-фтизіатр знає, що вони є СІН.



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

**Рис. 6.1.5. Динаміка захворюваності СІН на туберкульоз, за самодекларацією, серед загалу опитаних, % (2011–2013 роки)\***

Чоловіки частіше, ніж жінки, повідомляли про те, що хворіли або хворіють на туберкульоз (13,1% у проти 7,5%) (табл. 6.1.5).

У групі підлітків (14–19 років) та молоді (20–24 роки) були лише поодинокі випадки повідомлень про туберкульоз: 1,1 та 1,7% відповідно. Разом з тим, серед 25–34-річних СІН вже 7,6% зазначили про те, що мали такий діагноз, а серед старших СІН (35 років та більше) майже кожний п'ятий (19,2%) впродовж життя хворів на туберкульоз.

Подібний розподіл спостерігається і за стажом вживання наркотиків. Особливо вирізняється група СІН з дуже тривалим стажом (11 років та більше), де 17% хворіли або хворіють на туберкульоз. Для порівняння, у групі з 6–10-річним стажом – 4,6% отримували діагноз “туберкульоз”, за самодекларацією.

Як і у випадку гепатитів, участь у громадських ВІЛ-сервісних організаціях асоціюється з більшою часткою СІН, які повідомили, що протягом життя хворіли на туберкульоз.

Суттєвою є різниця за наявністю досвіду ув'язнення. Серед СІН– колишніх в'язнів, кожний четвертий (24,9%) повідомив про туберкульоз, натомість у групі СІН, які не мають такого досвіду, – тільки 5%.

Таблиця 6.1.5

Питома частка СІН, що хворіли на туберкульоз у минулому або на час дослідження, за самодекларацією, %

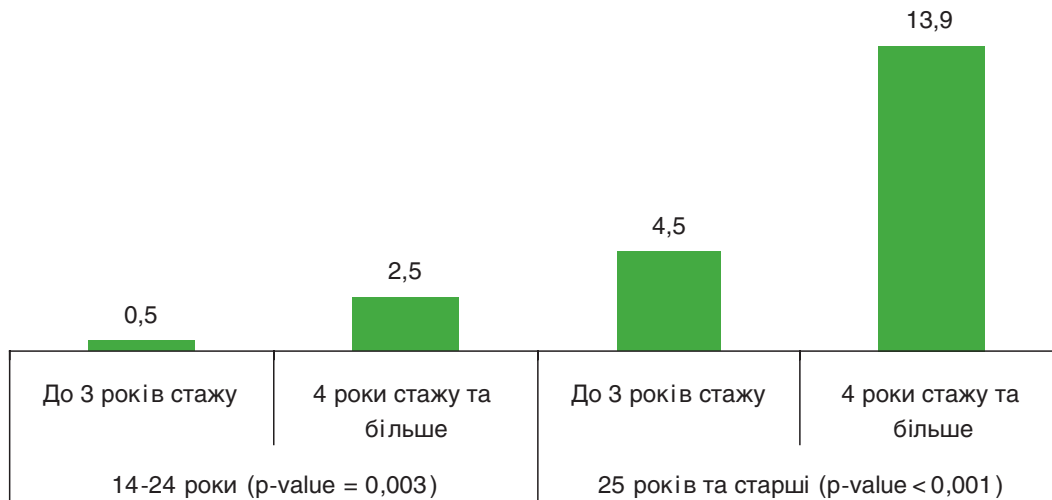
Соціально-демографічні групи		%
Серед усіх		11,7
Стать (p<0,001)	Чоловіча	13,1
	Жіноча	7,5
Вік(p<0,001)	14–19 років	1,1
	20–24 роки	1,7
	25–34 роки	7,6
	35 років та більше	19,2
Стаж вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (p<0,001)	До 2 років	2,5
	3–5 років	3,2
	6–10 років	4,6
	11 років та більше	17,0
Участь у громадських ВІЛ-сервісних організаціях (p<0,001)	Є клієнтами	17,5
	Не є клієнтами	8,5
Досвід ув'язнення (p<0,001)	Є такий досвід	24,9
	Немає такого досвіду	5,0

Зв'язок між стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом та захворюваністю на туберкульоз зберігається як серед молодих СІН віком до 24 років, так і старших СІН (від 25 років): питома частка осіб, які повідомляли, що хворіли або хворіють на туберкульоз, була вищою серед осіб з більш тривалим стажем (рис. 6.1.6). Разом з тим, основна частина СІН, що хворіли або хворіють на туберкульоз, концентрується серед респондентів у віці від 25 років та старших, що мають від 4 років стажу (13,9%).



Рис. 6.1.6. Розподіл СІН, що хворіли на туберкульоз, за самодекларацією, серед різних вікових груп та за стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, %

Досвід ув'язнення є ключовим фактором, що визначає ризик захворювання. Серед СІН, що не мали досвіду ув'язнення впродовж життя, 1,7% повідомили про туберкульоз у групі респондентів з відносно нетривалим стажем (до 3 років) та 5,7% – у групі зі стажем від 4 років (рис. 6.1.7). Ці відсотки суттєво збільшуються серед СІН, які перебували в місцях позбавлення волі: 10,3% у групі СІН зі стажем до 3 років та 25,2% у групі зі стажем від 4 років.



**Рис. 6.1.7. Розподіл СІН, що хворіли на туберкульоз, за самодекларацією, за досвідом ув'язнення та стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, %**

Херсон, Сімферополь, Тернопіль та Дніпропетровськ є містами з найвищим рівнем захворюваності СІН на туберкульоз: тут понад 20% повідомляли про те, що хворіли або хворіють на туберкульоз (табл. 6.6). Натомість в Ужгороді, Луганську, Чернівцях та Сумах менше 5% опитаних СІН зазначили про туберкульоз.

Упродовж 2011–2013 років рівень поширеності туберкульозу серед СІН протягом життя за самодекларацією знижується найбільшою мірою в Луцьку (–17,8%) та Черкасах (–8,2%). У межах 1–5% зафіксовано падіння рівня захворюваності на туберкульоз в Ужгороді, Луганську, Запоріжжі, Полтаві, Херсоні, Хмельницькому, Чернівцях, Сімферополі, Сумах та Донецьку.

Таблиця 6.1.6

Динаміка частки респондентів, які хворіли або хворіють на туберкульоз, серед СІН, за самодекларацією, за містами опитування, % та довірчі інтервали

Міста	2011 рік		2013 рік	
	%	Довірчі інтервали	%	Довірчі інтервали
Сімферополь	24,2	20,4–28,0	22,3	17,9–26,8
Вінниця	8,3	5,4–11,2	7,9	3,8–12,5
Луцьк	25,6	21,0–30,1	7,8	5,2–10,7
Дніпропетровськ	23,2	19,5–27,0	29,3	23,0–35,6
Донецьк	10,4	7,7–13,1	8,8	5,5–12,6
Житомир	6,0	3,5–8,5	5,2	2,7–8,0
Ужгород	5,0	2,0–8,0	1,0	0,0–2,5
Запоріжжя	10,0	5,8–14,2	6,2	3,1–9,9
Івано-Франківськ	9,2	5,6–12,8	8,7	5,1–13,6
Київ	9,4	6,8–11,9	8,7	5,5–12,2
Кіровоград	4,9	2,6–7,1	6,1	1,7–12,2
Луганськ	5,2	2,4–7,9	1,3	0,4–2,7
Львів	4,4	1,9–6,9	9,8	5,9–14,0
Миколаїв	15,9	12,7–19,1	16,8	12,2–21,7
Одеса	15,2	12,1–18,3	18,1	14,0–22,8
Полтава	10,9	7,6–14,1	8,0	3,6–13,9
Рівне	1,1	0,0–2,3	12,9	7,5–18,9
Суми	5,7	3,3–8,1	4,0	2,0–6,4
Тернопіль	23,1	17,3–29,0	24,0	16,4–32,5
Харків	9,7	6,6–12,7	14,6	7,9–22,4
Херсон	23,7	19,3–28,2	20,8	15,2–26,8
Хмельницький	13,8	10,2–17,4	11,8	7,1–17,3
Черкаси	19,7	15,5–23,8	11,5	8,1–15,7
Чернівці	5,0	2,0–8,0	3,0	0,4–9,0
Чернігів	8,6	5,7–11,5	12,4	8,3–17,3
Біла Церква	3,7	1,5–5,8	8,2	4,4–12,6
Васильків	–		3,7	0,5–7,9
Севастополь	–		15,4	10,8–20,5
Фастів	–		6,8	2,6–12,1

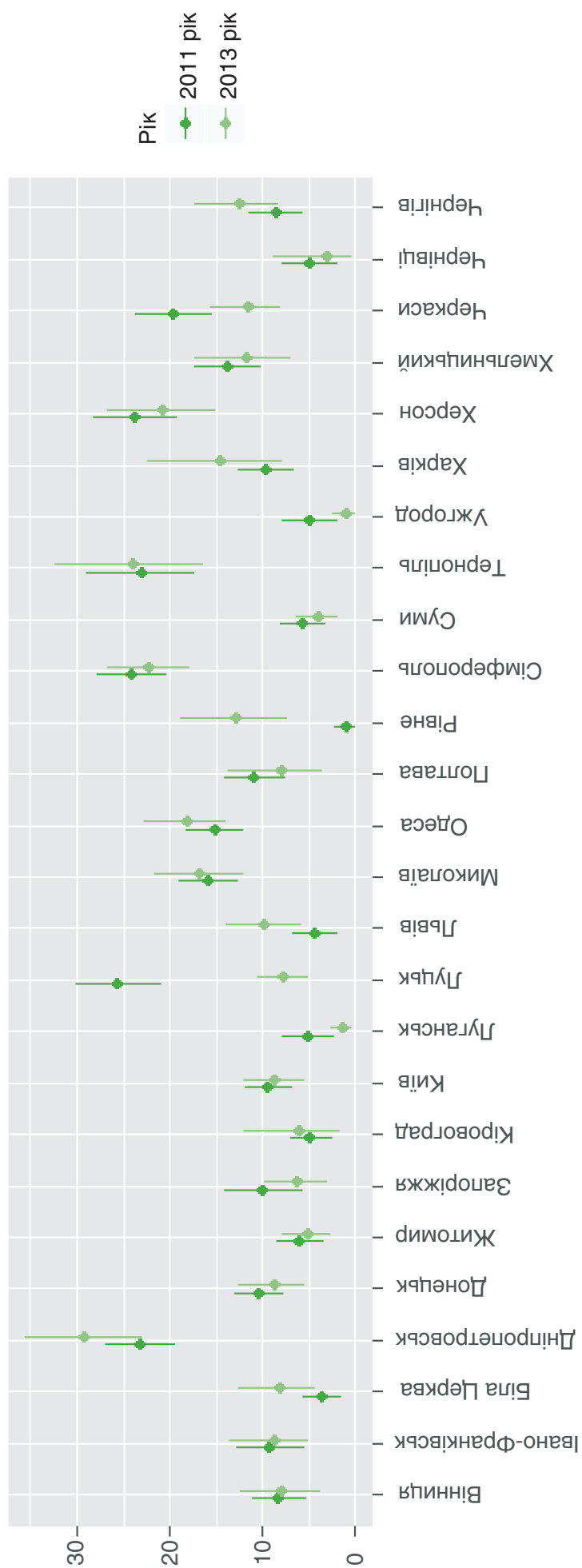


Рис. 6.1.8. Динаміка захворюваності на туберкульоз серед СНІ, за самодекларацією, за містами опитування, % та довірчі інтервали

## 6.2. РІВЕНЬ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ СЕРЕД СІН

За результатами зв'язаного дослідження<sup>17</sup>, 19,7% отримали позитивний результат тесту на ВІЛ (рис. 6.3). Це дещо нижче за показник моніторингу 2011 та 2009 років (21,6%).

Частка ВІЛ-інфікованих СІН за результатами тестування більша за частку тих, хто повідомив про позитивний результат тесту, за самодекларацією (11,9% від загалу опитаних). Отже 740 СІН, або 7,8% від загалу опитаних, уперше дізналися про позитивний результат тесту. Іншими словами, 40% серед загалу ВІЛ-інфікованих СІН не знали про свій статус. Слід розуміти, що ця оцінка є приблизною, оскільки ми не можемо виокремити осіб, які знали про позитивний результат тесту, проте вирішили не повідомляти його або зазначили статус, що не відповідає реальному.

Частки СІН, які повідомили про свій позитивний ВІЛ-статус до тестування у межах дослідження, та тих, що стоять на обліку в центрах СНІДУ, збігаються. Це свідчить про високу доступність послуг центру СНІДУ, тобто система обліку, як правило, охоплює всіх СІН, котрі знають про свій ВІЛ-позитивний статус. Про отримання АРТ зазначили майже дві третини (63,4%) від загалу СІН, що стоять на обліку в центрах СНІДУ, або 7,6% від загалу опитаних. Разом з тим, ми не можемо оцінити, наскільки це характеризує забезпеченість послугами АРТ, оскільки не відома інформація про вірусне навантаження інфікованих СІН. Зважаючи на частку ВІЛ-інфікованих за результатами тестування в межах дослідження, можна припускати, що принаймні майже дві третини (62%) від загалу СІН з позитивним статусом, або 12% від загалу опитаних СІН, наразі не отримують АРТ, проте потенційно мають потребу у таких послугах (рис. 6.2.1).

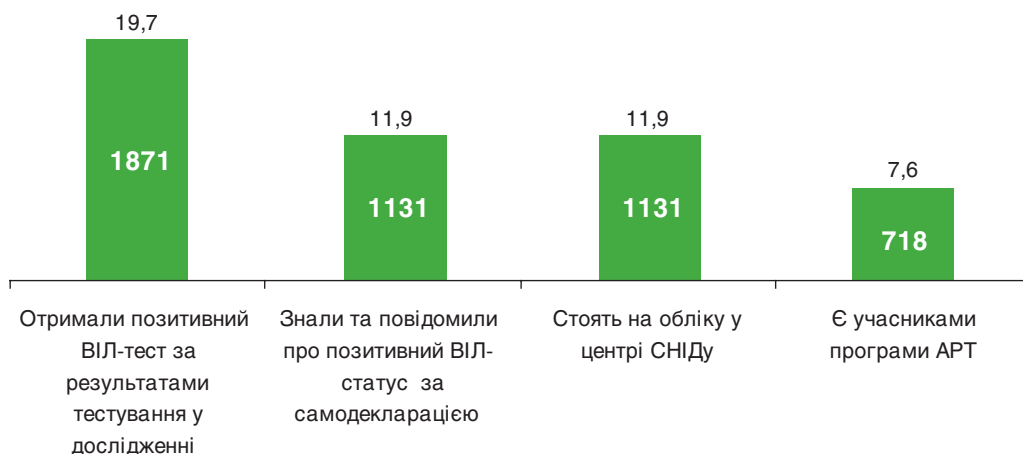


Рис. 6.2.1. Поширеність ВІЛ та охоплення центрами СНІДУ, % від загалу опитаних та абсолютні числа

<sup>17</sup> Зв'язане дослідження – це поєднання опитування представників груп ризику з їх тестуванням, що дозволяє підтвердити статус, який декларується респондентом, отримати інформацію в разі незнання респондентом його статусу або відмови респондента називати результати попередніх тестувань та більш детально проаналізувати чинники інфікування. У 2013 р. здійснювалося тестування крові респондентів на ВІЛ та гепатит С.



Серед респондентів, які повідомили про свій ВІЛ-позитивний статус, 86,7% підтвердили позитивний результат у межах зв'язаного дослідження (табл. 6.2.1). 4,9% респондентів (238 осіб) за результатами попередніх тестувань мали негативний ВІЛ-статус, проте за тестуванням у рамках дослідження отримали позитивний результат. Цей відсоток частково відображає нові випадки інфікування, проте не дорівнює їм, оскільки не всі СІН проходили тестування до дослідження чи погодилися назвати результат тесту.

**Таблиця 6.2.1**

**Самодекларований ВІЛ-статус та ВІЛ-статус, підтверджений результатами зв'язаного дослідження, % та абсолютні числа**

Результати зв'язаного дослідження (p<0,001)	Самодекларація ВІЛ-статусу з попередніх тестувань	
	Позитивний	Негативний
Позитивний	86,7 (980)	4,9 (238)
Негативний	13,3 (150)	95,1 (4590)
Разом	100 (1130)	100 (4828)

13,3% СІН (150 респондентів, або 1,6% від загалу опитаних), які задекларували свій ВІЛ-позитивний статус, отримали негативний результат у зв'язаному дослідженні. 117 респондентів з цієї групи повідомили, що вони перебувають на обліку в центрі СНІДу, а 82 СІН зазначили, що є учасниками АРТ; отже їхній ВІЛ-статус мав бути підтвердженим. Причиною таких розбіжностей може бути обмежена чутливість та специфічність швидких тестів, які ніколи не дають 100% точності, особливо у випадку, коли людина приймає АРТ-препарати, що значно знижує вірусне навантаження.

**Таблиця 6.2.2**

**Питома вага СІН, що отримали позитивний результат тестування на ВІЛ, %**

Серед усіх	19,7
За статтю (p<0,001)	
Чоловіки	18,8
Жінки	22,4
За віком (p<0,001)	
14–19 років	2,3
20–24 роки	7,2
25–34 роки	16,1
35 років та більше	27,6
За стажем вживання ін'єкційних наркотиків (p<0,001)	
До 2 років	3,5
3–5 років	7,2
6–10 років	9,7
11 років та більше	26,6
Участь у громадських ВІЛ-сервісних організаціях (p<0,001)	
Є клієнтами	26,8
Не є клієнтами	14,8
Досвід ув'язнення (p<0,001)	
Є такий досвід	25,2
Немає такого досвіду	12,6

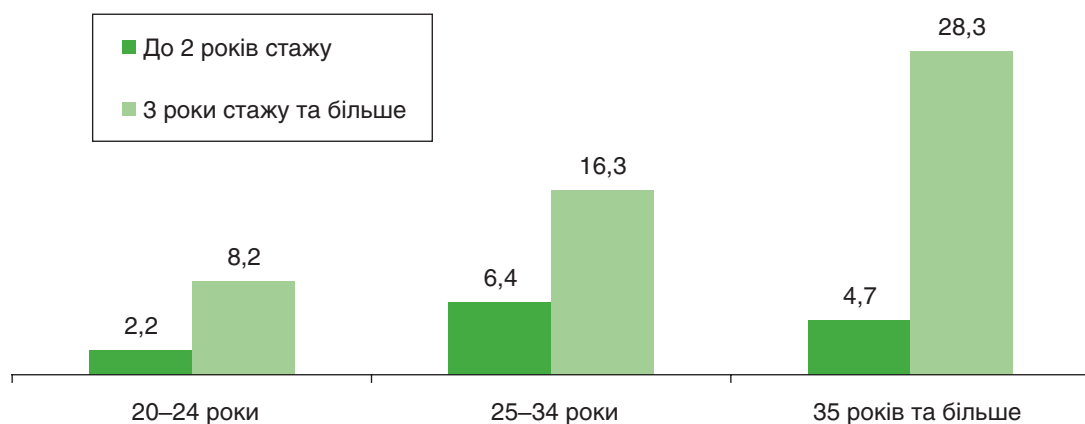
Рівень поширеності ВІЛ відрізняється за статтю, віком, стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом. Так, за результатами зв'язаного дослідження, серед жінок-СІН 22,4% отримали позитивний результат тесту, а серед чоловіків – 18,8% (табл. 6.2.1).

Поширеність ВІЛ зростає з віком. Показник ВІЛ-інфікування у групі підлітків (18–19 років) становить 2,3%. Серед 20–24-річних СІН питома вага ВІЛ-інфікованих збільшується до 7,2%. У групі 25–34-річних СІН отримано 16,1% позитивних тестів на ВІЛ, а серед СІН у віці від 35 років і старших позитивний результат тесту на ВІЛ вже мали більше чверті опитаних (27,6%).

Подібний тренд характеризує й відмінності в рівні поширеності ВІЛ за стажем вживання наркотиків. Якщо серед СІН, що вживають ін'єкційні наркотики до 2 років, питома вага ВІЛ-інфікованих становить 3,5%, то серед СІН зі стажем від 11 років та більше – 26,6%.

Слід зазначити, що стаж вживання наркотиків є більш критичним фактором в оцінці відмінностей у поширеності ВІЛ. Наприклад, у групі 25–34-річних, рівень поширеності ВІЛ серед СІН з відносно нетривалим стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (до 2 років) у 2,6 рази перевищував аналогічний показник серед СІН зі стажем від 3 років та більше (рис. 6.2.2). Серед 35річних та старших такі відмінності посилюються: так, у групі СІН зі стажем до 2 років поширеність ВІЛ у 6 разів менший у порівнянні з СІН, які мають від 3 та більше років стажу.

Суттєвою є різниця за наявністю досвіду ув'язнення. Серед СІН – колишніх в'язнів кожний четвертий (25,2%) отримав позитивний результат тестування на ВІЛ, натомість у групі СІН, які не мають такого досвіду, таких виявилось удвічі менше (12,6%).



**Рис. 6.2.2. Поширеність ВІЛ за віком в залежності від різного стажу вживання ін'єкційних наркотиків, %**

Більша частка ВІЛ-позитивних серед клієнтів громадських ВІЛ-сервісних організацій є наслідком специфіки роботи таких організацій та їх співпраці з центрами СНІДу. Серед загалу СІН, що не були клієнтами громадських ВІЛ-сервісних організацій, 14,8%, або 838 осіб, отримали позитивний результат тесту на ВІЛ. У цій групі 336 осіб (3,5% від загалу опитаних) зазначили про наявність ВІЛ-інфекції за результатами попередніх тестувань (самодекларація), а решта – не знали, не проходили тестування чи відмовилися від розголошення статусу. Принаймні 18% від загалу ВІЛ-інфікованих СІН вже знали про свій статус до дослідження, проте не були клієнтами жодних громадських ВІЛ-сервісних організацій.

У 2013 р. містами з низьким рівнем поширеності ВІЛ-інфекції серед опитаних СІН (менше 10%) були: Ужгород (1,8%), Запоріжжя (2,2%), Чернівці (2,2%), Полтава (2,6%), Луганськ (3,2%), Суми (5,1%) та Кіровоград (9,2%) (табл. 6.2.3). Майже кожний третій СІН отримав позитивний результат тесту в Миколаєві (31,8%), Дніпропе-

тровську (31,2%) та Одесі (30,2%). У Івано-Франківську, Тернополі, Чернігові, Житомирі, Білій Церкві, Рівному, Черкасах та Луцьку питома вага ВІЛ-інфікованих СІН наближається до середнього показника по країні. Протягом 2011–2013 рр. частка ВІЛ-інфікованих серед СІН зростає у Харкові (+1,9%), Луцьку (+2,3%), Донецьку (+5,6%) та Тернополі (+10,6%). Менше відсотка становлять зміни у рівні поширення ВІЛ серед СІН Вінниці, Житомира, Сімферополя, Івано-Франківська, Кіровограду, Ужгороду, Луганську та Тернополя.

**Таблиця 6.2.3**

**Відсоток ВІЛ-інфікованих СІН за містами опитування, % та довірчі інтервали**

Місто	2007	2008/2009	2011	2013
Сімферополь	—*	23,5 [18,1–29,0]	22,6 [18,8–26,4]	22,5 [17,6–28,1]
Вінниця	—*	4,8 [2,2–8,1]	13,0 [9,2–16,9]	12,7 [7,7–18,8]
Луцьк	27,1 [17,8–37,2]	26,7 [19,3–34,9]	18,0 [13,7–23,5]	20,3 [15,4–25,4]
Дніпропетровськ	16,4 [11,3–22,1]	22,1 [15,4–30,2]	33,4 [28,1–39,2]	34,7 [24,9–37,2]
Донецьк	—*	33,2 [26,9–39,7]	20,9 [16,6–25,5]	26,5 [19,0–35,0]
Житомир	—*	25,3 [18,0–32,9]	19,0 [14,9–23,1]	18,9 [12,4–25,8]
Ужгород	—*	3,0 [0,2–7,3]	1,3 [0,4–2,6]	1,8 [0,0–2,5]
Запоріжжя	—*	10,7 [4,8–17,5]	5,8 [2,0–10,4]	2,2 [0,5–4,7]
Івано-Франківськ	—*	29,6 [22,0–37,6]	16,9 [11,3–22,4]	17,0 [10,3–25,2]
Київ	12,7 [7,7–17,7]	22,1 [16,6–27,9]	25,8 [17,4–33,1]	20,1 [10,2–29,6]
Кіровоград	—*	13,2 [8,1–18,8]	9,0 [4,9–13,2]	15,0 [3,9–19,6]
Луганськ	6,1 [2,9–10,8]	6,7 [2,3–12,2]	2,4 [1,1–3,9]	3,2 [1,7–5,4]
Львів	—*	21,0 [15,2–29,9]	27,6 [21,7–34,1]	23,5 [17,6–29,4]
Миколаїв	—*	56,4 [47,9–64,8]	40,2 [25,1–45,9]	31,8 [25,9–39,2]
Одеса	—*	36,8 [30,4–43,0]	32,0 [27,9–36,4]	30,2 [24,3–36,4]
Полтава	—*	23,7 [16,6–32,0]	22,8 [17,1–28,4]	2,6 [1,3–4,7]
Рівне	—*	22,4 [17,5–32,4]	9,2 [6,1–12,6]	24,5 [13,2–27,5]
Суми	—*	9,3 [4,6–16,2]	4,2 [2,1–6,7]	5,1 [2,4–9,4]
Тернопіль	—*	6,2 [1,5–13,5]	17,2 [8,7–24,9]	18,0 [12,2–24,5]
Харків	—*	10,6 [4,8–16,1]	8,4 [5,3–12,0]	10,3 [5,1–18,0]
Херсон	—*	26,7 [19,9–34,4]	28,4 [23,1–34,2]	22,6 [16,8–28,7]
Хмельницький	—*	26,8 [18,2–36,5]	33,7 [28,7–40,4]	28,2 [21,4–34,7]
Черкаси	—*	11,1 [6,4–16,8]	26,2 [21,4–31,0]	19,8 [14,7–24,7]
Чернівці	—*	6,2 [2,5–10,8]	3,7 [1,3–6,6]	2,2 [0,5–4,4]
Чернігів	—*	27,2 [17,9–37,4]	33,1 [27,2–38,9]	18,6 [9,2–29,0]
Біла Церква	—*	—*	27,7 [16,9–39,8]	19,7 [13,5–27,1]
Васильків	—*	—*	—*	5,7 [0,8–11,9]
Севастополь	—*	—*	—*	21,3 [11,7–23,4]
Фастів	—*	—*	—*	21,7 [14,4–30,6]

\*Дослідження в даному місті опитування у відповідний рік не проводилося.

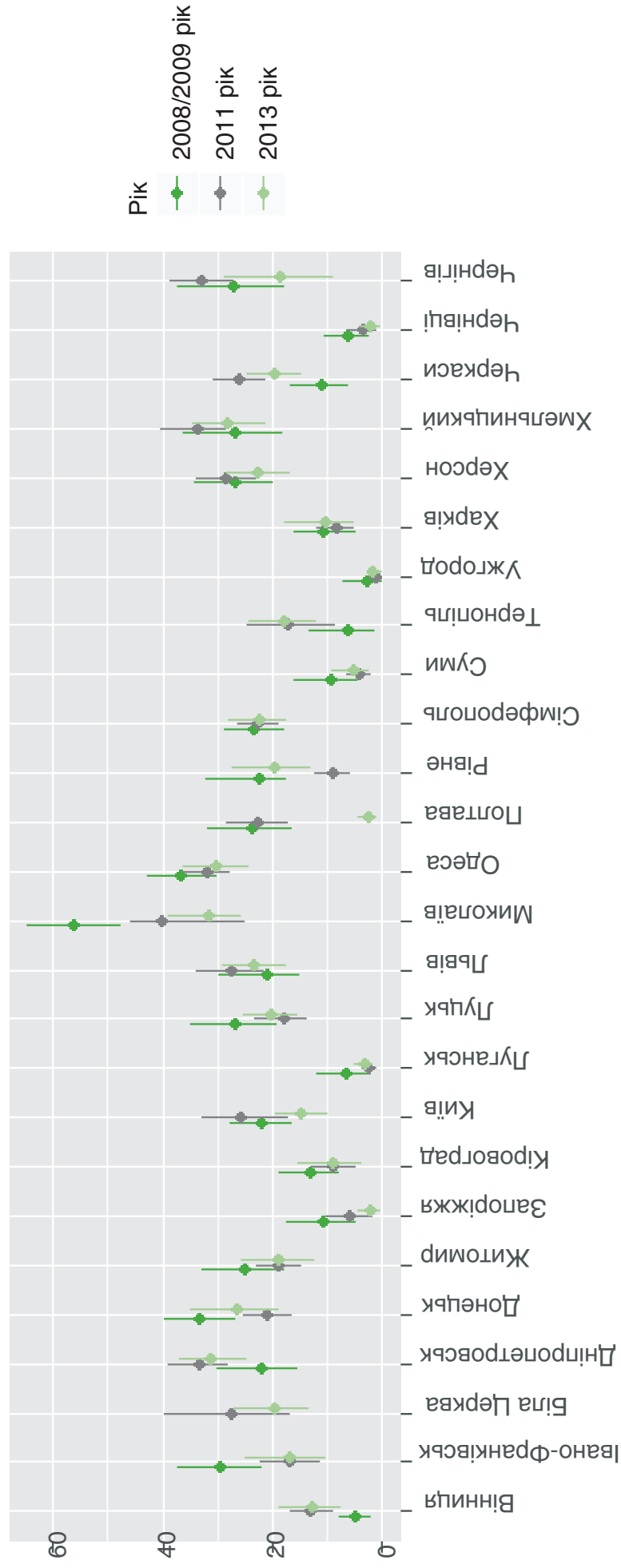


Рис. 6.2-3. Динаміка поширеності ВІЛ серед СНІ за результатами зв'язаного дослідження, за містами опитування, % та 95% довірчі інтервали

### 6.3. РІВЕНЬ ІНФІКУВАННЯ ГЕПАТИТОМ С СЕРЕД СІН

За результатами зв'язаного дослідження, 54,9% опитаних СІН отримали позитивний результат тесту на гепатит С. Це значно вище за результат дослідження 2011 року (35,7% інфікованих на гепатит С). Серед загалу СІН, що до тестування повідомили про наявність гепатиту С, 86,3% підтвердили свій діагноз, а 13,7% отримали негативний результат тесту (табл. 6.3.1).

Таблиця 6.3.1

Самодекларований гепатит С («хворіли на гепатит С впродовж життя») та статус, підтверджений результатами зв'язаного дослідження, % та абсолютні числа

Результати зв'язаного дослідження (p<0,001)	Наявність гепатиту С за повідомленням респондентів		
	Хворіли	Не хворіли	Не знають, чи хворіли
Позитивний	86,3 (2263)	40,6 (2417)	57,8 (534)
Негативний	13,7 (359)	59,4 (3539)	42,2 (390)

Із загалу СІН, що вважали себе не інфікованими на гепатит С, майже половина (40,6%) респондентів отримали позитивний результат тесту. Вагомою також є частка інфікованих на гепатит С у групі СІН, що не були впевнені, чи мають таку хворобу (57,8%). Отже принаймні 31% від загалу опитаних СІН, або 56,6% від загалу інфікованих на гепатит С, за результатами тестування вперше дізналися про свій результат тестування. Така оцінка є приблизною, оскільки ми не маємо інформації про осіб, що знали про інфікування на гепатит С, проте вирішили не повідомляти це або зазначили статус, що не відповідає реальному.

Таблиця 6.3.2

Питома вага СІН, що отримали позитивний результат тестування на гепатит С, %

Серед усіх	54,9
За статтю (p=0,949)	
Чоловіки	54,8
Жінки	54,9
За віком (p<0,001)	
14–19 років	17,4
20–24 роки	31,7
25–34 роки	57,0
35 років та більше	60,7
За стажем вживання ін'єкційних наркотиків (p<0,001)	
До 2 років	21,0
3–5 років	37,6
6–10 років	47,2
11 років та більше	65,6
Участь у громадських ВІЛ-сервісних організаціях (p<0,001)	
Є клієнтами	65,7
Не є клієнтами	48,8
Досвід ув'язнення (p<0,001)	
Є такий досвід	71,1
Немає такого досвіду	46,6

Чоловіки та жінки мають однаковий рівень поширеності гепатиту С (табл. 6.3.2). Ключові відмінності спостерігаються за віком, стажем вживання наркотиків, досвідом перебування в ув'язненні та за участю у громадських організаціях.

Серед СІН-підлітків (14–19 років) рівень поширеності гепатиту С становить 17,1%. У групі 20–24-річних – вже майже третина (31,7%) мають позитивний результат тесту на цей тип гепатиту, а серед більш старших СІН гепатитом С інфіковано вже понад половину опитаних (57% серед 25–34-річних та 60,7% серед СІН у віці від 35 років).

Більш як кожний п'ятий (21%) отримав позитивний результат тесту на гепатит С у групі СІН з короткостроковим стажем вживання ін'єкційних наркотиків (до 2 років), а серед СІН з дуже тривалим стажем (11 років та більше) частка позитивних тестів утричі більша (65,6%).

Серед клієнтів громадських організацій 65,7% отримали позитивний результат тесту на гепатит С, натомість серед СІН, що не є клієнтами, таких виявилось 48,8%.

У групі колишніх в'язнів, частка інфікованих на гепатит С є найвищою: 71,1% у порівнянні з 46,6% серед решти СІН. Відмінності за досвідом ув'язнення зберігаються і за віком (рис. 6.3.1). Як серед СІН у віці до 24 років, так і старших СІН, респонденти, які перебували у місцях позбавлення волі, отримали значно більшу частку позитивних тестів на гепатит С.

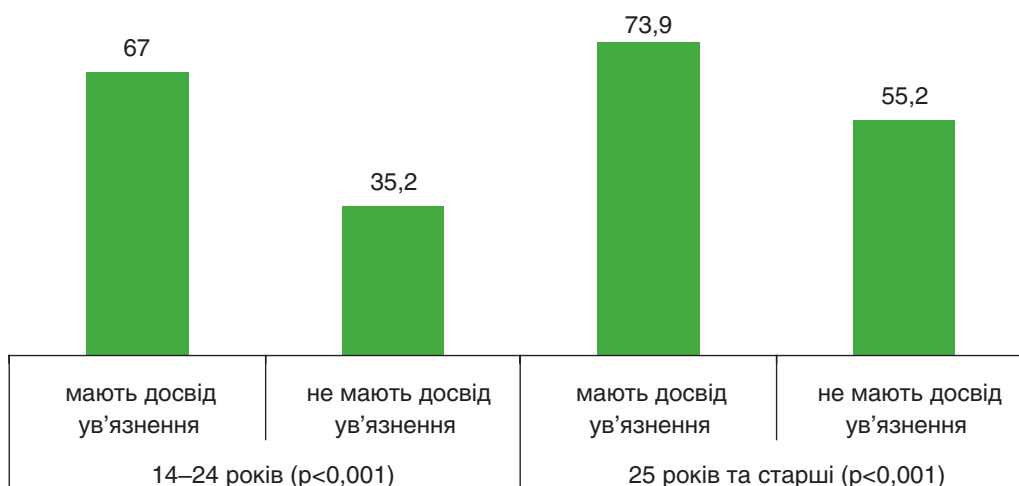


Рис. 6.3.1. Поширеність гепатиту С за досвідом ув'язнення в залежності від віку, %

У 2013 році містами з найбільшим частками СІН, що отримали позитивні результати тесту на гепатит С, є Чернігів (70,9%), Київ (77,7%) та Вінниця (83,1%) (табл. 6.3.3). У Сімферополі, Одесі, Луганську, Тернополі, Дніпропетровську, Миколаєві та Василькові біля двох третин СІН інфіковані на гепатит С. Відносно низькі частки позитивних тестувань на гепатит С спостерігаються у Харкові (23,7%), Житомирі (26,1%), Луцьку (26,6%).

Упродовж 2011–2013 років. рівень поширеності гепатиту С зростає практично у всіх містах, де проводилося опитування. Єдиним винятком є Житомир, де зафіксовано зниження питомої частки позитивних тестів (-7,5%). У Полтаві, Рівному та Кіровограді рівень поширеності гепатиту С збільшується на 41,1%, 43,3% та 45,9% відповідно. У цілому, довірчі інтервали показників 2011-го та 2013 років не перетинаються у 16 містах (Сімферополь, Вінниця, Дніпропетровськ, Ужгород, Івано-Франківськ, Київ, Кіровоград, Луганськ, Львів, Миколаїв, Одеса, Полтава, Рівне, Тернопіль, Харків та Чернівці), що свідчить про статистичну значущість відмінностей у динаміці (рис. 6.3.2)

**Таблиця 6.3.3**
**Відсоток СІН, що мають гепатит С за містами опитування, %**

Міста	2011		2013	
	%	Довірчі інтервали	%	Довірчі інтервали
Сімферополь	27,8	23,9–32,0	62,5	57,1–68,0
Вінниця	50,3	44,4–55,3	83,1	75,9–89,3
Луцьк	24,6	19,0–30,2	26,6	21,0–32,7
Дніпропетровськ	45,6	39,7–51,9	65,5	59,5–71,6
Донецьк	43,7	38,2–49,3	55,2	46,8–62,8
Житомир	33,6	28,2–39,3	26,1	19,4–32,7
Ужгород	2,8	1,2–5,0	30,9	22,8–39,8
Запоріжжя	53,1	45,1–61,1	57,7	50,1–66,0
Івано-Франківськ	39,4	32,5–47,1	59,8	52,1–67,1
Київ	58,6	51,7–65,2	77,7	73,0–82,1
Кіровоград	6,8	4,3–9,8	52,7	43,4–62,2
Луганськ	38,1	28,3–46,3	63,8	52,8–74,6
Львів	37,3	30,1–44,4	58,1	51,2–64,6
Миколаїв	34,9	30,3–39,9	65,8	59,2–71,9
Одеса	47,5	42,8–52,1	63,3	57,8–68,8
Полтава	7,1	3,7–10,4	48,2	40,0–56,7
Рівне	2,7	1,1–4,6	46,0	36,2–55,4
Суми	37,2	31,8–43,1	41,7	34,0–49,2
Тернопіль	32,7	23,8–41,7	64,3	57,2–71,4
Харків	4,7	2,4–7,1	23,7	17,2–31,4
Херсон	51,4	46,4–57,7	52,5	44,9–60,2
Хмельницький	32,2	26,8–37,4	36,6	29,3–44,1
Черкаси	45,4	40,5–51,5	53,4	45,6–61,4
Чернівці	20,6	13,2–26,2	48,4	40,5–55,0
Чернігів	67,7	62,2–73,4	70,9	64,7–76,4
Біла Церква	46,4	33,4–58,7	59,0	50,5–67,6
Васильків	—*	—*	66,0	55,1–76,4
Севастополь	—*	—*	47,7	40,8–54,6
Фастів	—*	—*	55,5	43,8–65,0

\*Дослідження в даному місті опитування у відповідний рік не проводилося.

За результатами зв'язаного дослідження, серед загалу опитаних 14,7% СІН інфіковані і на ВІЛ, і на гепатит С (рис. 6.3.3). Питома частка групи з коінфекцією ВІЛ та гепатитом С залишається стабільною впродовж 2011–2013 років. 3,4% отримали позитивний результат тільки на ВІЛ, що понад вдвічі менше за показник 2011 року. Позитивний результат тесту тільки на гепатит С мають 40,1% СІН. Цей показник суттєво зростає в порівнянні з 2011 роком, коли 22% СІН були інфіковані тільки на гепатит С. Питома вага СІН, що не мають ані ВІЛ, ані гепатиту С, впродовж 2011–2013 років. зменшується з 56% до 41,7%.

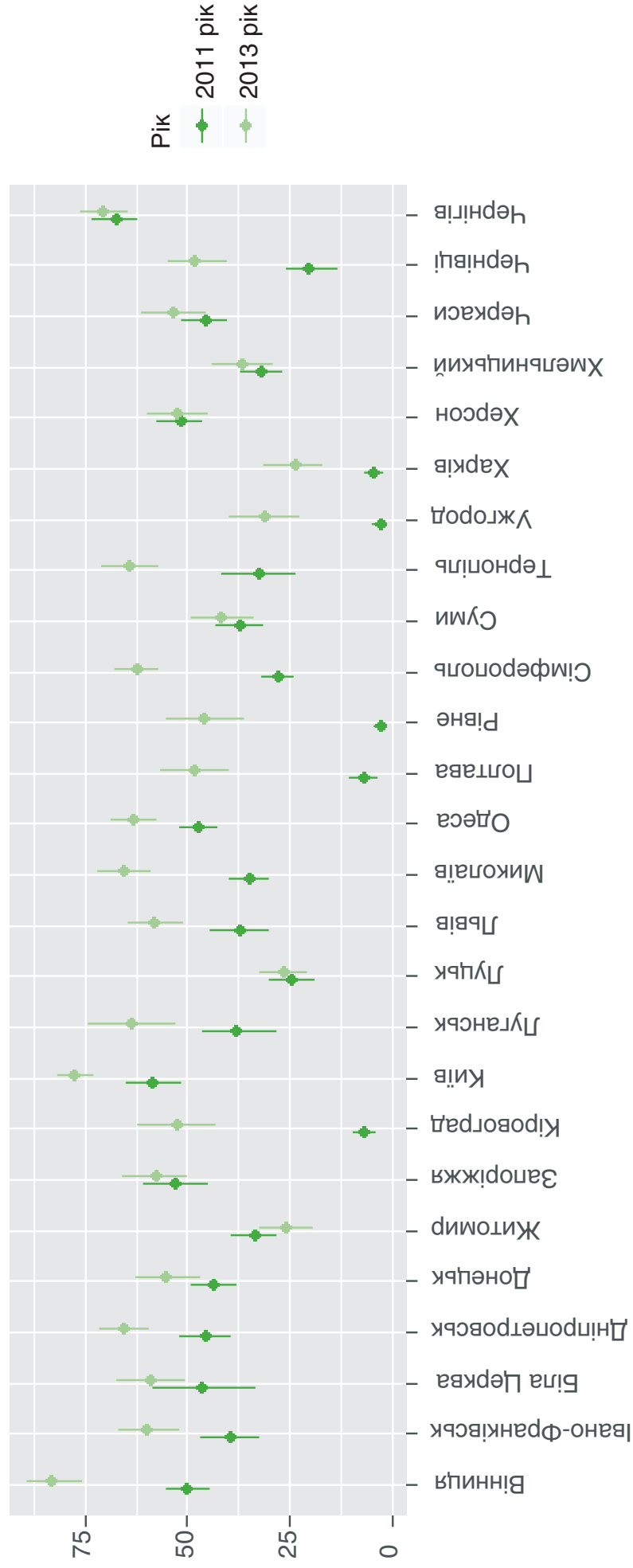
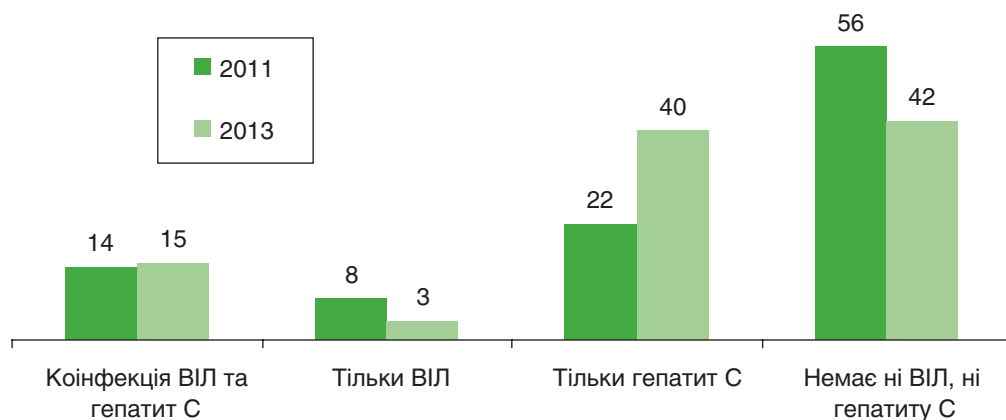


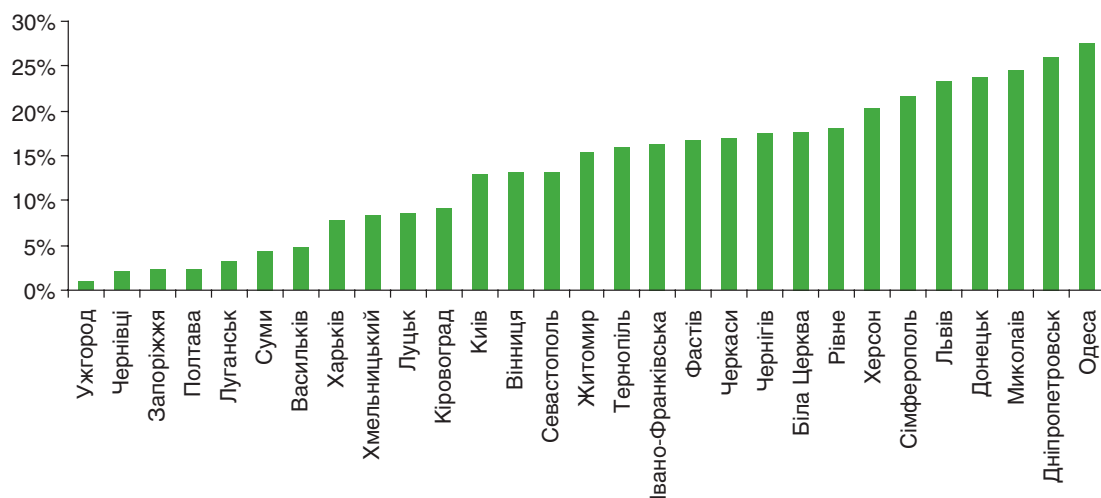
Рис. 6.3.2. Динаміка поширеності гепатиту С серед СІН, за результатами зв'язаного дослідження, за містами опитування, % та 95% довірчі інтервали





**Рис. 6.3.3. Перетини груп СІН, інфікованих на ВІЛ та гепатит С серед загалу СІН, динаміка впродовж 2011–2013 років. %**

Відсотки СІН з подвійною інфекцією (ВІЛ та гепатит С) найбільші в Одесі (27,6%), Дніпропетровську (26,1%), Миколаєві (24,4%), Донецьку (23,8%), та Львові (23,4%) (рис. 6.3.4).



**Рис. 6.3.4. Питома частка СІН з подвійною інфекцією (ВІЛ та гепатит С), за містами опитування, %**

СІН, що інфіковані на ВІЛ та гепатит С, частіше зустрічалися серед жінок (16,2%), старшої вікової групи (35 років та старше – 20,4%), тих, що мають 11-річний і більш тривалий стаж вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (21,4%), колишніх в'язнів (24,8%) (табл. 6.3.4).

**Таблиця 6.3.4**

**Питома частка СІН з подвійною інфекцією (ВІЛ та гепатит С),%**

<b>Серед усіх</b>	<b>14,7</b>
<b>За статтю (p&lt;0,001)</b>	
Чоловіки	14,3
Жінки	16,2
<b>За віком (p&lt;0,001)</b>	
14–19 років	1,4
20–24 роки	2,9
25–34 роки	12,9
35 років та більше	20,4
<b>За стажем вживання ін'єкційних наркотиків (p&lt;0,001)</b>	
До 2 років	1,9
3–5 років	3,9
6–10 років	6,5
11 років та більше	21,4
<b>Участь у громадських ВІЛ-сервісних організаціях (p&lt;0,001)</b>	
Є клієнтами	21,8
Не є клієнтами	10,8
<b>Досвід ув'язнення (p&lt;0,001)</b>	
Є такий досвід	24,8
Немає такого досвіду	9,6

## ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

З уживанням ін'єкційних наркотиків і ризикованою сексуальною поведінкою пов'язаний підвищений ризик інфікування вірусними гепатитами, зокрема гепатитами В і С. З точки зору профілактики ВІЛ гепатити В і С розглядаються як фактори, що ускладнюють лікування ВІЛ-інфекції. Наявність коінфекції з ВІЛ значно обтяжує перебіг гепатитів. Підвищується ризик переходу в хронічні форми та прискорюється прогресування до раку печінки і цирозу, збільшується ймовірність формування побічних ефектів при прийомі антиретровірусних препаратів.

Згідно із самодеклараціями опитаних СІН, гепатит В є менш поширеним, ніж гепатит С: на нього хворіли або хворіють 14,6% (гепатит С – 27,6%). Слід зазначити, що повідомлення про захворювання з опитувань СІН не стільки відображають реальний рівень інфікування, скільки є його мінімальною оцінкою, а також, у порівнянні з даними тестувань, можуть свідчити про рівень поінформованості про діагноз та поширеність поведінки, спрямованої на пошук і отримання медичної допомоги. Так, результати тестування виявили вдвічі вищий рівень інфікованості на гепатит С, якщо порівнювати результати зв'язаного дослідження (54,9%) та самодекларації (27,6%). Іншими словами, майже кожний другий СІН не знав про свій статус. Тут слід підкреслити декілька факторів. По-перше, беручи до уваги наявні пакети профілактичних послуг для груп ризику в Україні, безкоштовні тестування на гепатит С значно менш поширені, ніж тестування на ВІЛ. По-друге, слід враховувати саму природу захворювання. Гепатит С може протікати безсимптомно впродовж кількох років, отже інфіковані переважно дізнаються про свій діагноз тільки тоді, коли хвороба перетікає в хронічну стадію. Для переважної більшості СІН лікування гепатиту С є недоступним, головним чином унаслідок його високої вартості та тривалості. Негативний результат тесту на гепатит С серед СІН, котрі зазначали про те, що

хворіли на цю інфекцію впродовж життя, скоріше за все не стільки демонструє осіб, що вилікувалися, скільки СІН, які невірно визначали тип гепатиту або помилково вважали себе інфікованими. Разом із тим, восени 2013 року за підтримки Глобального фонду, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні вперше розпочав пілотну програму з лікування гепатиту С для 100 хворих СІН (пацієнти замісної підтримувальної терапії з ВІЛ-позитивним статусом)<sup>18</sup>.

Наявність туберкульозу суттєво ускладнює лікування ВІЛ-інфекції. Є свідчення, що протитуберкульозні препарати та антиретровірусні можуть негативно впливати один на одного. Однак, ВІЛ-інфіковані СІН, у яких туберкульоз був вилікуваний успішно, мають однакові шанси на успіх застосування АРТ, як і ВІЛ-інфіковані, що ніколи не хворіли на туберкульоз<sup>19</sup>. У випадку СІН небезпека полягає в тому, що лікування туберкульозу досить тривале (від року до двох) і потребує суворого дотримання режиму прийому ліків; в іншому разі є ризик розвитку мультирезистентного туберкульозу, що викликає стійкість до основних препаратів та погіршує ймовірність успішного лікування. Дослідження свідчить, що на туберкульоз хворів або хворіє кожний восьмий СІН (11,7%), з яких половина перебували на обліку в протитуберкульозному диспансері на момент опитування. Слід зазначити, що опитування не передбачало визначення часових меж захворювання та рівня дотримання лікування. Отже неможливо визначити, яка частка опитаних, що мали туберкульоз, позбавилися цієї хвороби.

Кожний п'ятий СІН (19,7%) є ВІЛ-інфікованим і майже половина з них не знали про свій діагноз до дослідження. Зважаючи на високий рівень охоплення центрами СНІДу, включаючи АРТ, та досить високий рівень знань щодо ВІЛ, наразі проблема полягає не стільки в недоступності профілактичних послуг чи низькій поінформованості про інфекцію, скільки в слабкій мотивації до збереження власного здоров'я: поширеності ризикових практик і відсутності культури систематичного тестування серед СІН.

Географічні кластери регіонів з найвищим рівнем поширення ВІЛ та гепатиту С серед СІН не збігаються. Найвищий рівень поширеності гепатиту С характеризує північно-центральні міста (Чернігів, Київ, Вінниця), а найвищий рівень поширеності ВІЛ – південно-центральні міста (Дніпропетровськ, Миколаїв, Одеса).

## РЕЗЮМЕ

- 14,6% СІН хворіли впродовж життя або хворіють тепер на гепатит В, 27,6% – на гепатит С, 12,3% – на туберкульоз.
- За результатами зв'язаного дослідження, кожний п'ятий СІН (19,7%) має ВІЛ-позитивний статус. Середній по країні рівень поширеності ВІЛ у цій цільовій групі дещо знижується в порівнянні з дослідженнями 2011-го та 2009 років.
- Майже кожний другий ВІЛ-інфікований СІН не знає про свій статус.
- Понад половину СІН (54,9%) інфіковані на гепатит С.
- Наявність позитивного результату тестування одразу і на ВІЛ, і на гепатит С характеризує 14,7% СІН серед загалу опитаних.

<sup>18</sup> [http://www.aidsalliance.org.ua/ru/coop/hepc/pproj/Start%20of%20treatment\\_ukr.pdf](http://www.aidsalliance.org.ua/ru/coop/hepc/pproj/Start%20of%20treatment_ukr.pdf)

<sup>19</sup> <http://plus.aids.ua/book/files/tubnhiv.pdf>

## РОЗДІЛ 7. ЧИННИКИ, ЩО ПОВ'ЯЗАНІ З ІНФІКУВАННЯМ НА ВІЛ ТА ГЕПАТИТ С

Для оцінки чинників ризику щодо ВІЛ-інфекції та гепатиту С використовується регресійний аналіз, що дозволяє оцінити зв'язок між соціально-демографічними характеристиками СІН, їх поведінкою та ймовірністю інфекування.

Крос-секційний дизайн дослідження не дозволяє судити про розподіл у часі потенційних “чинників” та розглянутих “наслідків”, також не можна оцінити нові випадки інфікування (incidence), оскільки ми не маємо інформації про часовий період набуття статусу. Отже оцінка чинників ризику ґрунтується на поширеності ВІЛ-інфекції та гепатиту С серед загалу СІН і включає як нові випадки інфікування, так і СІН, що вже знали про свій діагноз. Такий підхід має як переваги, так і недоліки. Серед недоліків слід зазначити, що знання діагнозу може впливати на зміни в ризикованій поведінці. Наприклад, СІН, які знають про свій статус щодо ВІЛ чи гепатиту С, можуть дотримуватися більш безпечних практик вживання наркотиків та завжди використовувати презервативи. Враховуючи рекомендації українського Міністерства охорони здоров'я, пацієнтів з підтвердженням ВІЛ-статусом переадресовують до громадських ВІЛ-сервісних організацій для соціального супроводу на додаток до обліку в СНІД-центрі. Таким чином, участь у громадських організаціях чи більш безпечна поведінка може асоціюватися з вищим рівнем інфекції, хоча такі чинники не є ризиковими. Для уникнення такої ситуації в крос-секційних дослідженнях, поширена практика регресійного аналізу серед групи СІН, які вже проходили тестування на ВІЛ/гепатит С протягом року до проведення обстеження та отримали негативний результат. Іншими словами, вони були впевнені у своєму статусі та, скоріше за все, не мали підстав для зміни поведінки. Разом з тим, такий підхід як “випадків інфікування, про які стало відомо нещодавно”, суттєво обмежує доступну вибірку для аналізу, зокрема виключаємо тих, хто не проходив тестування впродовж року. До того ж ми покладаємося на повідомлення респондентів та стикаємося з проблемою приховування реальної інформації. Наприклад, СІН могли зазначити, що вже проходили тест, проте назвали невірний статус чи відмовилися від його розголошення. У випадку гепатиту С безкоштовне тестування поза межами дослідження значно менш поширене, зокрема у переліку базових пакетів послуг ВІЛ-сервісних громадських організацій. До того ж, запитальник не включає запитання про попередні тести, а фокусується на досвіді хвороби на гепатит С. Тобто СІН, що не мають гострої форми гепатиту С, скоріше за все не проходили тестування та не знають про свій діагноз. У цьому контексті оцінка рівня поширеності інфекції є, по суті, єдиним можливим підходом. Це також дозволяє тестувати більше чинників ризику за рахунок більшої вибірки.

Отже, регресійний аналіз включає 9502 СІН віком 14–68 років (23,6% – жінки і 76,4% – чоловіки) з 29 міст: Вінниця, Івано-Франківськ, Біла Церква, Васильків, Дніпропетровськ, Донецьк, Житомир, Запоріжжя, Кіровоград, Київ, Луганськ, Луцьк, Львів, Миколаїв, Одеса, Полтава, Рівне, Севастополь, Сімферополь, Суми, Тернопіль, Ужгород, Фастів, Харків, Херсон, Хмельницький, Черкаси, Чернівці та Чернігів.

**Залежні змінні.** Результати тесту на ВІЛ та гепатит С після інтерв'ю (позитивні у порівнянні з негативними). Тестування на гепатит С здійснювалося швидкими тестами "CITOTEST HCV"\*.

**Незалежні змінні.** Перелік змінних для оцінки чинників ризику включає небезпечні щодо інфікування практики вживання наркотиків ін'єкційним шляхом: 1) ін'єкція із шприца, яким до цього зробила ін'єкцію інша людина (траплялося за останні 30 днів у порівнянні з не траплялось); 2) отримання/покупка ін'єкції в уже наповненому шприці, СІН не бачили, як цей шприц наповнювався (траплялося за останні 30 днів vs. ні); 3) використання шприца, який особисто СІН або хтось інший наповнював(ли) наркотиком із уже використаного шприца (траплялося за останні 30 днів vs. ні); 4) використання спільного обладнання або матеріалів для розподілу або приготування наркотичної речовини (траплялось за останні 30 днів vs. ні). Ризик невикористання презерватива було сформульовано як непостійне використання презервативів при сексуальних контактах з регулярними, випадковими або комерційними партнерами протягом останніх 90 днів (траплялося за останні 90 днів vs. ні). Окремим чинником ризику розглядався досвід ув'язнення: СІН, що відбували покарання коли-небудь у місцях позбавлення волі в порівнянні з СІН, що не мали такого досвіду.

Ризикові чинники були скоректовані за статтю (чоловіки у порівнянні з жінками), віком (чотири вікові групи: "14–19 років", "20–24 роки", "25–34 роки" і "35 років та більше"; "20–24 роки" як референтна вікова група, з якою порівнювалися всі інші) та стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (нетривалий стаж "до 2 років включно" у порівнянні з більш тривалим стажем "3 роки та більше").

**Аналіз.** По-перше, був проведений описовий аналіз частот окремих змінних щодо поширеності ВІЛ та гепатиту С. Відмінності в пропорціях інфікованих на ВІЛ та гепатит С були протестовані за допомогою тесту хі-квадрат для категоріальних змінних. Коваріати, які вказували на незначні відмінності в пропорціях осіб з позитивним тестом на ВІЛ/гепатит С (на рівні 20%), були виключені з подальшого регресійного аналізу. Так, статистично значущі відмінності за статтю не були наявні щодо рівня поширеності гепатиту С ( $p=0,949$ ). Незначущий результат тесту хі-квадрат було отримано щодо практики використання ін'єкції із шприца, яким до цього зробила ін'єкцію інша людина, впродовж останнього місяця. Досить мала частка СІН повідомила про таку практику (5,8% від загалу опитаних); це могло стати причиною відсутності статистично значущих відмінностей у рівні поширення ВІЛ ( $p=0,178$ ) та гепатиту С ( $p=0,519$ ). У подальшому регресійному аналізі такі статистично незначущі чинники не використовувалися.

Регресійний аналіз побудовано як багаторівневу логістичну регресію, що враховує структуру дизайну дослідження: групування СІН у містах опитування. В той час як стандартні регресійні моделі "усереднюють" результати, тобто показують основну тенденцію по країні, багаторівнева регресія має більш комплексну структуру, наприклад, оцінка чинників ризику може відрізнятись від міста до міста. У цьому контексті модель розраховується на двох рівнях, де рівень 1 відповідає респондентам (СІН), а рівень 2 – соціальному контексту (містам).

Перший крок у багаторівневому аналізі – з'ясувати, чи існує достатня кількість дисперсії в рівні поширеності ВІЛ та гепатиту С на рівні міст для застосування обраного методу. Це було зроблено шляхом оцінки нульової моделі (без незалежних змінних) та розрахунку коефіцієнта розподілу дисперсії (VPC) на основі підходу Шнайдера та Боскера<sup>20</sup>. Далі ми сформували оптимальну модель з випадковою константою та фіксованими незалежними змінними. Іншими словами, ми врахували суттєві відмінності в рівні поширеності ВІЛ та гепатиту С при оцінці чинників ризику. Нарешті, була сформована модель з випадковою константою та випадко-

\* Свідоцтво про державну реєстрацію №9910/2010 – Тест-системи імунохроматографічні для діагностики вірусних гепатитів С і В. Код УКТЗЕД 3822 00 00 00. Дійсне до 09.11.2015 р.

<sup>20</sup> Snijders, T. A. B., & Bosker, R. J. (1999). Multilevel analysis: an introduction to basic and advanced multilevel modeling. London: Sage Publications.

вими коефіцієнтами. У цій модель ефекти окремих чинників ризику могли відрізнятися від міста до міста. Тест Вальда і критерій правдоподібності використовувалися для оцінки можливих ефектів взаємодій.

У результаті фінальна модель з випадковою константою та коефіцієнтами виглядала таким чином:

$$\log\left(\frac{\pi_{ij}}{1 - \pi_{ij}}\right) = \alpha + \sum_{n=1} \beta_n X_n + u_0 + \sum_{n=1} u_n$$

$\pi_{ij}$  – це ймовірність позитивного тесту на ВІЛ/гепатит С для СІН  $i$  у місті  $j$ .

$\alpha$  – це константа або логарифм від середніх шансів отримання позитивного тесту в країні, натомість  $u_0$  – фактор, за яким константа відрізняється в кожному місті.

$\sum_{n=1} \beta_n X_n$  – сума ефектів незалежних змінних або логарифмів від співвідношення шансів для кожного чинника ризику.  $\sum_{n=1} u_n$  – випадкові ефекти для коефіцієнтів  $\beta$ , а саме: фактор, за яким такі коефіцієнти відрізняються в кожному місті  $j$ .

Крім перевірки стандартних припущень багаторівневої регресії ( $u \sim N(0, \delta^2)$ ), якість моделі оцінювалася за інформаційними критеріями (AIC, BIC) та критеріями правдоподібності. Симуляції ланцюгів Маркова за методом Монте-Карло застосовано для оцінки довірчих інтервалів оцінок.

Як статистичне програмне забезпечення для аналізу було використано R, зокрема пакет “lme4”.

Пропущені дані по всіх змінних, що аналізуються, були виключені (6%).

## 7.1. ЧИННИКИ, ЩО ПОВ'ЯЗАНІ З ІНФІКУВАННЯМ НА ВІЛ

За результатами багаторівневого логістичного регресійного аналізу статистично значущими чинниками наявності ВІЛ є жіноча стать, більший вік та стаж вживання наркотиків, наявність сексуального ризику (непостійне використання презерватива), наявність таких ін'єкційних ризиків, як отримання/покупка ін'єкції в уже наповненому шприці та використання шприца, який особисто або хтось інший наповнював(ли) наркотиком з уже використаного шприца, а також наявність досвіду перебування в місцях позбавлення волі (табл. 7.1.1). Ефекти таких чинників, як стать, вік, стаж, непостійне використання презерватива, отримання/покупка ін'єкції в уже наповненому шприці та наповнення шприца з уже використаного шприца, є однаковими для всіх міст, в той час як ефекти практики використання спільного обладнання для приготування наркотику та перебування в місцях позбавлення волі відрізняються від міста до міста.

Шанси чоловіків отримати позитивний результат тесту на ВІЛ на 44% менші в порівнянні з жінками, якщо контролювати за ризиковими практиками та стажем вживання наркотиків.

Шанси, що людина є інфікованою ВІЛ, суттєво зростають з віком. Так, 14–19-річні та 20–24-річні СІН не відрізняються у шансах отримати позитивний результат тесту на ВІЛ, проте шанси 25–34-річних СІН на інфікування ВІЛ у 2,69 рази вищі за шанси 20–24-річних (95% довірчий інтервал [1,99; 3,64]), враховуючи інші чинники. Якщо порівнювати 35-річних та старших з 20–24-річними, співвідношення шансів щодо ВІЛ зростає до 3,84 з 95% довірчим інтервалом [2,83; 5,22].



Таблиця 7.1.1

Результати багаторівневої логістичної регресії щодо імовірності мати позитивний тест на ВІЛ

Чинники		Співвідношення шансів [95% довірчий інтервал]	P-value
Стать	Чоловіки	0,56 [0,49; 0,65]	<0,001
	Жінки	(реф.)	–
Вік	14–19 років	0,62 [0,21; 1,79]	0,374
	20–24 роки	(реф.)	–
	25–34 роки	2,69 [1,99; 3,64]	<0,001
	35 років та більше	3,84 [2,83; 5,22]	<0,001
Стаж вживання наркотиків ін'єкційним шляхом	3 роки та більше	2,80 [1,77; 4,43]	<0,001
	До 2 років	(реф.)	–
Отримання/покупка ін'єкції в уже наповненому шприці (не бачили, як цей шприц наповнювався)	Так	1,23 [1,07; 1,41]	0,003
	Ні	(реф.)	–
Використання шприца, який особисто або хтось інший наповнював(ли) наркотиком із уже використаного шприца	Так	1,23 [1,06; 1,42]	0,006
	Ні	(реф.)	–
Використання спільного обладнання або матеріалів для розподілу або приготування наркотичної речовини	Так	0,77 [0,63; 0,94]	0,012
	Ні	(реф.)	–
Непостійне використання презервативів при сексуальних контактах з регулярними, випадковими або комерційними партнерами протягом останніх 90 днів	Так	1,17 [1,02; 1,34]	0,024
	Ні	(реф.)	–
Відбували покарання у місцях позбавлення волі коли-небудь	Так	1,96 [1,52; 2,52]	<0,001
	Ні	(реф.)	–
<p>Константа (рівень 1, експонована) та 95% довірчий інтервал: 0,02 [0,01; 0,04]  <b>Логарифм критерію правдоподібності:</b> -3738,31  <b>AIC:</b> 7510,62, <b>BIC:</b> 7631,57  <b>VPC (нульова модель):</b> 0,193; <b>VPC (фінальна модель):</b> 0,135  <b>Дисперсія випадкових ефектів (рівень 2):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Константа: 0,512</li> <li>• Використання спільного обладнання або матеріалів для розподілу або приготування наркотичної речовини: 0,146</li> <li>• Відбували покарання коли-небудь у місцях позбавлення волі: 0,315</li> </ul>			

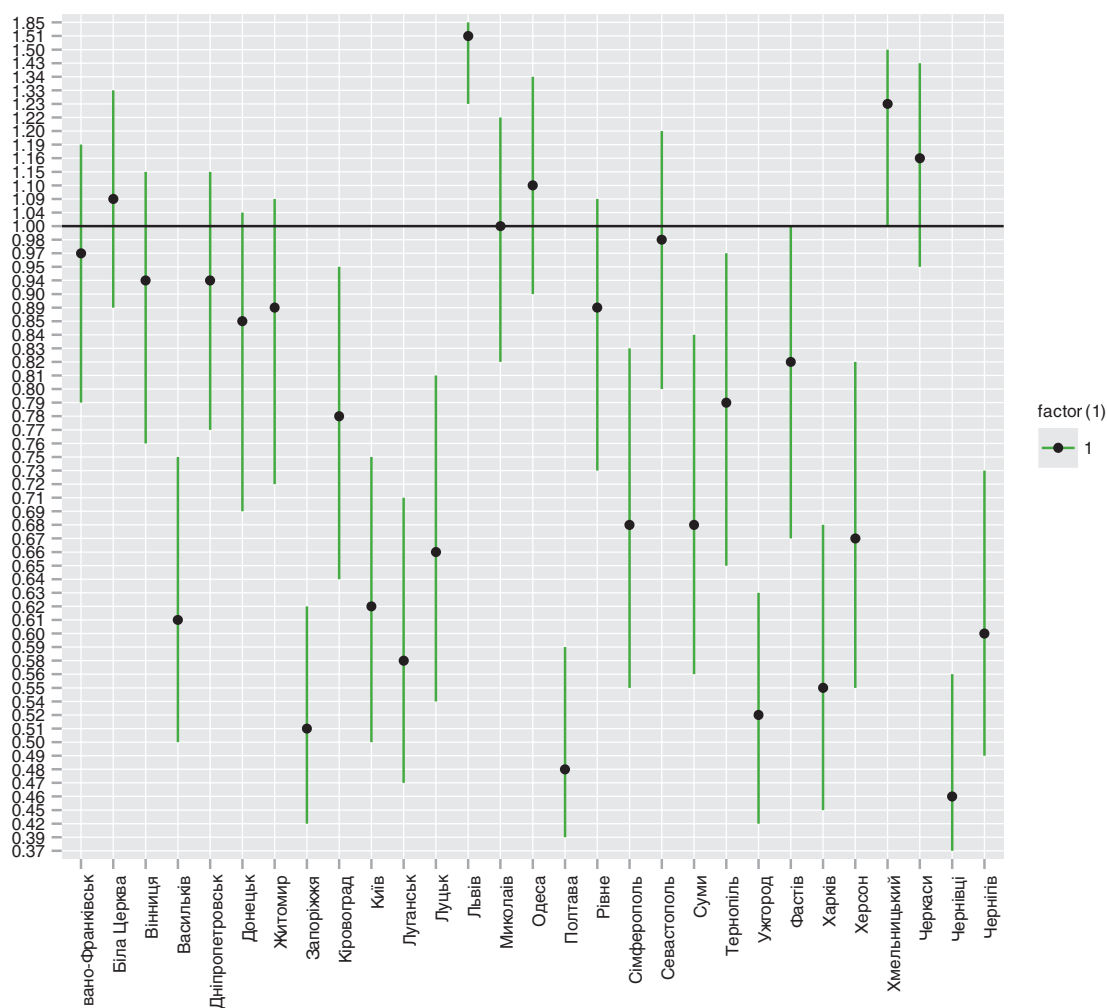
Якщо порівнювати СІН з нетривалим стажом вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (до 2 років) та тих, що мають більш тривалий стаж вживання, останні мають майже втричі більші шанси отримання позитивного тесту на ВІЛ, контролюючи за рештою змінних (співвідношення шансів 2,80 з 95% довірчим інтервалом [1,77; 4,43]).

Шанси мати позитивний результат тесту на ВІЛ у 1,23 разу вищі серед СІН, що отримували/купували ін'єкцію в уже наповненому шприці, не знаючи, як цей шприц наповнювався, або використовували шприц, наповнений особисто або кимось іншим з уже використаного шприца, в порівнянні з СІН, що не мали таких практик.

Разом з тим практика використання спільного обладнання або матеріалів для розподілу або приготування наркотичної речовини не має чіткого ефекту як чин-

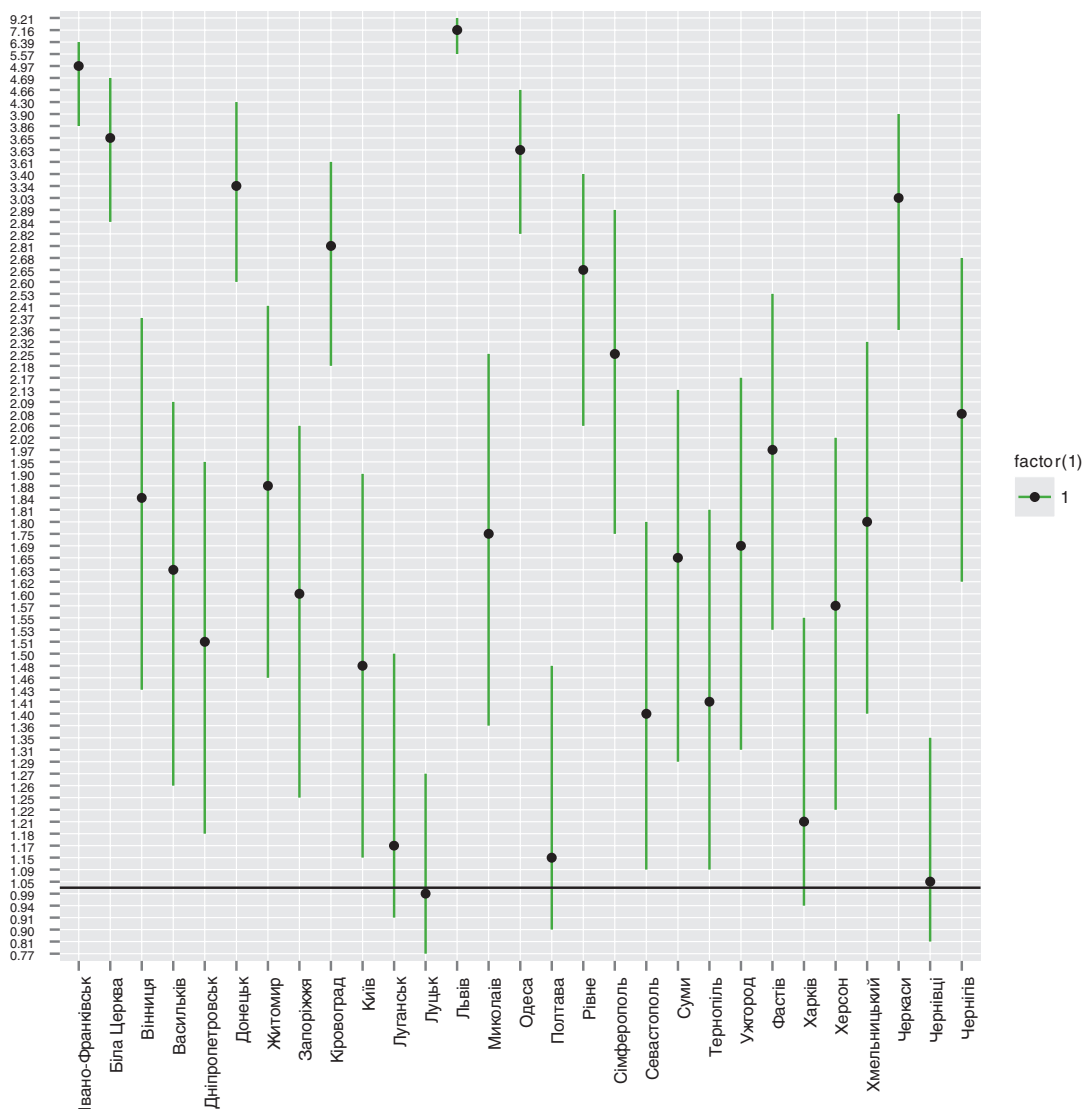
ник ризику щодо ВІЛ-інфікування. Так, середнє співвідношення шансів по країні становить 0,77 з 95% довірчим інтервалом [0,63; 0,94], іншими словами, особи, які використовували спільне обладнання або матеріали для розподілу або приготування наркотику, навпаки, мають менші шанси на позитивний результат тесту. В 11 містах використання спільного обладнання як чинник ризику взагалі не має статистичної значущості, у двох містах (Львів та Хмельницький) є чинником ризику, а в 16 містах – навпаки, захисним чинником, тобто СІН з такою практикою мали менші шанси інфікування (рис. 7.1.1). Вочевидь, це наслідок різних практик приготування наркотику по окремих містах.

Непостійне використання презервативів при сексуальних контактах з регулярними, випадковими або комерційними партнерами протягом останніх 90 днів підвищує шанси мати позитивний результат тесту на ВІЛ на 17%, якщо порівнювати СІН, що мали таку практику, та решту СІН, контролюючи за іншими чинниками.



**Рис. 7.1.1, Розподіл співвідношення шансів мати позитивний результат тесту на ВІЛ для СІН, що використовували спільне обладнання або матеріали для розподілу чи приготування наркотичної речовини, у порівнянні з СІН, що не використовували, з урахуванням випадкових ефектів на рівні міст, співвідношення шансів та 95% довірчі інтервали**





**Рис. 7.1.2. Розподіл співвідношення шансів мати позитивний результат тесту на ВІЛ для СІН, що відбували покарання в місцях позбавлення волі, у порівнянні з СІН, що не мають такого досвіду, з урахуванням випадкових ефектів на рівні міст, співвідношення шансів та 95% довірчі інтервали**

СІН, що відбували покарання в місцях позбавлення волі в середньому мають удвічі (співвідношення шансів 1,96 з 95% довірчим інтервалом [1,52; 2,52]) більші шанси отримати позитивний результат тесту на ВІЛ у порівнянні з СІН, що не мали такого досвіду, враховуючи ефекти статі, віку, стажу та ризикованих практик. Чинник перебування в місцях позбавлення волі має різний прояв в окремих містах. У Луганську, Луцьку, Полтаві, Харкові та Чернівцях досвід ув'язнення не має зв'язку з ВІЛ-інфекцією, якщо контролювати за іншими чинниками. В інших містах співвідношення шансів варіюється від 1,40 у Севастополі (з 95% довірчим інтервалом [1,09; 1,80]) до 7,16 у Львові (з 95% довірчим інтервалом [5,57; 9,20]). Загалом, цей чинник є більш вагомим у Рівному, Кіровограді, Черкасах, Донецьку, Одесі, Білій Церві та Івано-Франківську, де СІН з досвідом позбавлення волі мають у 3–5 разів вищі шанси отримати позитивний результат тесту на ВІЛ.

Результати моделювання свідчать, що у випадку поширеності ВІЛ структурні чинники на рівні міст описують 19,3% дисперсії, тоді як 80,7% – характеризуються особливостями індивідуальної поведінки СІН. Врахування різних ефектів чинників

“використання спільного посуду” та “відбування покарання коли-небудь у місцях позбавлення волі” на рівні окремих міст зменшує дисперсію до 13,5%, проте не описує її повністю. Це демонструє важливість соціального контексту для аналізу чинників поширеності ВІЛ: певні характеристики міст, наприклад, відмінності в рівні застосування профілактичних програм, соціально-економічні особливості тощо.

## 7.2. ЧИННИКИ, ЩО ПОВ'ЯЗАНІ З ІНФІКУВАННЯМ НА ГЕПАТИТ С

Статистично значущими предикторами наявності гепатиту С є жіноча стать, більший вік та стаж вживання наркотиків, наявність сексуального ризику (непостійне використання презерватива), наявність такого ризику, як використання спільного обладнання або матеріалів для розподілу або приготування наркотичної речовини, а також наявність досвіду перебування в місцях позбавлення волі (табл. 7.2.1). Щодо таких практик, як ін'єкція із шприца, яким до цього зробила ін'єкцію інша людина; отримання/покупка ін'єкції в уже наповненому шприці, СІН не бачили, як цей шприц наповнювався; використання шприца, який особисто СІН або хтось інший наповнював(ли) наркотиком з уже використаного шприца (траплялось за останні 30 днів vs. ні) – не було зафіксовано статистично значущого зв'язку з гепатитом С, якщо контролювати за рештою чинників.

Ефекти стажу вживання наркотиків ін'єкційним шляхом та перебування в місцях позбавлення волі є випадковими, тобто варіюються від міста до міста. Співвідношення шансів для решти чинників є однаковими в межах їх довірчих інтервалів для всіх міст.

Шанси чоловіків отримати позитивний результат тесту на гепатит С на 26% менші в порівнянні з жінками, якщо контролювати за ризиковими практиками та стажем вживання наркотиків.

Ризик бути інфікованим гепатитом С зростає з віком. 14–19-річні та 20–24-річні СІН не відрізняються в шансах отримати позитивний результат тесту на гепатит С; шанси 25–34-річних СІН, а також 35-річних та старших на інфікування гепатитом С удвічі вищі за шанси 20–24-річних, враховуючи інші чинники.

У середньому по країні, СІН з нетривалим стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (до 2 років) мають майже втричі менші шанси позитивного тесту на гепатит С у порівнянні із СІН з більш тривалим стажем. У Рівному, Кіровограді, Луганську та Києві такий зв'язок не спостерігається, якщо контролювати за рештою чинників. У решті міст співвідношення шансів щодо стажу вживання наркотиків ін'єкційним шляхом варіюється від 1,48 у Львові (95% довірчий інтервал [1,03; 2,12]) до 6,58 у Донецьку (95% довірчий інтервал [4,59; 9,44]). Відмінності в ризику гепатиту С відносно стажу вживання наркотиків є доволі критичними в Чернівцях, Полтаві, Запоріжжі та Дніпропетровську, де співвідношення шансів перевищує 4,00.

Практика використання спільного обладнання або матеріалів для розподілу або приготування наркотичної речовини виступає чинником ризику щодо гепатиту С. Співвідношення шансів для цього чинника становить 1,16 з 95% довірчим інтервалом [1,05; 1,29]: особи, які використовували спільне обладнання або матеріали для розподілу або приготування наркотиків, мають більші шанси на інфікування гепатитом С.

Непостійне використання презервативів при сексуальних контактах з регулярними, випадковими або комерційними партнерами протягом останніх 90 днів підвищує шанси мати гепатит С на 11%, якщо порівнювати СІН, що мали таку практику, та інших СІН, враховуючи решту чинників.

СІН, що відбували покарання в місцях позбавлення волі в середньому мають понад удвічі (співвідношення шансів 2,37 з 95% довірчим інтервалом [2,00; 2,80]) більші шанси отримати позитивний результат тесту на ВІЛ у порівнянні з СІН, що не мали такого досвіду, враховуючи ефекти статі, віку, стажу та ризикованих практик. Співвідношення шансів для цього чинника варіюється від 1,49 у Києві (з 95% довірчим інтервалом [1,26; 1,77]) до 4,26 у Сумах (з 95% довірчим інтервалом [3,60; 5,03]). Серед міст, де співвідношення шансів інфікування гепатитом С у контексті досвіду відбування покарання у місцях позбавлення волі перевищує 3,00, – Донецьк, Полтава, Чернівці, Черкаси, Львів та Суми.

**Таблиця 7.2.1**

**Результати багаторівневої логістичної регресії щодо імовірності мати позитивний тест на гепатит С**

Чинники		Співвідношення шансів [95% довірчий інтервал]	P-value
Стать	Чоловіки	0,84 [0,75; 0,94]	0,002
	Жінки	(реф.)	–
Вік	14–19 років	0,71 [0,47; 1,05]	0,085
	20–24 роки	(реф.)	–
	25–34 роки	2,01 [1,77; 2,44]	<0,001
	35 років та більше	2,08 [1,77; 2,44]	<0,001
Стаж вживання наркотиків ін'єкційним шляхом	3 роки та більше	2,73 [1,91; 3,92]	<0,001
	До 2 років	(реф.)	–
Використання спільного обладнання або матеріалів для розподілу або приготування наркотичної речовини	Так	1,16 [1,05; 1,29]	0,040
	Ні	(реф.)	–
Непостійне використання презервативів при сексуальних контактах з регулярними, випадковими або комерційними партнерами протягом останніх 90 днів	Так	1,11 [1,005; 1,24]	0,024
	Ні	(реф.)	–
Відбували покарання у місцях позбавлення волі коли-небудь	Так	2,37 [2,00; 2,80]	<0,001
	Ні	(реф.)	–
<p>Константа (рівень 1, експонована) та 95% довірчий інтервал: 0,21 [0,13; 0,33]  <b>Логарифм критерію правдоподібності:</b> -5658,84  <b>AIC:</b> 11347,69, <b>BIC:</b> 11454,84  <b>VPC (нульова модель):</b> 0,096; <b>VPC (фінальна модель):</b> 0,206  <b>Дисперсія випадкових ефектів (рівень 2):</b>                      Константа: 0,851                      Відбували покарання коли-небудь у місцях позбавлення волі: 0,470                      Стаж вживання наркотиків ін'єкційним шляхом: 0,124</p>			

Результати моделювання свідчать, що у випадку поширеності гепатиту С структурні чинники на рівні міст описують 9,6% дисперсії, тоді як решта – характеризується особливостями індивідуальної поведінки СІН. Це свідчить, що відмінності в поширеності гепатиту С на рівні міст є менш варіативними, ніж у випадку поширеності ВІЛ.

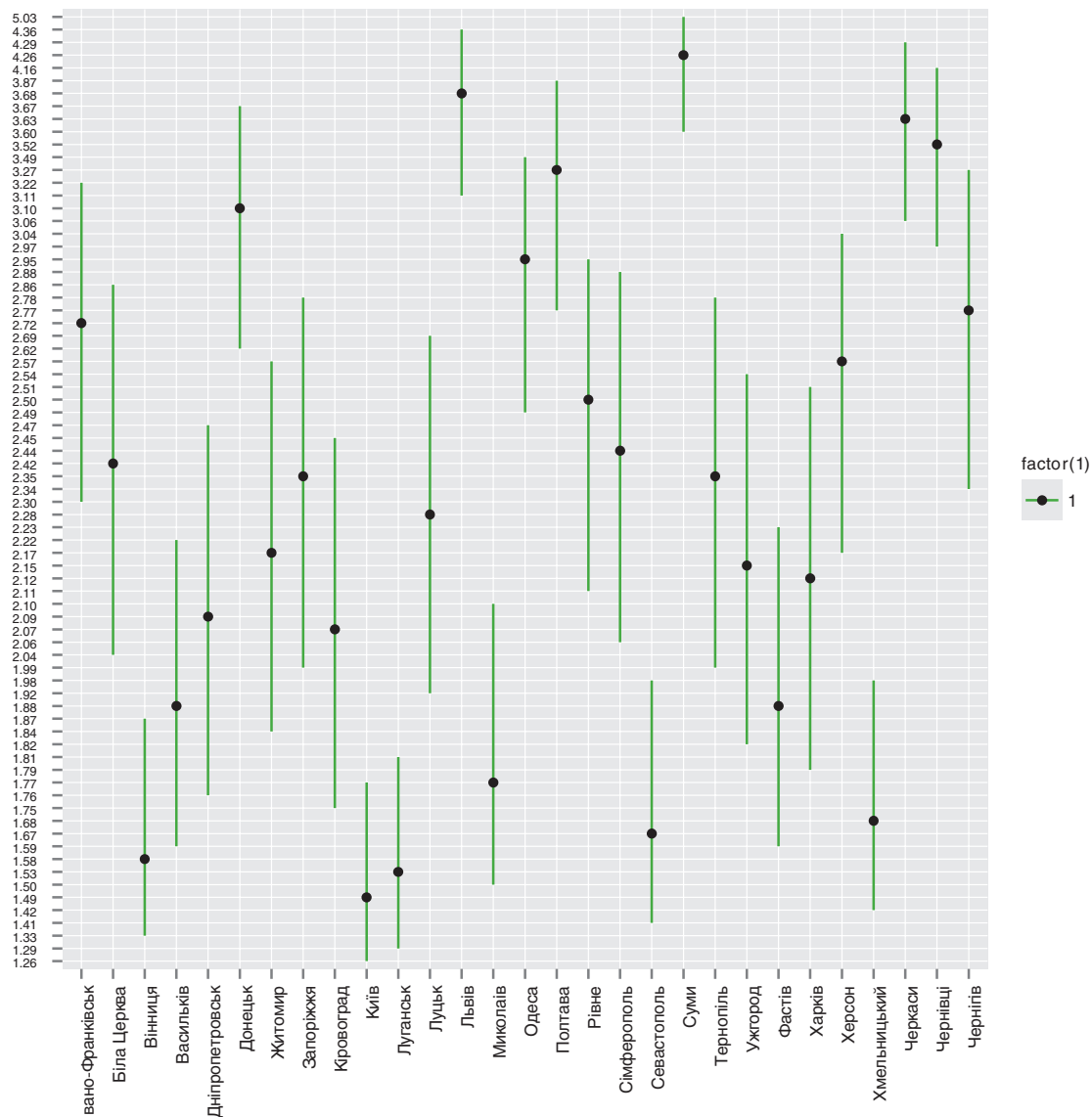
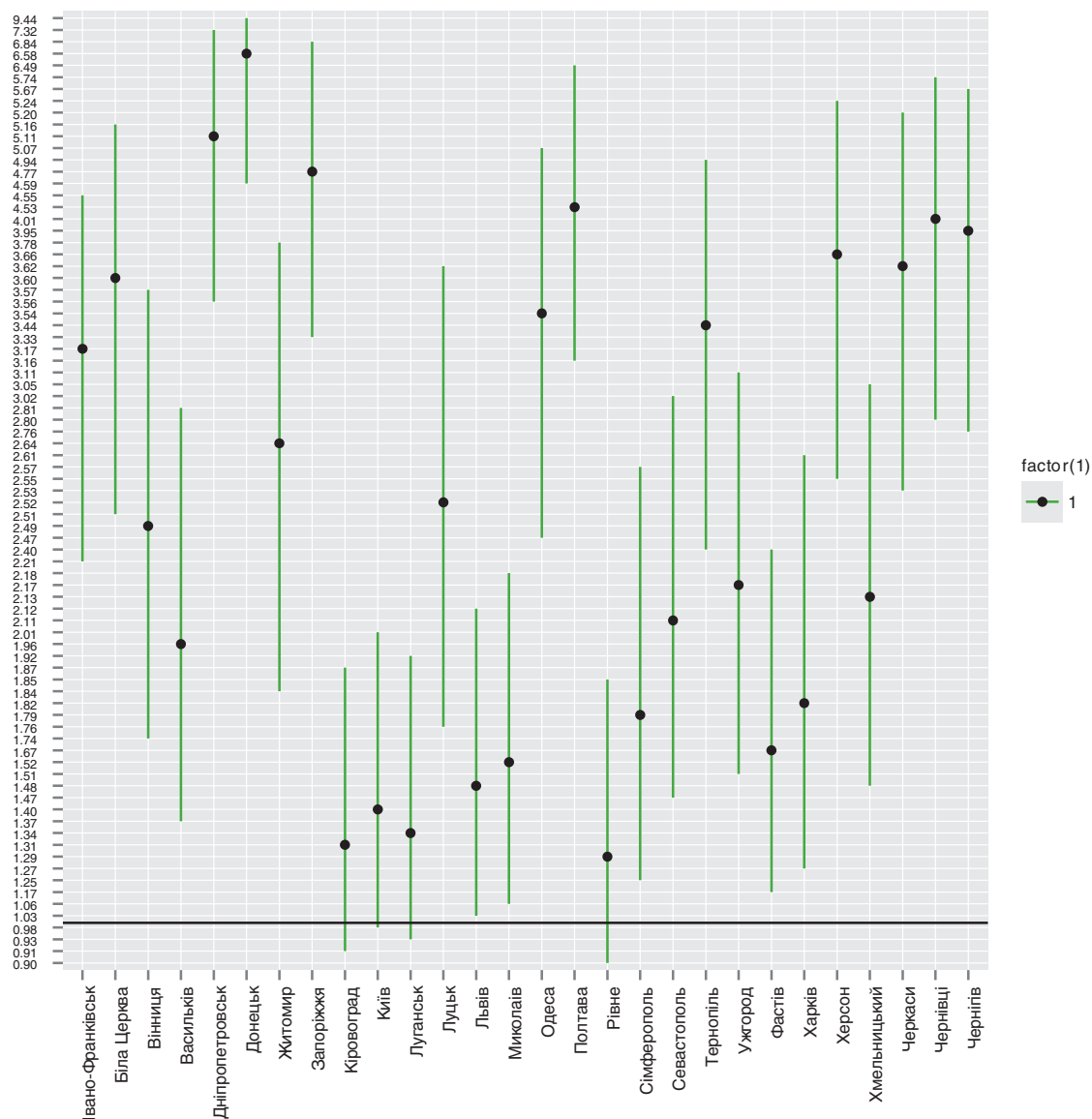


Рис. 7.2.1. Розподіл співвідношення шансів мати позитивний результат тесту на гепатит С для СН, що відбували покарання у місцях позбавлення волі, у порівнянні з СН, що не мають такого досвіду, з урахуванням випадкових ефектів на рівні міст, співвідношення шансів та 95% довірчі інтервали



**Рис. 7.2.2 . Розподіл співвідношення шансів мати позитивний результат тесту на гепатит С для СІН зі стажем вживання наркотиків від 3 років у порівнянні з СІН, що мають менш тривалий стаж, з урахуванням випадкових ефектів на рівні міст, співвідношення шансів та 95% довірчі інтервали**

## ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Більші шанси наявності як ВІЛ, так і гепатиту С характерні для жінок у порівнянні з чоловіками та для старших вікових груп (головним чином, СІН у віці 25 років і старших у порівнянні з молодшими) та СІН з відносно більш тривалим стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (3 роки та більше). Відсутність зв'язку між стажем та ризиком гепатиту С в окремих містах (у Рівному, Кіровограді, Луганську та Києві) можна пояснити тим, що в цих містах порогове значення стажу, що виступає як чинник ризику, є вищим або нижчим за 2 роки. Можлива інтерпретація також полягає в тому, що є певні стереотипи ризикованої поведінки, для яких стаж може виглядати альтернативним виміром. Те, що зв'язки знайдені не для всіх міст, може означати, що в інших містах стереотипи інші або щось ризикове з'явилося в певний час, тобто такий чинник не був присутній протягом усього стажу вживання наркотиків.

За результатами дослідження, непостійне використання презерватива з постійними, випадковими або комерційними партнерами також є чинником ризику в обох випадках: як щодо ВІЛ, так і гепатиту С. Слід зазначити, що наявність статевих шляхів передачі гепатиту С досі залишається дискусійним питанням. Дослідження щодо наявності вірусу гепатиту С в статевих клітинах свідчать про те, що вірус в них виявляється рідко, що може бути головною причиною низької частоти інфікування таким шляхом. Число випадків передачі гепатиту С статевим шляхом у разі моногамних статевих стосунків та відсутності ін'єкційних ризиків наближується до нуля<sup>21</sup>. Однак, за наявності супутніх захворювань сечостатевої системи, ІПСШ, коінфекції ВІЛ цей ризик зростає. Вважається, що гепатит С частіше передається при анальному сексі.

Ін'єкційні ризиковані практики СІН, а саме отримання/покупка ін'єкції в уже наповненому шприці (не бачили, як цей шприц наповнювався) та використання шприца, який особисто або хтось інший наповнював(ли) наркотиком із вже використаного шприца, асоціюються з більшою ймовірністю отримання позитивного тесту на ВІЛ, проте не мають суттєвого значення у випадку гепатиту С. Натомість, більша ймовірність наявності гепатиту С асоціюється зі спільним використанням посуду для приготування наркотику, тоді як щодо ВІЛ така практика практично не є чинником ризику. Це пов'язано з тим, що вірус гепатиту С може виживати на оточуючих поверхнях при кімнатній температурі до 4 днів, а вірус ВІЛ досить швидко гине в зовнішньому середовищі.

Те, що практика використання спільного посуду для приготування наркотику була чинником ризику щодо ВІЛ в окремих містах, може бути пов'язано з типом наркотиків і відображати роль певних третіх змінних, наприклад, способу приготування наркотику. Відомо, що в технології виготовлення екстракту макової соломки може застосовуватися кров, щоб звільнити розчин від завислих часток. У цьому випадку використання спільного посуду може бути ризиком інфікування ВІЛ, якщо використовується інфікована кров. Натомість, якщо всі інструменти для приготування наркотику стерильні і кров не використовується як абсорбент, спільний посуд не є ризиковою практикою.

Окремої уваги потребує профілактика ВІЛ/гепатиту С в установах пенітенціарної системи, СІН – колишні в'язні мають високі шанси інфікування ВІЛ та наявності гепатиту С, особливо у Сумах, Чернівцях, Черкасах, Донецьку, Полтаві, Одесі, Білій Церкві, Івано-Франківську та Львові.

<sup>21</sup> Vandelli C et al. Lack of evidence of sexual transmission of hepatitis C among monogamous couples: results of a 10-year prospective follow-up study. – 2004. – 99 (5): 855-859.

## РЕЗЮМЕ

- Жіноча стать, більший вік та стаж вживання наркотиків, непостійне використання презерватива пов'язані з більш високими шансами мати ВІЛ/гепатит С.
- Зв'язок між ін'єкційними ризиками та шансами інфікування демонструє критичне значення практики отримання/покупки ін'єкції в уже наповненому шприці (не бачили, як цей шприц наповнювався) та використання шприца, який особисто або хтось інший наповнював(ли) наркотиком із вже використаного шприца, як чинників ризику інфікування ВІЛ, а також використання спільного обладнання або матеріалів для розподілу або приготування наркотичної речовини як чинника ризику інфікування гепатитом С.
- СІН – колишні в'язні мають приблизно вдвічі вищі шанси мати ВІЛ чи гепатит С.



# ВИСНОВКИ

Проведене дослідження надає актуальні відповіді щодо широкого кола питань: хто споживає ін'єкційні наркотики в Україні (соціально-демографічний портрет та характеристики наркосцени), у якій мірі ця група наражається на ВІЛ/гепатит С своєю поведінкою, наскільки доступними та ефективними є діючі програми профілактики для СІН. Результати також відображають рівень поширеності ВІЛ та гепатиту С у середовищі СІН та демонструють ключові чинники, пов'язані з такими інфекціями.

## Хто споживає ін'єкційні наркотики в Україні?

Популяція СІН у статевому розрізі представлена більшою мірою чоловіками. Порівняно з минулою хвилиною опитування спостерігається зменшення частки жінок.

Найбільш наповненою віковою групою є СІН старші 25 років – 86,6%. Популяція підлітків-СІН залишається стабільною. Дещо зменшується популяція тих, кому 20–24 роки.

Понад чверть СІН (27%) офіційно не одружені/не заміжні, але живуть разом із сексуальним партнером. Кожний п'ятий має дітей, з якими проживає разом (серед жінок таких 36,9%, серед чоловіків – 13,7%).

Відсоток СІН, які працюють, становить 69%, проте з них 46,1% мають лише випадкові заробітки. Кожний четвертий живе за рахунок допомоги батьків. Частка учнів/студентів серед загалу СІН є доволі низькою (3%).

Більшість СІН (56%) за останні 3 місяці проживали у власному помешканні, а близько третини (31%) – у помешканні родичів/друзів, за яке не сплачували оренду. Кожен третій опитаний СІН має досвід перебування в місцях позбавлення волі.

## Ініціація, типи наркотиків та передозування

Аналіз даних щодо ініціації вживання ін'єкційних наркотиків підтверджує основні висновки, які робилися в попередніх дослідженнях, а саме, що більшість СІН розпочинають вживання наркотичних речовин саме неін'єкційним шляхом, та роблять це ще в підлітковому віку. Середній стаж вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом становить 13,6 року. Наявне поступове старіння популяції СІН в Україні (у 2011 році – 12,5 року). Стаж вживання ін'єкційних наркотиків до 3 років мають близько 8% опитаних СІН. Майже 60% опитаних СІН мають стаж вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, який перевищує 10 років.

Продовжується збільшення частки СІН, які вживають наркотики-стимулятори. Разом з тим, СІН, які переходять на вживання стимуляторів, при цьому не відмовляються повністю від наркотиків-опіатів. П'ята частина СІН практикує змішане вживання наркотичних речовин. Порівняно з 2011 роком помітна тенденція до збільшення питомої ваги споживачів дезоморфіну, також з'являється новий наркотик – «сіль». Такі препарати є досить дешевими, доступними та легкими в приготуванні, що є додатковими мотивами для СІН під час вибору наркотику.

Майже 6% опитаних мали передозування за останні 12 місяців.



## Ризикована поведінка щодо ВІЛ/гепатиту С

81% мали принаймні одну практику небезпечної ін'єкційної поведінки: використання спільного шприца/голки; отримання ін'єкції з уже наповненого шприца; використання шприца, який хтось наповнював своїм вже використаним шприцом; використання шприца, про який невідомо, як він наповнювався; використання спільного посуду для приготування та розподілу наркотичної речовини.

Ризики щодо інфікування статевим шляхом також доволі поширені. За останні три місяці 71% мали статеві контакти без презерватива з постійними партнерами, 44% – з випадковими партнерами, а 38% – з комерційними. Серед тих, хто має досвід групового сексу, біля половини не використовували презерватив (51%). Слід зазначити, що причини відмови від використання презерватива суттєво відрізняються в залежності від типу партнера. Так, у випадку постійного партнера, це, головним чином, «свідоме рішення». Ймовірно відмова від презерватива у таких стосунках є певним показником довіри до партнера. Щодо випадкового партнера переважає така причина, як відсутність презерватива під рукою. Відмова від презерватива під час надання сексуальних послуг за винагороду в більшості випадків мотивована побажанням клієнта. Ті ж СІН, які відмовлялися від презерватива, коли самі платили за секс, наголошували на тому, що презерватив зменшує чуттєвість.

## Доступність профілактичних програм, звернення за послугами та рівень знань

Більше третини СІН (35,7%) є клієнтами ГО, що надають послуги споживачам ін'єкційних наркотиків. Користуються послугами таких організацій значна частка СІН – 44,6%. Протягом останніх 12 місяців половина (49,4%) СІН отримувала безкоштовні шприци та голки від представників громадських організацій, дещо менше половини опитаних (47,2%) СІН отримували безкоштовні презервативи.

Більшість СІН знають, де можна пройти тестування на ВІЛ та вважають доступним тестування для себе. Досвід тестування протягом життя мають 73,5% опитаних СІН, протягом останніх 12 місяців – 39,4% опитаних СІН. Серед основних причин, чому не робили тест на ВІЛ – відсутність бажання проходити таке тестування, впевненість у своїй безпечній поведінці та побоювання дізнатися свій ВІЛ-статус.

Правильно визначають шляхи передачі ВІЛ 61,1% СІН. Щодо оцінки рівня знань стосовно ВІЛ, слід враховувати, що цей показник безпосередньо пов'язаний з охопленням профілактичними програмами. Міста, в яких менше половини СІН правильно визначали шляхи передачі та профілактики ВІЛ (наприклад, Ужгород, Полтава, Луганськ) – це міста, де відносно мала частка опитаних була клієнтами ГО чи користувалася послугами таких організацій. Можна припустити, що громадські організації, які працюють з СІН, фактично є головним джерелом поширення знань про ВІЛ, у той час як базовий рівень знань про таке захворювання (наприклад, отриманих у школі чи від друзів/знайомих) є низьким.

## Поширеність ВІЛ, гепатитів В та С, туберкульозу

Згідно із самодекларацією СІН, 14,6% хворіли впродовж життя або хворіють наразі на гепатит В, 27,6% – на гепатит С, 12,3% – на туберкульоз. Слід зазначити, що повідомлення про захворювання з опитувань СІН не стільки відображають реальний рівень інфікування, скільки є його мінімальною оцінкою, а також, у порівнянні з даними тестувань, можуть свідчити про рівень поінформованості про діагноз та поширеність поведінки, спрямованої на пошук і отримання медичної допомоги.

Результати тестування виявили вдвічі вищий рівень інфікованості на гепатит С, якщо порівнювати результати зв'язаного дослідження (54,9%) та самодекларації (27,6%).

Кожний п'ятий СІН (19,7%) є ВІЛ-інфікованим. Майже кожен другий ВІЛ-інфікований СІН не знає про свій статус. Середній по країні рівень поширеності ВІЛ у цій цільовій групі дещо знижується в порівнянні з дослідженнями 2011 та 2009 років.

Наявність інфекції за позитивного результату тестування одразу і на ВІЛ, і на гепатит С характеризує 14,7% СІН серед загально опитаних.

Географічні кластери регіонів з найвищим рівнем поширення ВІЛ та гепатиту С серед СІН не збігаються. Найвищий рівень поширеності гепатиту С характеризує північно-центральні міста (Чернігів, Київ, Вінниця), а найвищий рівень поширеності ВІЛ – південно-центральні міста (Дніпропетровськ, Миколаїв, Одеса).

### Чинники, пов'язані з інфікуванням ВІЛ гепатитом С

Жіноча стать, більший вік та стаж вживання наркотиків, непостійне використання презерватива, а також досвід ув'язнення пов'язані з більш високими шансами мати як ВІЛ, так і гепатит С.

Ін'єкційні ризикові практики СІН, а саме отримання/покупка ін'єкції в уже наповненому шприці (не бачили, як цей шприц наповнювався) та використання шприца, який особисто або хтось інший наповнював(ли) наркотиком із вже використаного шприца, асоціюються з більшою ймовірністю отримання позитивного тесту на ВІЛ, проте не мають суттєвого значення у випадку гепатиту С. Натомість, більша ймовірність наявності гепатиту С асоціюється зі спільним використанням посуду для приготування наркотику, тоді як щодо ВІЛ така практика практично не є чинником ризику. Це пов'язано з тим, що вірус гепатиту С може виживати на оточуючих поверхнях при кімнатній температурі до 4 днів, а вірус ВІЛ досить швидко гине в зовнішньому середовищі.

Практика використання спільного посуду для приготування наркотику є чинником ризику щодо ВІЛ тільки в окремих містах. Це може бути пов'язано з типом наркотиків і відображати роль певних третіх змінних, наприклад, способу приготування наркотику. Відомо, що в технології виготовлення екстракту макової соломки може застосовуватися кров, щоб звільнити розчин від завислих часток. У цьому випадку використання спільного посуду може бути ризиком інфікування ВІЛ, якщо використовується інфікована кров. Натомість, якщо всі інструменти для приготування наркотику стерильні і кров не використовується як абсорбент, спільний посуд не є ризиковою практикою.

# КЛЮЧОВІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ПРОГРАМ

Зважаючи на високий рівень охоплення центрами СНІДу, включаючи АРТ, та досить високий рівень знань щодо ВІЛ, наразі проблема полягає не стільки в недоступності профілактичних послуг чи низькій поінформованості про інфекцію, скільки в слабкій мотивації до збереження власного здоров'я: поширеності ризикових практик і відсутності культури систематичного тестування серед СІН. За результатами дослідження та виходячи із загальних стратегічних засад, зазначених ВООЗ, ЮНЕЙДС, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу серед СІН, рекомендовано такі заходи для посилення відповіді на епідемію в Україні:

## 1. Акцент на роботі з підлітками та молоддю

З одного боку, необхідна адаптація ВІЛ-сервісних послуг для неповнолітніх СІН, удосконалення доступ до комплексного пакету послуг профілактики, ресоціалізації та реабілітації, включаючи послуги, які задовольняють базові потреби з гігієни, безпеки, харчування та розв'язують соціальні, юридичні та інші проблеми. З іншого боку, важливим є широке впровадження інтервенцій, спрямованих на профілактику залучення молодих людей до ін'єкційних наркотиків самими споживачами ін'єкційних наркотиків (наприклад, модель «Розірви коло»)<sup>22</sup>.

## 2. Посилення профілактичних втручань серед СІН в установах пенітенціарної системи

За умов відсутності програм обміну шприців та ЗПТ в установах пенітенціарної системи важливо регулярно забезпечувати ув'язнених дезінфектантами для стерилізації ін'єкційного інструментарію. Дезінфектанти мають бути легко доступні для ув'язнених в різних місцях колоній/СІЗО, разом з інформаційно-освітніми матеріалами щодо їх використання. Також важливо забезпечити впровадження інтервенції щодо безпечних татувань у колоніях/СІЗО (надання дезінфектантів для стерилізації обладнання, інформаційно-освітніх матеріалів з цієї тематики).

<sup>22</sup> Модель була розроблена на основі успішної роботи, що її провів у Великій Британії Нейл Хант. Теоретична основа моделі «Розірви коло» ґрунтується на фактах, отриманих з багатьох країн, які свідчать про те, що саме через заохочення споживачів ін'єкційних наркотиків молоді люди починають вживати наркотики. Відомим є той факт, що хоча багато споживачів ін'єкційних наркотиків і не схвалюють втягнення у вживання інших, проте вони не завжди усвідомлюють, що своєю поведінкою вони можуть впливати на рішення молоді людини щодо початку вживання наркотиків.

### 3. Урахування гендерного аспекту в профілактичних втручаннях серед СІН

Жінки-СІН частіше практикують незахищені статеві контакти та використовують спільний ін'єкційний інструментарій. Вони потребують специфічних профілактичних програм, які мають містити поряд із традиційними методами роботи, елемент психологічної допомоги та мотивації до ініціювання використання презерватива і стерильного ін'єкційного інструментарію, особливо з постійним сексуальним партнером.

### 4. Посилення профілактики, діагностики і лікування вірусних гепатитів та туберкульозу

Хоча вірусні гепатити та туберкульоз доволі поширені серед СІН і є чинниками, які підвищують ризик та ускладнюють лікування ВІЛ-інфекції, це практично не враховано в базових пакетах послуг для СІН. Дуже важливим є поширення безкоштовного тестування на гепатит С та туберкульоз серед СІН, розробка профілактичних програм, які підвищують рівень знань щодо вірусних гепатитів та туберкульозу як серед самих СІН, так і надавачів послуг, пошук шляхів забезпечення безкоштовного лікування таких захворювань для найбільш уразливих СІН (підлітків, ув'язнених тощо).

### 5. Удосконалення наявних програм обміну шприців за рахунок поширення шприців з малою «мертвою зоною»

Зважаючи, що практика спільного використання ін'єкційного інструментарію залишається доволі поширеною, інноваційним рішенням може бути розповсюдження шприців з малою «мертвою зоною» (low dead-space syringes (LDSS)). Такі шприци призначені для зменшення кількості крові, що залишається в шприці після повного натискання поршня. Кількість крові, що залишається в LDSS після натискання поршня та промивки шприца, практично у 100 разів менша, ніж у звичайному шприці. Це зменшує ризик передачі ВІЛ/гепатиту С у разі спільного використання шприців.

### 6. Розуміння та врахування структурних факторів у інтервенціях для СІН

За результатами дослідження виявлено суттєві відмінності між містами опитування СІН щодо наявних поведінкових ризиків та детермінант такої поведінки. Доцільно враховувати різні характеристики міст як структурні чинники, що можуть зумовлювати різницю в ефектах індивідуальних чинників. Наприклад, наявність сексуального ризику в місті, де середній рівень користування презервативами в середовищі СІН є доволі високим, може мати слабший ефект щодо інфікування в порівнянні з містом, де такі практики доволі поширені.

### 7. Поширення програм обміну досвідом та систематичного підвищення кваліфікації серед безпосередніх надавачів послуг для СІН

Зважаючи, що громадські організації, які надають послуги СІН, є фактично ключовим джерелом поширення знань про ВІЛ/гепатит С, та персонал таких організацій повинні мати доступ до навчання щодо актуальних методик кейс-менеджменту, успішних практик мотивування до зменшення ризикованої поведінки та до проходження тестування, інтегрування профілактичних послуг щодо вірусних гепатитів у базовий пакет послуг з профілактики ВІЛ, фармакології та ефектів нових наркотиків.

## 8. Удосконалення системи моніторингу поведінки та поширення ВІЛ/гепатиту С за рахунок аналізу нових випадків інфікування, додатково до поширеності

У рамках епідеміологічного компонента також проводилося дослідження генетичного матеріалу вірусу на основі сухої краплі крові (СКК) для виявлення випадків раннього інфікування ВІЛ (incidents), результати якого будуть предметом окремого аналізу. Проведення подібних досліджень є актуальним з точки зору розуміння розвитку епідемії ВІЛ, приросту нових випадків та факторів, які цьому сприяють. Тому ґрунтовний аналіз уже зібраних даних та використання методу СКК в подальших дослідженнях дозволить поглибити розуміння епідеміологічних процесів в Україні, розробити нові стратегії та напрями роботи на шляху подолання епідемії ВІЛ.

## ДОДАТОК 1. ІНДИКАТОРИ, ЩО ВКЛЮЧЕНІ ДО ПЕРЕЛІКУ ПОКАЗНИКІВ НАЦІОНАЛЬНОГО ПЛАНУ МОНІТОРИНГУ ТА ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАХОДІВ ПРОТИДІЇ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ–ІНФЕКЦІЇ, СТОСОВНО ПОІНФОРМОВАНOSTІ ТА ПОВЕДІНКИ СПОЖИВАЧІВ ІН'ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ

### 1. Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про використання презерватива під час останнього статевого контакту

Регіони	Обсяг вибірки	Показник	довірчий інтервал		Показник серед СІН у віці до 25 років	довірчий інтервал		Показник серед СІН у віці 25 років та старші	довірчий інтервал	
			нижня межа	верхня межа		нижня межа	верхня межа		нижня межа	верхня межа
Україна	9502	54,1	–	–	62,9	–	–	52,5	–	–
Сімферополь	401	55	47,7	63,1	74,9	56,9	88,4	51,1	42,9	60
Вінниця	250	67,5	54,6	77,8	60,7	25,5	94,9	67,8	56,7	81,3
Луцьк	350	72,8	60,4	77,1	64,6	23,1	100	73,5	59,3	77,3
Дніпропетровськ	501	39,1	27,5	56	58,7	13,5	100	36,5	21,8	51
Донецьк	500	55,8	43,3	63,2	53,2	34,5	70,5	56,1	41,4	65
Житомир	350	21	15,1	25,9	8,2	2	15,6	25,2	18,1	31,4
Ужгород	200	41,2	28,1	56,2	63,1	40,5	82	30,8	17,9	48,2
Запоріжжя	350	26,8	18,6	36,5	55,1	27,3	77,2	21,9	14,9	32,7
Івано-Франківськ	300	63,4	54,7	72,2	76,8	58,4	93,3	62	52,9	71,8
Біла Церква	300	48,8	39,8	59,4	34	16,5	65,1	50,7	40,8	61,8
Київ	500	61,8	54,8	69,6	54,7	29,1	77,8	63,4	56,5	72,9
Кіровоград	250	52,1	41,1	62	63,3	48	85,8	48,6	34,7	59,7
Луганськ	300	47,4	41	62,7	60,7	37,9	84,5	46,4	38	61,7
Львів	350	63,9	54	72,1	71,6	46,1	87,7	63,8	52,7	74,7
Миколаїв	500	63,2	49,5	71,4	95,6	82,2	100	59,7	45	69,1
Одеса	400	60,7	51,7	67,5	72,3	48,6	91,3	59,7	50,6	66,7

Регіони	Обсяг вибірки	Показник	довірчий інтервал		Показник серед СІН у віці до 25 років	довірчий інтервал		Показник серед СІН у віці 25 років та старші	довірчий інтервал	
			нижня межа	верхня межа		нижня межа	верхня межа		нижня межа	верхня межа
Полтава	300	48	38,2	58,7	59,2	40,9	77,7	42,6	32,9	55,8
Рівне	300	43,1	33,4	55,8	69,6	42,6	86,5	39,6	28,2	52,5
Суми	350	69,7	63,6	76,3	84	76,9	93	60,5	51	69,1
Тернопіль	250	45,1	34,7	57	84,4	42,9	100	42,3	31	54
Харків	350	40,7	30,8	48,9	72,8	56,8	93,6	36,8	26,4	45,6
Херсон	300	64	55,6	74,7	85,1	87,8	100	60,4	48,7	70,2
Хмельницький	300	47,1	37	59,7	60,8	22,1	92,9	45,4	35,1	59,6
Черкаси	350	49,7	41,8	60,5	54,6	39	88	48,8	40,6	59,9
Чернівці	250	73,1	65,3	81,4	79,2	61,4	92,6	71,9	63,4	80,4
Чернігів	300	46,5	32,3	59,2	50,3	24,2	74,5	46	32,1	60,8
Фастів	150	38,5	17,7	54,6	16,9	0	33,3	39,7	16,9	55,5
Васильків	150	77,4	71,4	86,3	78,8	66	96,2	77	65,9	86,7
Севастополь	350	37,8	28,3	50,4	58	26,1	82,6	32,7	23,3	42,7



## 2. Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про використання стерильних ін'єкційних матеріалів під час останньої ін'єкції

Регіони	Обсяг вибірки	Показник	довірчий інтервал		Показник серед СІН у віці до 25 років	довірчий інтервал		Показник серед СІН у віці 25 років та старші	довірчий інтервал	
			нижня межа	верхня межа		нижня межа	верхня межа		нижня межа	верхня межа
Україна	9502	96,9	–	–	97,8	–	–	96,8	–	–
Сімферополь	401	98.4	97	99.6	97.8	94.8	100	98.5	96.6	99.9
Вінниця	250	98.2	96	99.7	95.6	85	100	98.6	96.5	99.8
Луцьк	350	96.5	94.2	98.6	100	–	–	96.2	93.5	98.3
Дніпропетровськ	501	97.9	96.4	99.1	94.1	96.6	100	98.2	96.3	99.1
Донецьк	500	94	91.1	96.7	93.8	90	99.7	94.5	90.1	96.7
Житомир	350	98.2	96.6	99.4	99.4	97.9	100	97.9	96	99.5
Ужгород	200	92.5	87.2	96.9	88.2	76.8	97.8	94.1	88.6	98.7
Запоріжжя	350	94.3	89.4	97.9	97.3	92.8	100	94.1	88.9	97.8
Івано-Франківськ	300	90.8	83.5	96.5	87.9	71.4	100	91.3	83.8	97.3
Біла Церква	300	97.8	95.8	99.3	94.8	81.6	100	98.3	97	99.4
Київ	500	99.2	98.1	100	100	–	–	99.1	97.9	100
Кіровоград	250	91	84.6	96.8	98.1	95.4	100	89.2	81.4	96.5
Луганськ	300	92.6	85.7	98.5	100	–	–	91.6	83.4	98.2
Львів	350	96	93.7	98.1	97	94.9	98.8	96	94.9	98.8
Миколаїв	500	97.7	96.1	99	97.3	90.6	100	97.8	96	99
Одеса	400	97.6	96	99	100	–	–	97.4	95.6	99
Полтава	300	97.5	95.3	99.3	97.9	94	100	97.3	94.7	99.5
Рівне	300	97	94.3	99.2	97.2	93.4	100	96.8	93.9	99.2
Суми	350	98.1	96.2	99.7	98.2	96.8	100	96.9	94.4	100
Тернопіль	250	99.3	98	100	100	–	–	99.2	97.8	100
Харків	350	98.8	97.6	99.8	100	–	–	98.7	97.4	99.7



Регіони	Обсяг вибірки	Показник	довірчий інтервал		Показник серед СІН у віці до 25 років	довірчий інтервал		Показник серед СІН у віці 25 років та старші	довірчий інтервал	
			нижня межа	верхня межа		нижня межа	верхня межа		нижня межа	верхня межа
Херсон	300	95.7	92.3	98.6	100	–	–	95.1	90.4	98.4
Хмельницький	300	98.9	97.4	100	100	–	–	98.7	97	99.9
Черкаси	350	95.3	92.9	97.5	99	96.1	100	95	92.1	97.3
Чернівці	250	100	–	–	100	95.5	100	100	98.9	100
Чернігів	300	97.3	96.5	100	97.7	96.7	100	97.2	95	100
Фастів	150	91.1	85.6	95.4	97.3	92.6	100	89.2	83	94.3
Васильків	150	96.1	92.9	98.6	99.7	29	51.6	97.4	93.8	100
Севастополь	350	95.4	92.7	97.8	98.8	95.5	100	95	91.6	97.5

## 3. Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які протягом останніх 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ-інфекцію та одержали його результат

Регіони	Обсяг вибірки	Показник	довірчий інтервал		Показник серед СІН у віці до 25 років	довірчий інтервал		Показник серед СІН у віці 25 років та старші	довірчий інтервал	
			нижня межа	верхня межа		нижня межа	верхня межа		нижня межа	верхня межа
<b>Україна</b>	<b>9502</b>	<b>42,8</b>	–	–	<b>34,7</b>	–	–	<b>44,1</b>	–	–
Сімферополь	401	18,7	14,3	23,8	17,4	8,5	28,5	18,9	13,9	24,5
Вінниця	250	69,7	62,6	77,3	69,3	48,1	84,3	69,9	61,7	77,2
Луцьк	350	33,9	27,7	40,2	24,7	7,5	45,5	40	27,6	40,3
Дніпропетровськ	501	34,7	28,6	41,1	41,3	9	70,6	34,3	28,1	40,7
Донецьк	500	24,3	18	32	7,8	2,2	15,2	27,6	19,8	36
Житомир	350	45,4	39	52,2	36,2	25,1	51,1	47,6	40,8	54,7
Ужгород	200	25,5	18,4	34,4	17	4,5	33,6	27,6	18,8	37,9
Запоріжжя	350	15,3	9,9	22,2	7,3	0	14,4	16,2	10,6	23,4
Івано-Франківськ	300	49,8	41,2	56,3	35,8	15,4	52,8	50,4	42,1	58,2
Біла Церква	300	34,7	26,3	43,4	19,8	4	39,8	37,4	28,8	46,7
Київ	500	62,3	56,6	67,7	55,5	39,9	71,9	63,1	57,2	68,9
Кіровоград	250	37,8	29,8	46,7	42	24,6	60,5	37,3	27,7	46,8
Луганськ	300	31	22	42	31,9	14	55,8	29,9	20,5	39,8
Львів	350	42	35,7	48,2	22,8	9,1	38	44,2	37,3	51,4
Миколаїв	500	39	33,4	45,3	51,6	33	71,3	38,2	32,2	44,5
Одеса	400	51,4	45,5	57,3	42,5	24,8	60,4	52	46,2	57,9
Полтава	300	33	25,6	40,6	21	10,3	32,8	38,8	29,5	47,4
Рівне	300	43,4	35,2	51,3	43,3	23,1	65,1	43,5	35,1	51,8
Суми	350	18,6	13,8	24,1	13,9	5,9	22,6	21,1	15	28,5
Тернопіль	250	55,1	46,9	62,8	25,1	1,6	32,5	56,4	47,3	64,2
Харків	350	51,5	43,4	58,8	24,1	10,3	43,7	54,5	46,5	62,2
Херсон	300	36,6	29,1	44,5	37,2	12,9	58,5	36,4	28,7	44,2

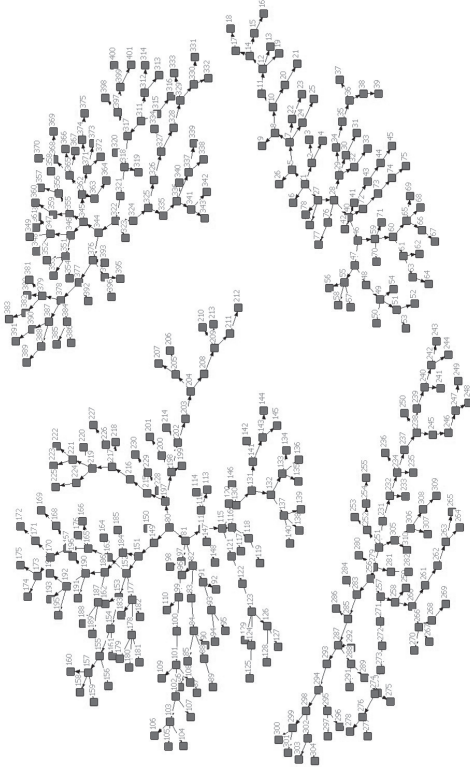
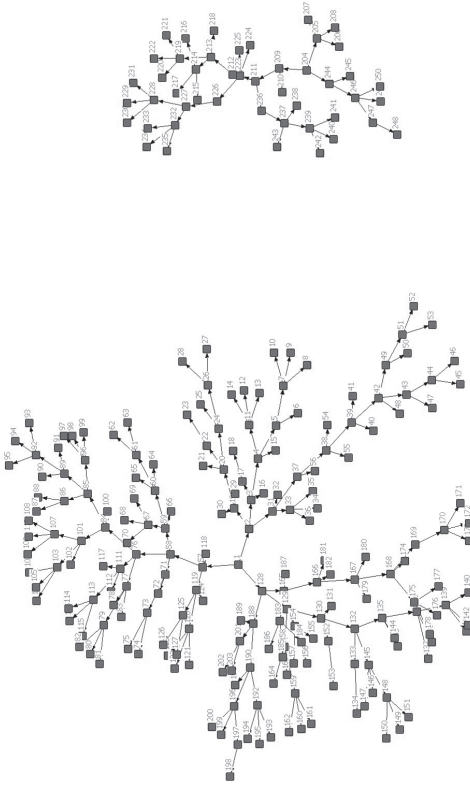
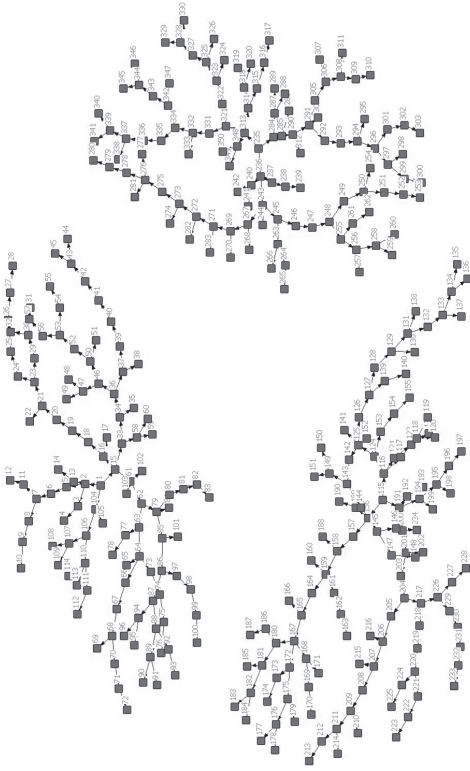
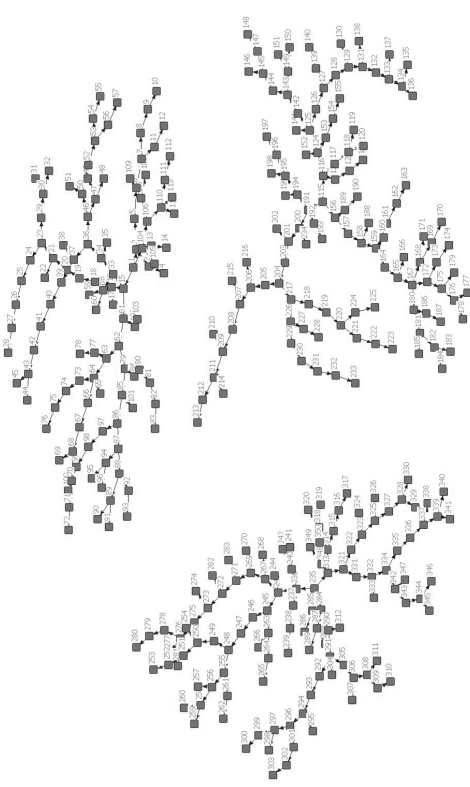
Регіони	Обсяг вибірки	Показник	довірчий інтервал		Показник серед СІН у віці до 25 років	довірчий інтервал		Показник серед СІН у віці 25 років та старші	довірчий інтервал	
			нижня межа	верхня межа		нижня межа	верхня межа		нижня межа	верхня межа
Хмельницький	300	42,7	35,1	49,9	19,6	4,8	43,1	45	37,3	53
Черкаси	350	36,9	30	43,1	41,4	21,1	65,7	36,8	29,8	43,7
Чернівці	250	67,1	61,5	74,1	65,5	53,3	81,9	67,5	62	75,4
Чернігів	300	64,5	58,6	71,7	50,3	25,5	74,2	46,6	31,7	60,7
Фастів	150	24,7	11,5	35,9	35,6	13,3	66	22,7	8	34,8
Васильків	150	28	19,2	38	16,7	3,2	29,9	32,7	21,5	45,4
Севастополь	350	21,5	15,8	27,8	21,8	1,6	45,1	21,4	15,9	27,4

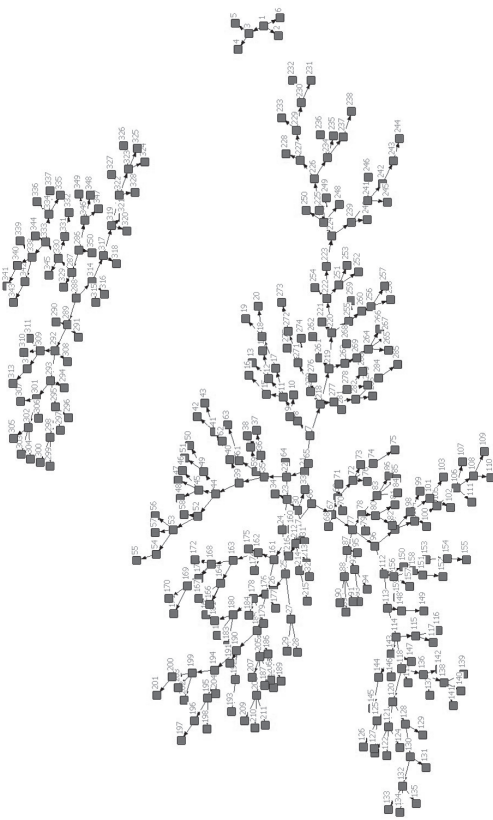
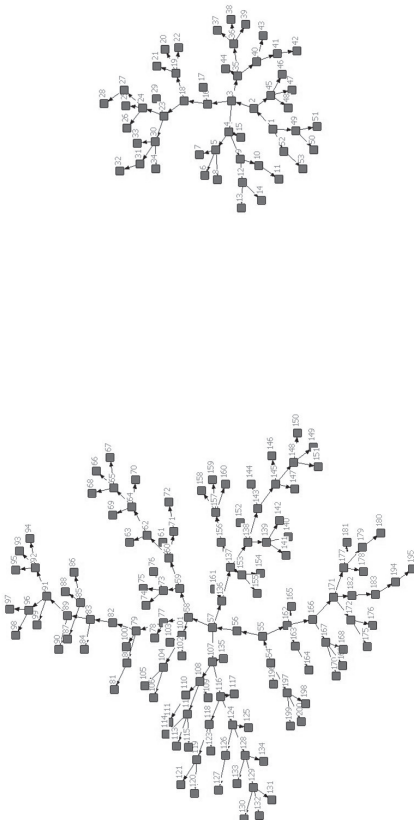
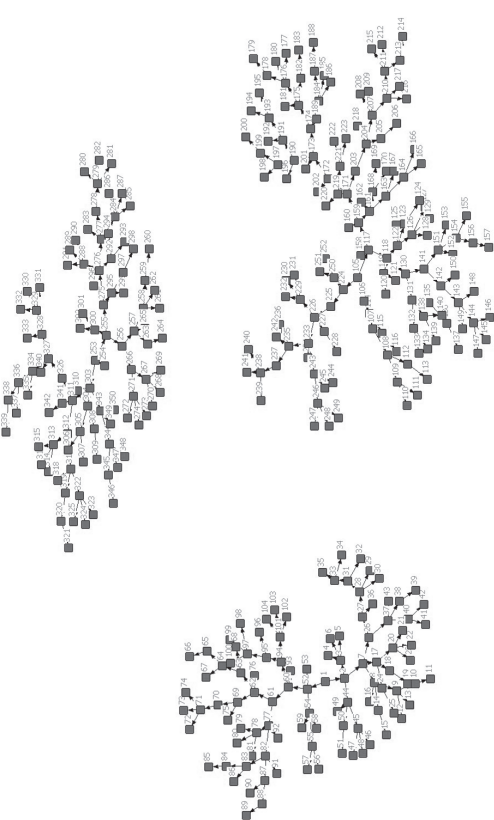

## 4. Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які інфіковані ВІЛ

Регіони	Обсяг вибірки	Показник	довірчий інтервал		Показник серед СІН у віці до 25 років	довірчий інтервал		Показник серед СІН у віці 25 років та старші	довірчий інтервал	
			нижня межа	верхня межа		нижня межа	верхня межа		нижня межа	верхня межа
Україна	9502	19,7	–	–	6,3	–	–	21,7	–	–
Сімферополь	401	22,5	17,6	28,1	1,7	0	4,2	26,4	20,9	32,8
Вінниця	250	12,7	7,7	18,8	7,8	0	16,3	13,7	7,6	20,2
Луцьк	350	20,3	15,4	25,4	4,8	0	13,7	21,7	16,6	26,9
Дніпропетровськ	501	34,7	24,9	37,2	35,3	0	45,6	32	24,5	36,7
Донецьк	500	26,5	19	35	1,9	0	6,3	31,5	22,5	41
Житомир	350	18,9	12,4	25,8	2,1	0	5,2	23,7	15,3	32,2
Ужгород	200	1,8	0	2,5	2,8	0	2,8	1,8	0	3,5
Запоріжжя	350	2,2	0,5	4,7	12,6	0	11,9	2	0,3	5
Івано-Франківськ	300	17	10,3	25,2	0	0	0	19,5	11,6	28,1
Біла Церква	300	19,7	13,5	27,1	2,1	0	5,4	22,9	15,6	31,1
Київ	500	20,1	10,2	29,6	15,8	2,5	22,9	20,5	10,3	22,6
Кіровоград	250	15	3,9	19,6	6,5	0	7,6	15,6	4	17,1
Луганськ	300	3,2	1,7	5,4	2,1	0	5,5	3,5	17	5,9
Львів	350	23,5	17,6	29,4	4,2	0	18,9	24,6	18,1	31,4
Миколаїв	500	31,8	25,9	39,2	0	0	0	33,7	27,7	41,6
Одеса	400	30,2	24,3	36,4	9,9	1,1	21,3	32	26	38,7
Полтава	300	2,6	1,3	4,7	0	0	0	3,7	1,9	7,3
Рівне	300	24,5	13,2	27,5	2,6	0	6,6	25	14,4	30
Суми	350	5,1	2,4	9,4	0	0	0	7,9	3,8	14,1
Тернопіль	250	18	12,2	24,5	0	0	0	19,4	13,5	25,7
Харків	350	10,3	5,1	18	4,8	0	13,8	10,5	4,9	18,3
Херсон	300	22,6	16,8	28,7	6,5	0	13	26	19,3	32,5

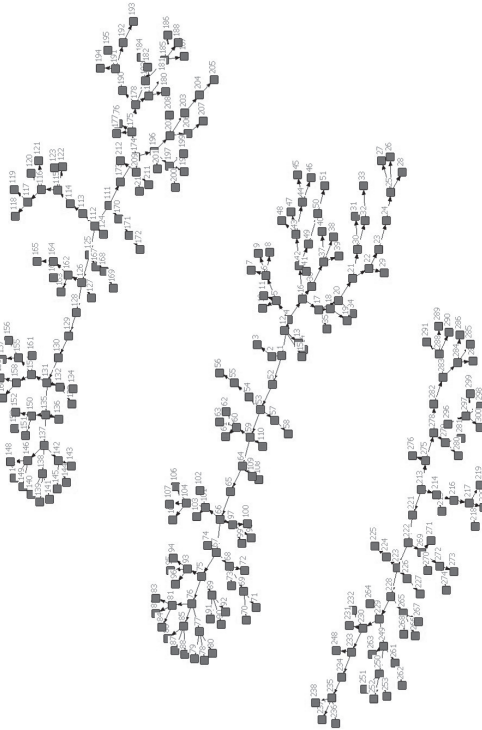

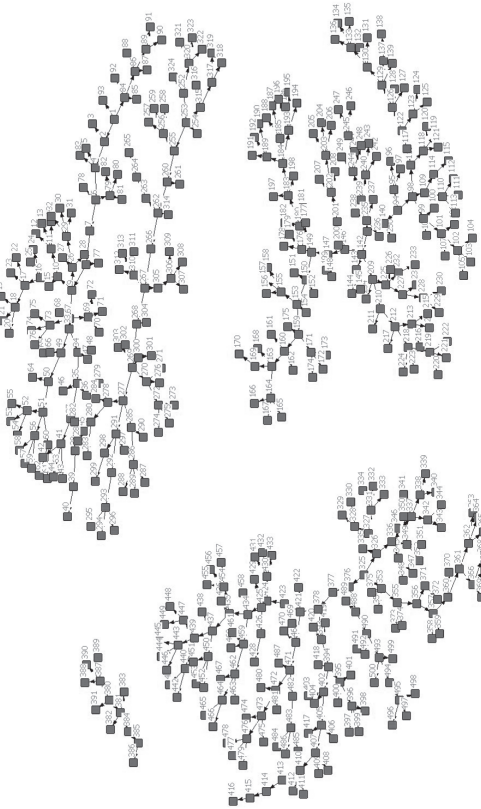
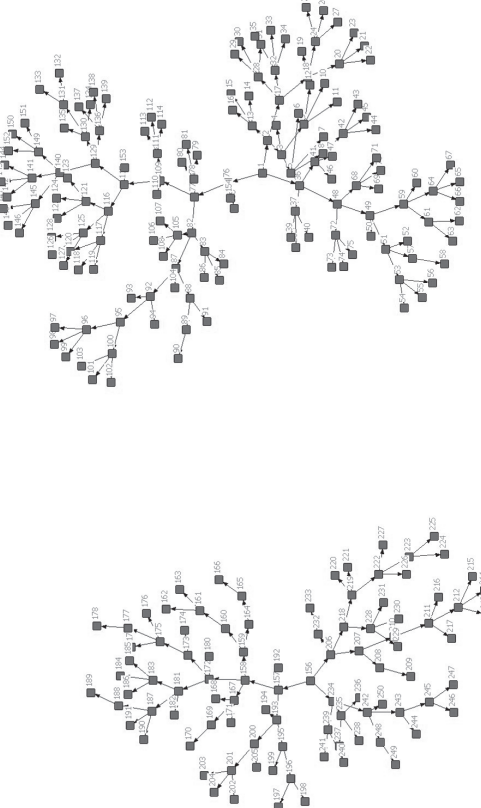
Регіони	Обсяг вибірки	Показник	довірчий інтервал		Показник серед СІН у віці до 25 років	довірчий інтервал		Показник серед СІН у віці 25 років та старші	довірчий інтервал	
			нижня межа	верхня межа		нижня межа	верхня межа		нижня межа	верхня межа
Хмельницький	300	28,2	21,4	34,7	6,9	0	20,1	29,8	22,9	37,7
Черкаси	350	19,8	14,7	24,7	13,1	1,1	31,2	20,3	15,2	26,2
Чернівці	250	2,2	0,5	4,4	0	0	0	2,6	0,6	4,8
Чернігів	300	18,6	9,2	29	0	0	0	23,2	12,2	34,6
Фастів	150	21,7	14,4	30,6	0	0	0	26,8	17,7	38,1
Васильків	150	5,7	0,8	11,9	2,2	0	5,3	7,3	0,4	15,4
Севастополь	350	21,3	11,7	23,4	3,6	0	11,4	21,9	13,5	24,4

## ДОДАТОК 2. РЕКРУТИНГ РЕСПОНДЕНТІВ ЗГІДНО З МЕТОДИКОЮ RDS

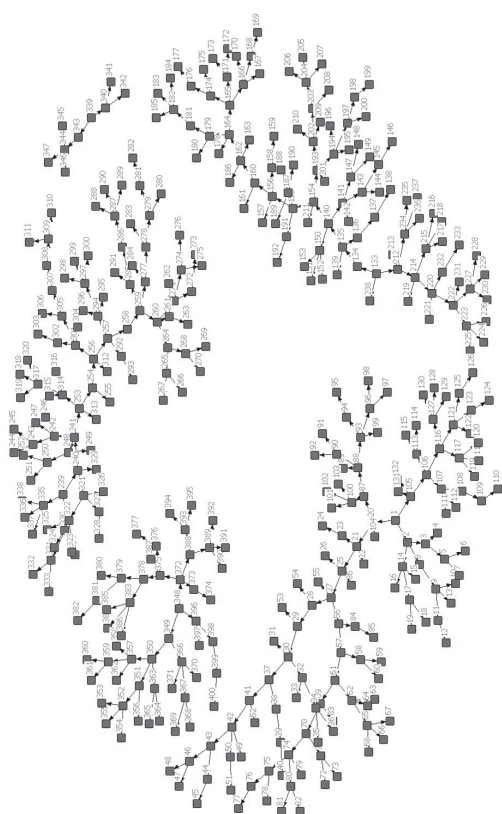
Сімферополь	Вінниця
	
Луцьк	Дніпропетровськ
	

<p><b>Закарпаття</b></p> 	<p><b>Ужгород</b></p> 
<p><b>Житомир</b></p> 	<p><b>Донецьк</b></p> 

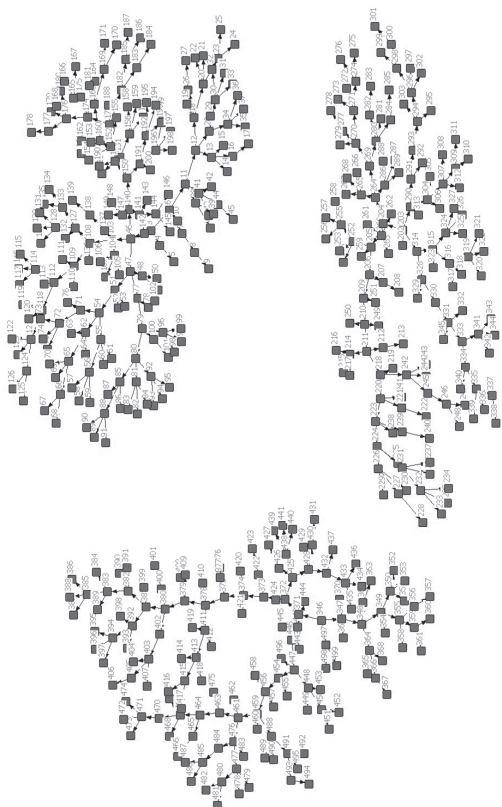


Івано-Франківськ	Біла Церква
	
Київ	Кіровоград
	

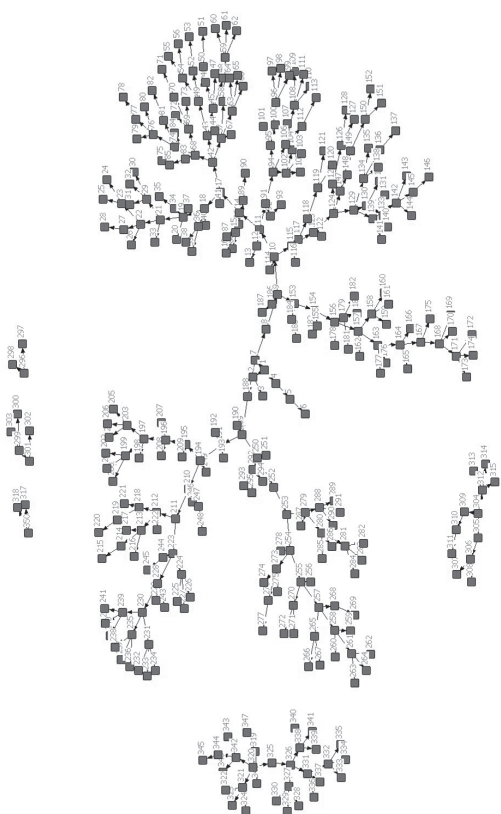




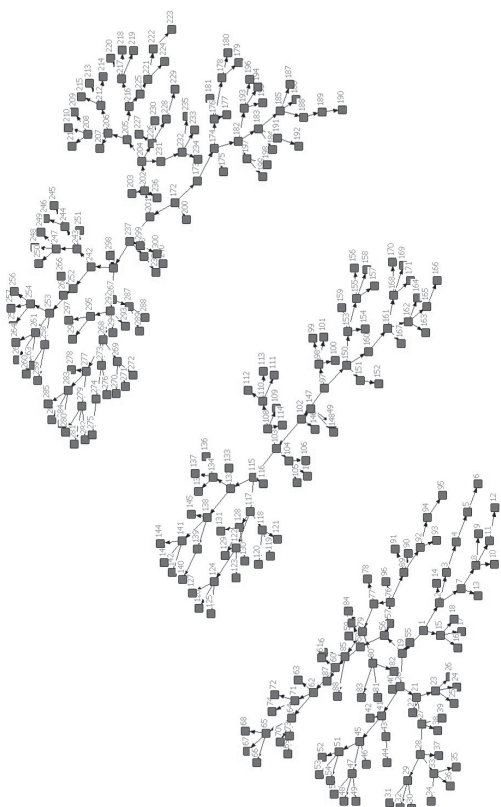
Одеса



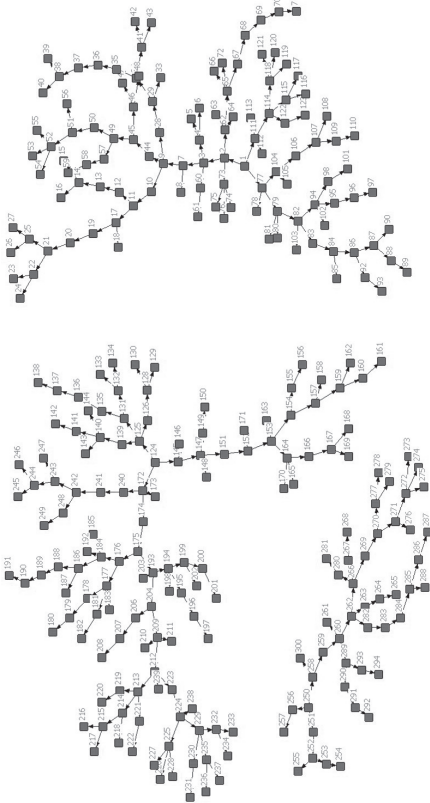
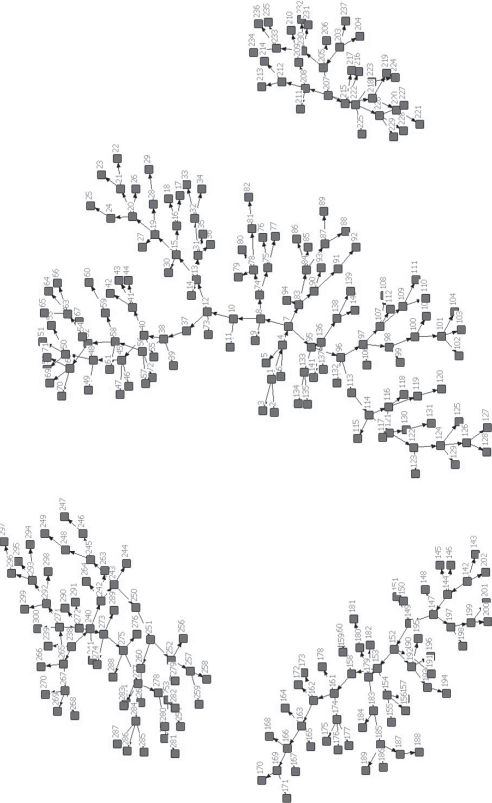
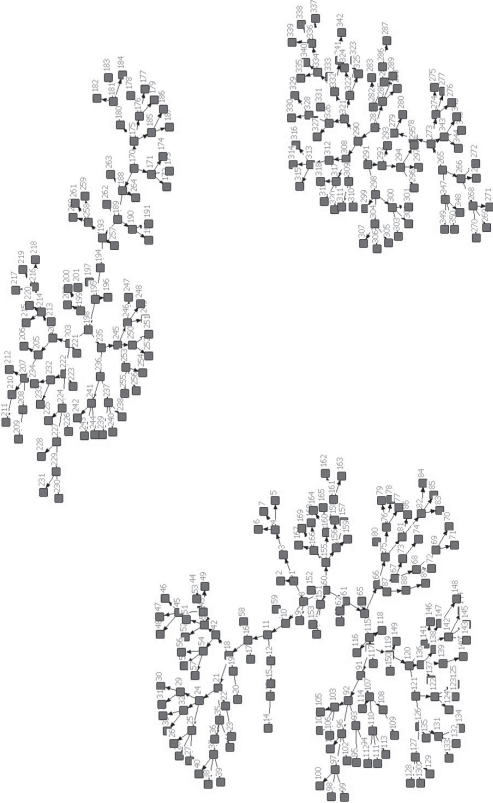
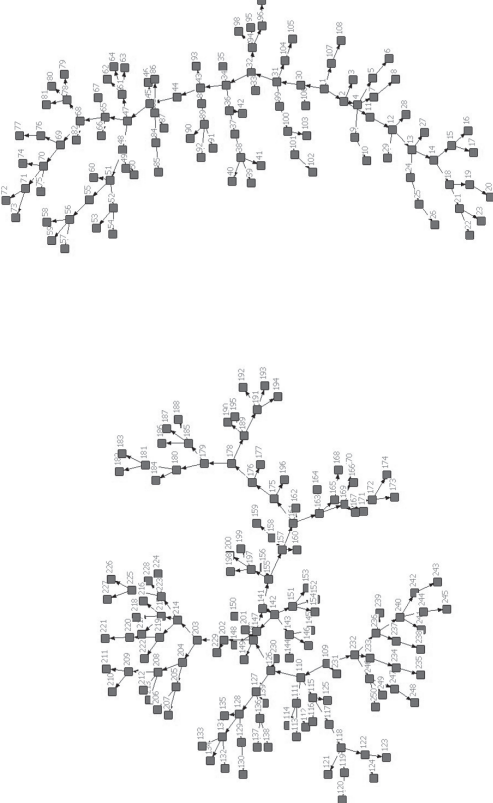
Миколаїв

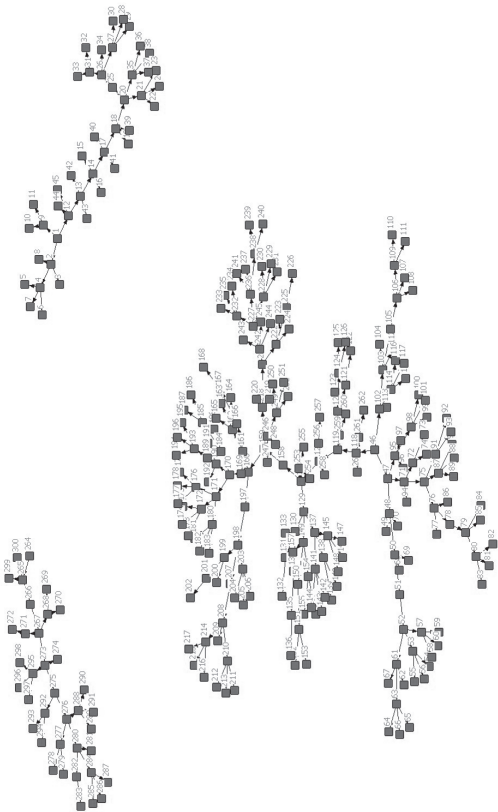
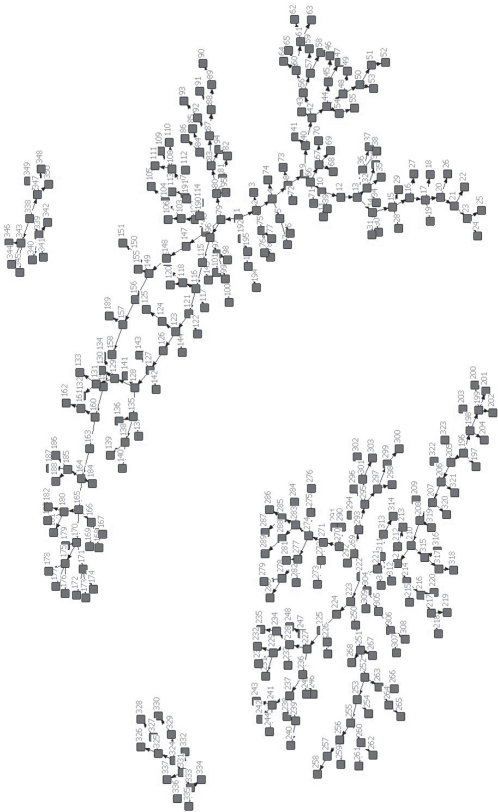
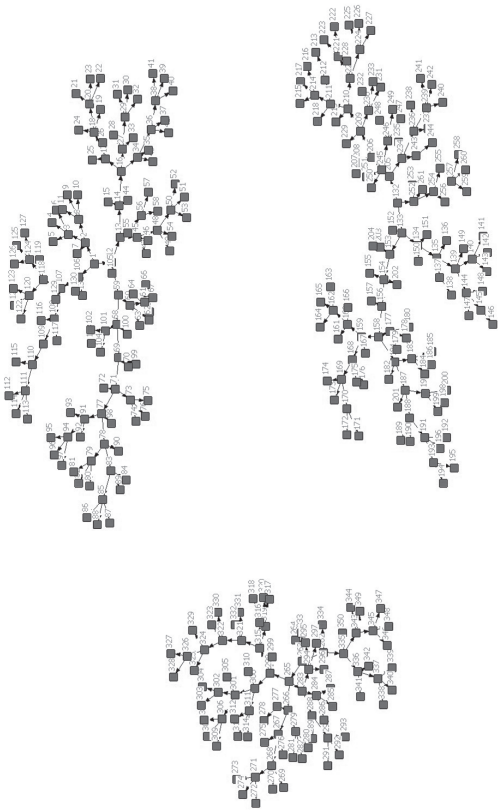
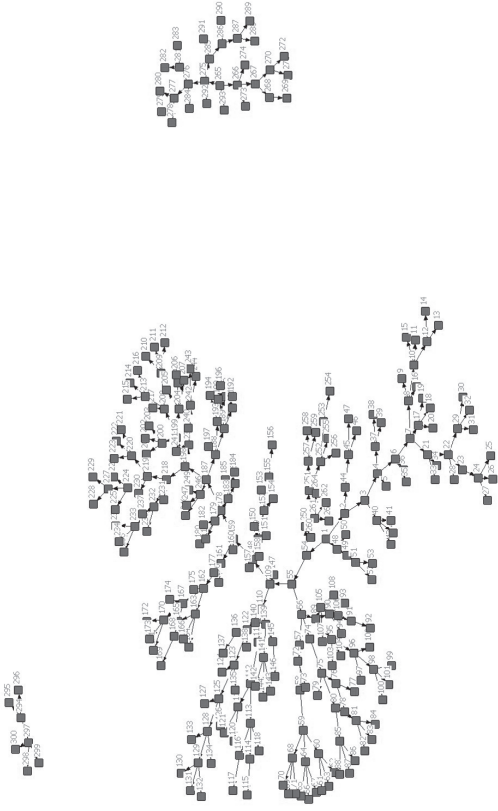


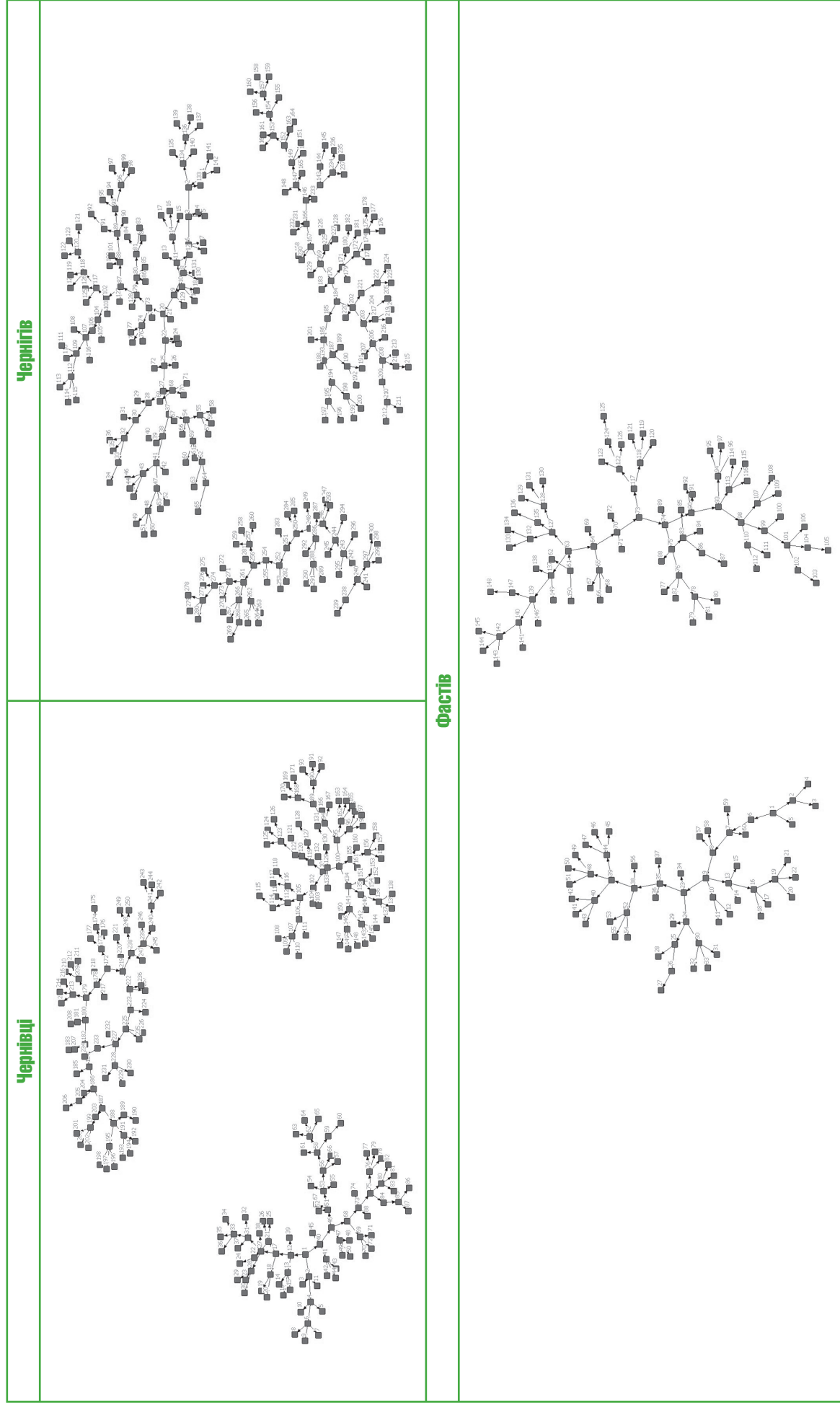
Львів

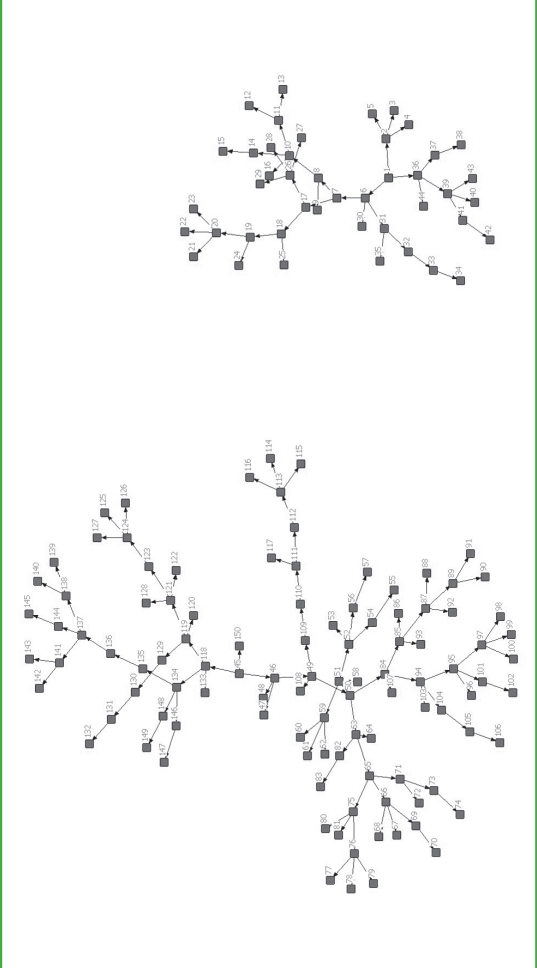
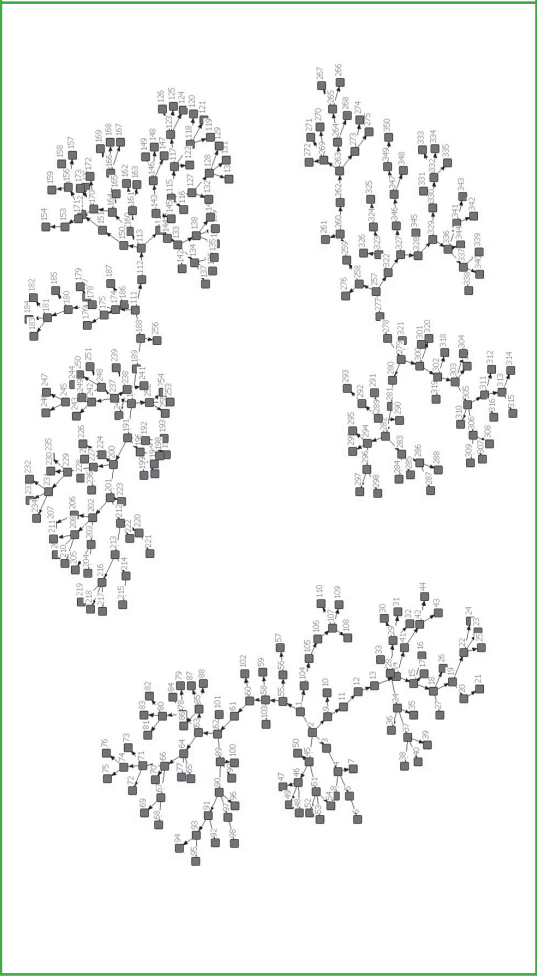


Луганськ

Полтава	Рівне
	
Суми	Тернопіль
	

Херсон	
Черкаси	
Харків	
Хмельницький	



Васильків	Севастополь
	

**ДЛЯ НОТАТОК**



