

**Аналітичний звіт
за результатами біоповедінкового дослідження**

**МОНІТОРИНГ ПОІНФОРМОВАНOSTІ, ПОВЕДІНКИ ТА
ПОШИРЕНІСТЬ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ТА ІНШИХ СОЦІАЛЬНО-
НЕБЕЗПЕЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЕД ЗАСУДЖЕНИХ ЯК
КОМПОНЕНТ ЕПІДНАГЛЯДУ ЗА ВІЛ ДРУГОГО
ПОКОЛІННЯ**

Біоповедінкове дослідження проводилось в рамках проекту Управління ООН з наркотиків та злочинності «Посилення ефективності заходів правоохоронних органів, пенітенціарної та наркологічної служби у відповідь на епідемію ВІЛ» (HIV-PLEDGE), що фінансується USAID

Авторський колектив:

Демченко Ірина, канд. екон. наук

Салабай Наталія

Гольцас Лариса

Навосьолова Ольга

Київ – 2017

ЗМІСТ

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ	3
ВСТУП	4
МЕТОДОЛОГІЯ БІОПОВЕДІНКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	6
1. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИЙ ПРОФІЛЬ РЕСПОНДЕНТІВ	12
2. ДОСТУП ЗАСУДЖЕНИХ ДО СОЦІАЛЬНИХ І МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	15
2.1. Доступність медичних послуг в установах КВС	16
2.2. Доступність консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію	18
2.3. Доступність соціальних послуг для засуджених	22
3. ДОСТУП ДО ПРОФІЛАКТИЧНИХ ПОСЛУГ	24
4. ПОІНФОРМОВАНІСТЬ ЗАСУДЖЕНИХ ЩОДО ВІЛ/СНІД ТА СТАВЛЕННЯ ДО ЛЖВ	30
4.1. Рівень знань засуджених про ВІЛ/СНІД	30
4.2. Ставлення засуджених до людей, які живуть з ВІЛ	36
5. РИЗИКОВАНІ ПОВЕДІНКОВІ ПРАКТИКИ	40
5.1. Вживання психоактивних речовин	40
5.2. Татуювання	43
5.3. Сексуальна поведінка	44
6. РІВЕНЬ ПОШИРЕНOSTІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В УСТАНОВАХ КВД	47
ВИСНОВКИ	50

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

АМН	Академія медичних наук
АРВ-терапія (АРТ)	антиретровірусна терапія
АЦ	аналітичний центр
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВІЛ-	ВІЛ-негативний статус
ВІЛ+	ВІЛ-позитивний статус
ВК	виправні або виховні колонії
ГО	громадська організація
ІФА	імуноферментний (імунохімічний) аналіз
КІТ	добровільне консультування і тестування на наявність ВІЛ-інфекції
ДКВСУ	Державна кримінально-виконавча служба України
ДПтСУ	Державна пенітенціарна служба України
України	
ДУ	державна установа
ІПСШ	інфекції, що передаються статевим шляхом
КВС	кримінально-виконавча служба
ЛЖВ	люди, які живуть з ВІЛ
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
МСЧ	медична санітарна частина
НУО	неурядові організації
СІН	споживачі ін'єкційних наркотиків
СНІД	синдром набутого імунодефіциту
УВП	установа виконання покарань
УНЗ ООН	Управління ООН з наркотиків і злочинності
ШТ	швидкі тести

ВСТУП

Пенітенціарні установи розглядаються в усьому світі як заклади підвищеного ризику поширення соціально небезпечних інфекцій, серед яких одне з провідних місць посідає ВІЛ. За даними сероепідмоніторингу станом на 01.01.2017 р. рівень інфікованості ВІЛ серед осіб, які перебували у місцях позбавлення волі, у тому числі слідчих ізоляторах, становив 4,24%¹. Попри поступове зниження рівня поширеності епідемії в даному контингенті (з 12,04% у 2009 р., 10,36% у 2011 р. та 8,69% у 2013 р.)², зазначений показник залишається високим. Серед різних груп населення, які регулярно обстежуються в рамках епідмоніторингу, рівень інфікованості засуджених і ув'язнених поступається лише аналогічному показнику серед осіб, які мали статеві (гетеро-, гомо) контакти з ВІЛ-інфікованими (12,8%).

У відповідь на існуючу епідеміологічну небезпеку з 1995 року в установах Державної пенітенціарної служби України за підтримки міжнародних організацій, фондів і Міністерства охорони здоров'я України впроваджувались програми, що були спрямовані на відпрацювання стандартів профілактичної роботи, діагностики ВІЛ-інфекції серед осіб, які тримаються під вартою, лікування, догляду, підтримки ВІЛ-інфікованих засуджених, навчання персоналу.

Завдяки наданню технічної та фінансової допомоги Агенціями ООН (Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІД, Дитячого фонду ООН, Фонду народонаселення ООН, ВООЗ), Міжнародним банком реконструкції та розвитку, Глобальним фондом для боротьби з ВІЛ-інфекцією, туберкульозом та малярією, МБФ «Відродження», МБФ «СНІД Фонд Схід-Захід», із 15 інтервенцій, рекомендованих ВООЗ для установ ДКВС³, нині впроваджується 12, а саме: заходи з інформування, навчання і комунікацій; тестування на ВІЛ та консультивання; лікування, догляду і підтримки для ВІЛ-інфікованих; профілактики, діагностики та лікування туберкульозу; профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини; розповсюдження презервативів; профілактики і лікування ППСШ; профілактики сексуального насильства; лікування наркотичної залежності; постконтактної профілактики; попередження інфікування під час медичних маніпуляцій; попередження інфікування під час пірсингу, татуювання та інших форм пошкодження шкіри; захисту персоналу від можливого зараження інфекціями в ході виконання службових обов'язків.

Вивчення чинників, що впливають на розвиток епідемії ВІЛ-інфекції розпочався наприкінці 90-х років у рамках проектів із профілактики ВІЛ/ЗПСШ, що виконувалися за фінансової підтримки ЮНЕЙДС. У 2004 році було проведено перше національне поведінкове дослідження серед засуджених.

Важливим компонентом відповіді на епідемію в установах Державної пенітенціарної служби є епіднадгляд другого покоління, тобто епідеміологічні дослідження щодо поширення ВІЛ-інфекції, поведінкових чинників і розповсюдження саме у групі, яка серед інших (СІН, ДКС, МСМ) має найвищі ризики інфікування. Такі дослідження дають можливість накопичити та аналізувати дані щодо поширення ВІЛ та поведінкових практик для формування інформованої картини змін епідемії в часі; формують доказову базу для формування цільових програм для ув'язнених.

У 2009 р. проведено перше інтегроване біо-поведінкове дослідження (ІБПД), яке поєднувало в собі опитування представників цільової групи та їх тестування на наявність ВІЛ-інфекції. Дослідження проведене в рамках Загальнодержавної програми забезпечення

¹ ВІЛ-інфекція в Україні / Інформаційний бюлетень. – Київ, 2016. - №47. – С.6.

² ВІЛ-інфекція в Україні / Інформаційний бюлетень. – Київ, 2013. - №40. – С.4-5.

ВІЛ-інфекція в Україні / Інформаційний бюлетень. – Київ, 2012. - №37. – С.60.

³ HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: A comprehensive package of interventions
Authors: UNODC, ILO, UNDP, WHO and UNAIDS. June 2013.

профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД. Після цього було проведено ще два ІБПД серед засуджених: у 2011 та 2013 рр.

Дані проведених досліджень і відомчі епідеміологічні дані свідчили про значну частку засуджених, інфікованих ВІЛ, що є наслідком їхньої ризикованої поведінки до потрапляння в пенітенціарну систему.

Саме тому проведення чергового зв'язаного дослідження рівня поінформованості та особливостей поведінки засуджених як компоненту епіднагляду за ВІЛ другого покоління залишається важливою складовою контролю за епідемічною ситуацією в Україні, дозволяє визначити найбільш проблемні ланки у протидії епідемії в установах виконання покарань і розробити пропозиції щодо своєчасної корекції заходів у відповідь на епідемію.

Дане дослідження проведене у рамках проекту Управління ООН з наркотиків та злочинності «Посилення ефективності заходів правоохоронних органів, пенітенціарної та наркологічної служби у відповідь на епідемію ВІЛ» (HIV-pledge), що фінансується USAID.

МЕТОДОЛОГІЯ БІОПОВЕДІНКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Мета дослідження: здійснити моніторинг рівня поінформованості щодо ВІЛ/СНІДу та поширеності ризикованих щодо інфікування ВІЛ поведінкових практиках засуджених, визначити поширеність ВІЛ у порівнянні з даними 2009 р., 2011 р. та 2013 р.

У рамках дослідження вирішувалась низка **завдань**:

1. Здійснити моніторинг рівня поінформованості засуджених про шляхи передачі ВІЛ-інфекції та заходи з їх профілактики.
2. Оцінити рівень поширення ВІЛ-інфекції серед засуджених у порівнянні з даними попередніх досліджень.
3. Дослідити зміни у ризикованих практиках щодо інфікування ВІЛ, а саме: вживання наркотичних речовин, статевих стосунків, а також зміни у ставленні та переконаннях серед засуджених.
4. Провести оцінку рівня охоплення засуджених заходами з профілактики, догляду та лікування, у т.ч. тестування на ВІЛ.
5. Розрахувати показник для звітування за Планом моніторингу та оцінки ефективності виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018.

Тип дослідження: інтегроване біоповедінкове дослідження, тобто дослідження, яке поєднує опитування представників цільової групи та тестування крові на ВІЛ.

Об'єкт дослідження: засуджені віком від 14 років і старші, які відбувають покарання в установах Державної кримінально-виконавчої служби України (виправних та виховних колоніях).

Географія дослідження

Дослідження є національним. Збір інформації проводився на базі виправних і виховних колоній, які розташовані у Дніпропетровській, Миколаївській, Харківській, Одеській, Полтавській, Житомирській, Львівській, Чернігівській, Вінницькій, Київській, Запорізькій областях.

Методи збору інформації:

- **Опитування засуджених** шляхом інтерв'ювання методом «віч-на-віч».

- **Тестування засуджених на ВІЛ** за допомогою швидкого тесту. Для тестування на ВІЛ застосовуватимуться швидкі тести, які є у наявності в УВП і закуплені за кошти гранту Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, а саме:

- Alere Determine HIV -1/2, 100 тестів/набір, кат.№7D2343. Виробник – Alere Medical Co., Ltd.
- SD HIV-1/2 3.0, кат. №03FK16. Виробник – Standart Diagnostics Inc.

У якості об'єкту дослідження використовуватимуться зразки крові. Результати тестування вносяться у спеціальну відомість, де результати тестування зв'язані з номерами анкет і є конфіденційними.

Польовий етап дослідження був реалізований в активній взаємодії інтерв'юєрів Дослідника та медичних працівників УВП.

Польовий етап передбачав:

- Інформаційні заходи в УВП про мету та умови участі засуджених у дослідженні.

- Відбір і запрошення учасників дослідження до МСЧ.
- Проведення опитування засуджених.
- Проведення дотестового індивідуального консультування респондентів.
- Проведення тестування швидкими тестами на ВІЛ.
- Ознайомлення засуджених з результатами тестування та проведення післятестового індивідуального консультування.

Інструментарій дослідження

За основу інструментарію дослідження взята анкета, інші бланки і форми, які були використані під час попереднього дослідження 2013 р. і доопрацьовані з урахуванням сучасних завдань програм протидії епідемії ВІЛ/СНІД, міжнародних рекомендацій щодо збору ключових показників. До інструментарію дослідження включені: анкета для проведення опитування, бланк талонів на проходження КіТ, відомість з результатами КіТ, зв'язаними з результатами опитування.

Реалізація вибіркової сукупності

Обсяг реалізованої вибіркової сукупності: 1000 респондентів у 21 виправних і 4 виховних колоніях. Випадкова (теоретична) помилка вибірки становить +/- 3,2%.

Тип вибірки: стратифікована, трьохступенева, квотна вибірка з випадковим відбором респондентів на останньому етапі.

До вибірки увійшло 18 чоловічих та 3 жіночі виправні колонії, а також 4 виховні колонії (3 – для юнаків та 1 для дівчат): всього 25 установ виконання покарань.

На першому етапі були визначені чотири страти, для кожної з яких задані квоти:

- 1) чоловічі колонії, в яких перебувають вперше засуджені (398 осіб);
- 2) чоловічі колонії, в яких перебувають неодноразово засуджені (400 осіб);
- 3) жіночі колонії (102 осіб);
- 4) виховні колонії (100 осіб).

При визначенні страт і пропорцій з-поміж них враховувались статистичні дані Міністерства юстиції України. Згідно наявних даних лєвова частка засуджених – чоловіки, які відбувають покарання саме у виправних колоніях середнього рівня безпеки (69%). Серед усіх засуджених, кількість яких станом на 01.01.2017 р. становила 60 876 осіб, кількість засуджених чоловіків дорівнювала близько 58 тис. осіб, жінок – 1902 особи. Неповнолітні особи, засуджені до позбавлення волі, віком 14 років і старше відбувають покарання у виховних колоніях. Їх загальна кількість становила близько 316 осіб, у т.ч. 22 особи – дівчата.

Вибір установ виконання покарань виправдовувався не лише критеріями репрезентативності вибіркової сукупності, але й вимогами отримання надійної інформації для подальшого аналізу окремих підгруп, а саме: засуджені чоловіки, засуджені жінки, засуджені неповнолітні. Тому попри фактичне співвідношення зазначених категорій (96,3% : 3,2% : 0,5%) було збільшено квоти для жінок і неповнолітніх (близько по 100 респондентів). У зв'язку з чим для розрахунку та аналізу показників на національному рівні проводилася процедура **зважування масиву даних** на основі спеціально розрахованих коефіцієнтів, що враховують пропорції між засудженими, які відбувають покарання у виправних чоловічих, жіночих, виховних колоніях.

Розрахунок квотних завдань для окремих УВП здійснений з урахуванням чисельності контингенту та прийнятного навантаження на організаторів дослідження. Для чоловічих виправних колоній розмір квот становить 44-45 респондентів, для жіночих – 34, для виховних 15-30. Реалізована вибірка детально представлена в таблиці 1.

Реалізована вибіркова сукупність

Регіон опитування, області	Виправні колонії						Виховні колонії		Всього, осіб
	Чоловічі				Жіночі				
	Вперше засуджені		Неодноразово засуджені						
	УВП, №	Кількі сть, осіб	УВП, №	Кількі сть, осіб	УВП, №	Кількі сть, осіб	УВП, № назва	Кількі сть, осіб	
Дніпропетр овська*	№ 89, м. Дніпро	44	№ 80, м. Кривий Ріг	45	-		-	-	89
Миколаївсь ка	№ 72 м. Вознесенськ	44	№ 53 смт. Ольшанське	44	-	-	-	-	88
Харківська	№ 12 м. Харків	44	№ 25 м. Харків	45	№ 54 м. Харків	34	Курязьк а	30	153
Київська	№ 119 м. Бориспіль	44	№ 85 смт. Гостомель	44	-	-	-	-	88
Одеська	№ 51 м. Одеса	44	№ 14 м. Одеса	45	№ 74 м. Одеса	34	-	-	123
Полтавська	№ 64 м. Полтава	45	№ 69, м. Кременчук	44	-	-	Кременч уцька	25	114
Житомирсь ка	№ 4 м. Житомир	44	№ 71 м. Коростень	44	-	-	-	-	88
Львівська	№ 50 м. Миколаїв	45	№ 30 м. Львів	44	-	-	-	-	89
Чернігівськ а	-	-	-	-	№ 44 м. Чернігів	34	Прилуць ка	30	64
Вінницька	№ 123 м. Літин	44	№ 86 м. Вінниця	45	-	-	-	-	89
Запорізька	-	-	-	-	-	-	Мелітоп ольська	15	15
ВСЬОГО	-	398	-	400	-	102	-	100	1000

*Вперше включені до вибірки

Етичні засади дослідження

Програма дослідження успішно пройшла експертизу комітету з питань медичної етики «Інституту епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського АМН України».

З метою мінімізації будь-яких ризиків перед початком польового етапу дослідження було проведено тренінг з медичними працівниками виправних і виховних колоній та з супервайзерами опитування, що брали участь у дослідженні. Під час навчання були пояснені передумови, цілі та процедурні питання дослідження, а також заходи, до яких вдавалися дослідники для забезпечення гарантій конфіденційності та анонімності учасників. Окрім того, обговорювалися питання ризиків участі, добровільного характеру дослідження та можливості практичного застосування його результатів. Інформація, отримана в ході цих дискусій, використовувалася для контролю процесу реалізації дослідження, а також для адаптації методики процедури дослідження.

Також під час тренінгів з лікарями і фельдшерами УВП було приділено увагу питанням добровільності участі засуджених у дослідженні та забезпечення конфіденційності отриманих емпіричних даних.

Перед проведенням інтерв'ю кожний засуджений був поінформований щодо порядку дослідження і правил участі в ньому, включаючи право на відмову від участі в опитуванні, відмову відповідати на окремі питання та брати участь у тестуванні. Після цього інтерв'юерами зачитувалась респондентам форма інформованої згоди.

В дослідженні брали участь особи, які перебувають у місцях позбавлення волі, віком **від 14 років**, тому при проведенні опитування неповнолітніх віком від 14 до 18 років дозвіл батьків, опікуна або іншої особи, на яку батьки поклали відповідальність за дитину (наприклад, няні або сусіда) не потрібен.

Згідно з українським законодавством (Закон України «Про охорону дитинства») дитиною вважається особа віком до 18 років (повноліття), якщо згідно з законом, застосовуваним до неї, вона не набуває прав повнолітньої раніше.

Сімейний кодекс України та Закон України «Про охорону дитинства» не містять норм, які би напряму врегульовували відносини дослідників з дітьми. Натомість Закон України «Про охорону дитинства» (Стаття 9) стверджує, що «кожна дитина має право на вільне висловлювання особистої думки, формування власних поглядів, розвиток власної суспільної активності, отримання інформації, що відповідає її віку».

Згідно з українським законодавством (Цивільний кодекс України. Стаття 32), «згода на вчинення неповнолітньою особою правочину має бути одержана від батьків (усиновлювачів) або піклувальника та органу опіки та піклування» (Частина четверта статті 32 в редакції Закону N 3201-IV (3201-15) від 15.12.2005).

Однак участь в дослідженні не підпадає під визначення правочину: «правочином є правомірна дія особи, спрямована на набуття, зміну або припинення цивільних прав та обов'язків (наприклад, придбання майна шляхом купівлі-продажу, передача землі в оренду, дарування, складання заповіту та ін.)». (Цивільне право України: Навч. посіб. — К.: Знання, 2005. — 583 с.)

Як вказано в технічних записках Дитячого Фонду ООН⁴, дослідники мають дотримуватись регулятивних норм щодо отримання згоди на участь в дослідженнях, прийнятих в країнах, де вони працюють. Однак, батьківська згода не може бути адекватним стандартом у світлі прав дитини. Необхідним є інформування дитини про потенційні наслідки участі в дослідженні.

У ході анкетування застосовувалися персональні конверти для пакування анкет, що забезпечувало відвертість особистих відповідей респондентів та гарантувало їх конфіденційності. Кожному респонденту незалежно від ВІЛ-статусу лікарем або фельдшером УВП було надане індивідуальне дотестове консультування. При цьому, крім медичного працівника та респондента, присутніх у приміщенні не було.

Згідно Закону України «Про внесення змін до Закону України "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення" № 2861-17, редакція від 23.12.2010⁵, «тестування осіб віком від 14 років і старше проводиться добровільно, за наявності усвідомленої інформованої згоди особи, отриманої після надання їй попередньої консультації щодо особливостей тестування, його результатів і можливих наслідків, з дотриманням умов щодо конфіденційності персональних даних, у тому числі даних про стан здоров'я особи».

Усі дані дослідження, включно із поведінковою інформацією та результатами тестування, зберігалися із дотриманням усіх принципів конфіденційності. Представники дослідницької команди не фіксували імен або інших ідентифікаційних даних на анкетах або у журналах з

⁴ Children Participating in Research, Monitoring And Evaluation (M&E) – Ethics and Your Responsibilities as a Manager. Evaluation Technical Notes No. 1. UNICEF Evaluation Office. April 2002.

⁵ <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2861-17>.

результатами тестувань медичних працівників. У цьому дослідженні кожному з учасників було присвоєно ідентифікаційні номери (номери талонів). Індивідуальні результати тестування не повідомлялися працівникам УВП (крім лікаря та фельдшера) і міжрегіональних управлінь з питань виконання кримінальних покарань та пробації Міністерства юстиції. Після збору даних анкети та результати тестів зберігаються в безпечному місці.

Методи аналізу даних дослідження:

- Порівняльний аналіз даних національних опитувань засуджених, проведених у 2009, 2011, 2013 та 2017 рр. щодо рівня обізнаності про ВІЛ, ризикованих моделей поведінки, охоплення засуджених профілактичними заходами, ставлення до ВІЛ-позитивних та доступу засуджених до медичних та соціальних послуг.
- Порівняльний аналіз даних опитування засуджених за демографічними (вік, стать) та соціальними (тип УВП) ознаками.
- Дослідження наявності кореляційного зв'язку між обсягом профілактичних втручань, рівнем знань і поведінкою респондентів та деякими іншими показниками. Взаємозв'язок ВІЛ-статусу із соціально-демографічними характеристиками респондентів, а також із досвідом вживання ін'єкційних наркотиків та ризикованої сексуальної поведінки, також оцінювався за допомогою кореляційного аналізу.
- Розрахунок показника для звітування за Планом моніторингу та оцінки ефективності виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки (далі – План МіО), а саме показника, який відображає відсоток охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ (показник №13).

Обмеження дослідження

Основні обмеження дослідження стосуються побудови та реалізації вибіркової сукупності. По-перше, обмеження стосується типів установ виконання покарань, а саме – до вибірки не включені слідчі ізолятори, а також виправні центри. СІЗО характеризується високою мобільністю засуджених, тому в таких установах складно в повному обсязі організувати заходи з попередження інфікування ВІЛ.

По-друге, до вибірки не включалися особи, які на момент дослідження приймають АРВ-терапію. Це пов'язано з великою імовірністю отримання помилково негативного результату швидкого тесту на наявність ВІЛ-інфекції. Враховуючи незначну кількість засуджених, які приймають АРВ-терапію, (близько 2% від загальної кількості контингенту) це обмеження не значимо вплинуло на репрезентативність вибірки.

Ще одна складність пов'язана з якістю даних, особливо що стосується сенситивних запитань про ризиковані поведінкові практики, особливо, якщо вони заборонені «Правилами внутрішнього розпорядку» (сексуальні контакти, вживання психоактивних речовин, зберігання шприців, інструменту для татуювання тощо). Досвід проведення моніторингових досліджень серед засуджених, які відбувають покарання в УВП, свідчить, що далеко не всі респонденти відверто відповідають на дані запитання. Це підтвердили інтерв'юери, які фіксували свої спостереження у звіті. Тому варто пам'ятати, що представлені дані із зазначених тем можуть бути значно оптимістичнішими, ніж реальна ситуація в УВП.

Деякі складнощі стосуються соціально-демографічних характеристик цільової групи дослідження. Недостатній освітній рівень засуджених впливав на розуміння запитань анкети. На етапі розробки інструментарію автори намагалися мінімізувати кількість медичних термінів або спростити їх так, щоб кожний респондент зміг зрозуміти їхнє значення. Однак деякі опитані не

розуміли значення слів, наприклад, антиретровірусна терапія (АРТ), інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) тощо.

1. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИЙ ПРОФІЛЬ РЕСПОНДЕНТІВ

Всього було опитано та протестовано швидкими тестами на ВІЛ 1000 респондентів. Опитування та тестування здійснювалося у 25 установах виконання покарань.

Більшу частину опитаних становили чоловіки (88%), решта – жінки (12%). Серед респондентів, опитаних у виховних колоніях, більшість (89%) належать до вікової групи 15-18 років, решта старші. Серед дорослих засуджених, які відбувають покарання у виправних колоніях, найбільш чисельною групою є молодь віком 19-29 років (39%), дещо менша частка (34%) осіб віком 30-40 років, вік решти опитаних (27%) – 41-72 роки.

Загалом серед респондентів найбільш чисельною віковою групою є 19-35 років (56%), найменш чисельними є групи молодші 18 та старше 50 років (10% та 9% відповідно) (рис. 1.1).

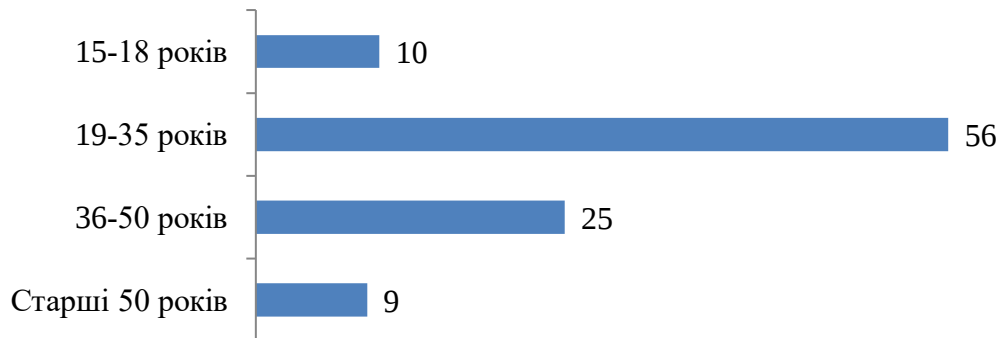


Рис 1.1. Розподіл респондентів за віковими групами, 2017 р., %

Більше половини респондентів (57%) знаходяться в місцях позбавлення волі вперше, вдруге відбуває покарання – п'ята частина. Решта (23%) перебувають в УВП втретє або більше разів (рис 1.2).

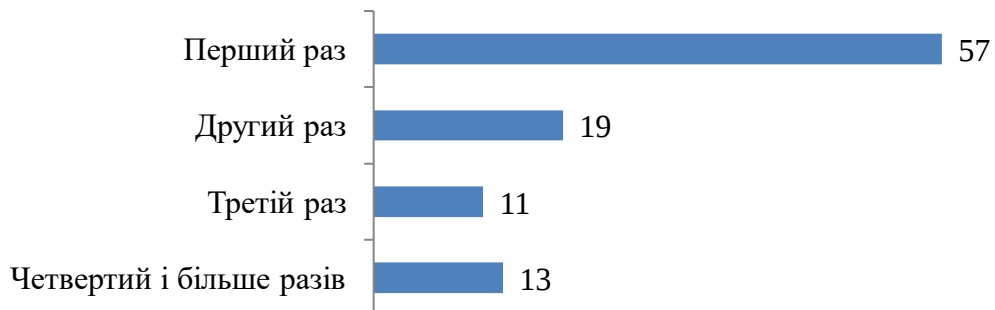


Рис 1.2. Частота ув'язнень (відбувань покарань) респондентів, 2017 р., %

Близько 40% респондентів перебувають в УВП до 2-х років, третина – від 2 до 5 років, решта (27%) – більше 5 років (рис. 1.3).



Рис 1.3. Тривалість перебування опитаних в УВП, 2017 р., %

Загалом засуджені мають невисокий освітній рівень. Лише близько третини мають середню спеціальну або вищу освіту. Менше половини опитаних (42%) закінчили середню школу. Значна частина засуджених не мають середньої освіти (23%). Є такі респонденти, які мають лише початкову освіту (не більше 7 класів) – 3% (рис. 1.4).



Рис. 1.4. Розподіл респондентів за рівнем освіти, 2017 р., %

Враховуючи тематику та завдання дослідження, важливою характеристикою респондента є суб'єктивна оцінка здоров'я. Загалом респонденти посередньо оцінюють стан здоров'я. Середній бал 3,3⁶. Більшість респондентів оцінюють свій стан як "непоганий" (38%) та "хороший" (37%). Частка тих респондентів, які оцінюють своє здоров'я як "слабке" є дещо меншою шостої частини (14%), як "дуже слабке" оцінює незначна частина (3%) (рис. 1.5).

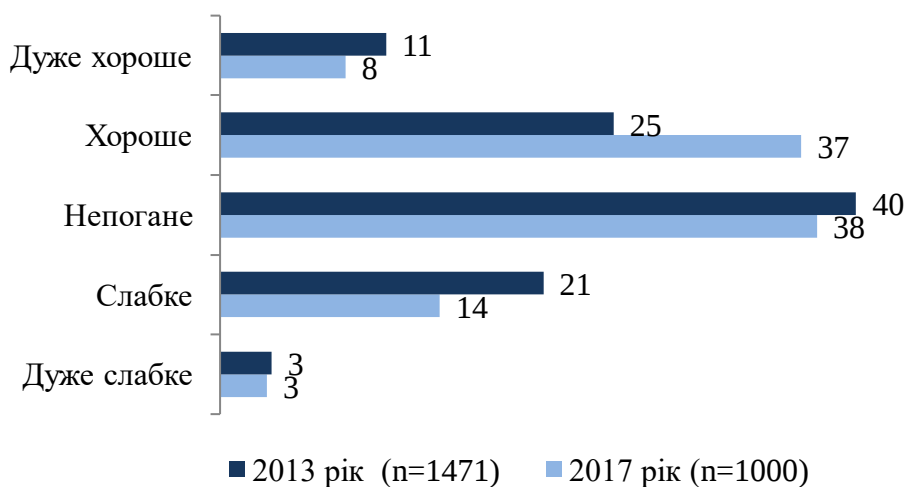


Рис. 1.5. Самооцінка засудженими стану здоров'я на момент опитування, за роками, %

*Відмінності можна вважати значимими, якщо вони переважають 3%.

Порівняно з минулою хвилиною дослідження загальний стан опитуваних ув'язнених дещо поліпшився – частка тих, хто скаржиться на незадовільний стан зменшилася із 24 % до 17%.

Самооцінка здоров'я варіюється в залежності від статеві-вікової структури опитаних. Опитані з виховних колоній значно краще оцінюють стан здоров'я (3,8 бала), ніж більш старші засуджені. Найгірші оцінки власному здоров'ю дали жінки (2,9 бала) (рис. 1.6). Жінки оцінюють свій стан здоров'я гірше, ніж чоловіки. Найбільша різниця спостерігається в віковій групі 19-35 років і становить 0,4 бала.

⁶ Оцінка розрахована в програмі SPSS шляхом зважування відповідей респондентів за 5-бальною шкалою, де 1 – дуже погане, а 5 – дуже хороше. При цьому варіант відповіді «важко відповісти» був виключений з аналізу.

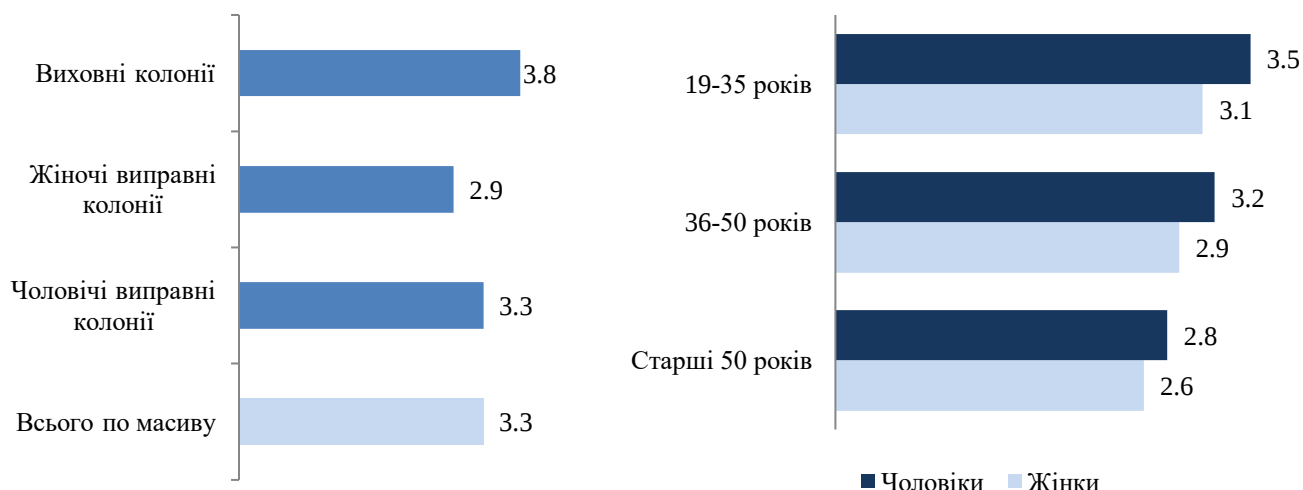


Рис. 1.6. Самооцінка респондентами стану здоров'я за статеві-віковою структурою*, 2017р., середні значення**

*Відмінності значимі між містом та середнім значенням за масивом загалом

**Оцінка розрахована в програмі SPSS шляхом зважування відповідей респондентів за 5-бальною шкалою, де 1 – дуже погане, а 5 – дуже хороше. При цьому варіант відповіді «важко відповісти» був виключений з аналізу.

Отже, серед опитаних переважають чоловіки у віці 19-35 років. Більшість засуджених мають середній або нижчий рівень освіти. Ці дані відповідають статистичним даним Міністерства юстиції України щодо ключових характеристик контингенту засуджених, які відбувають покарання в установах виконання покарань закритого типу. Суб'єктивна оцінка власного стану здоров'я у більшості респондентів є посередньою, проте чоловіки оцінюють свій стан здоров'я відносно краще, ніж жінки.

2. ДОСТУП ЗАСУДЖЕНИХ ДО СОЦІАЛЬНИХ І МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Забезпечення ефективної відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу, а саме профілактики поширення ВІЛ, своєчасної діагностики та лікування ВІЛ-інфекції та подолання її негативних наслідків, неможливе без надання якісних медико-соціальних послуг: інформування з питань ВІЛ-інфекції, діагностики та лікування ВІЛ-інфекції та супутніх захворювань тощо. З цією метою медичні працівники установ КВС та соціальні працівники НУО, які працюють в УВП, поєднують свої зусилля.

У кожній установі виконання покарань та слідчому ізоляторі наказом по установі призначений лікар, який відповідає за організацію роботи з профілактики ВІЛ-інфекції. Після прибуття до установи особи, узятої під варту, чи засудженого, лікар під час медичного огляду проводить бесіду щодо профілактики ВІЛ/СНІДу під особистий підпис особи, позбавленої волі, та пропонує їй проведення добровільного безоплатного тестування на ВІЛ-інфекцію. Якщо пацієнт дає згоду, йому проводиться забір крові та матеріал направляється до обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом, в якому здійснюється дослідження на наявність ВІЛ-інфекції. Зазначений порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19.08.2005 №415 та зареєстрований в Міністерстві юстиції від 22 листопада 2005 року за № 1404/11684 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію». Завдяки цьому всі засуджені та особи, узяті під варту, мають безперешкодний доступ до діагностики ВІЛ-інфекції.

Протягом останніх років за кошти грантів Глобального фонду, СНІД Фонду Схід – Захід», МБФ «Фонд Вільяма Дж. Клінтона» в установах КВС широко використовуються для скринінгу ВІЛ-інфекції швидкі тести. Це дає можливість охопити значну кількість осіб тестуванням та зменшує фінансові витрати. В той же час через логістичне неузгодження та обмеженість ресурсів пенітенціарної системи проблематичним залишається подальше встановлення діагнозу ВІЛ-інфекція у осіб, які отримали позитивний результат швидким тестом. Досить часто доставка зразків крові у центри СНІДу відбувається за кошти проектів міжнародної донорської допомоги.

Більш складною є ситуація з доступом пацієнтів до діагностики вірусного гепатиту В і С. Адже відповідно до заходів, передбачених «Державною цільовою програмою профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів на період до 2016 року», коштів на закупівлю тест-систем для діагностики вірусного гепатиту С в установах ДПтС України дотепер не передбачено. Не виділяються на цей захід для ДПтС кошти і міжнародними донорами.

Одним із актуальних напрямів медичної допомоги у пенітенціарних закладах в контексті протидії епідемії ВІЛ/СНІД є лікування наркозалежних засуджених. Згідно з Мінімальними стандартними правилами Організації Об'єднаних Націй стосовно ставлення до ув'язнених, надання медико-санітарної допомоги засудженим повинне відповідати стандартам надання такої допомоги, які існують у суспільстві населенню держави без будь-якої дискримінації за ознакою їх правового статусу. Медико-санітарне обслуговування необхідно організовувати у тісному контакті з системою державних органів охорони здоров'я для забезпечення безперервності лікування та догляду, зокрема і в зв'язку з с ВІЛ, туберкульозом та іншими інфекційними захворюваннями, а також наркозалежністю⁷. Враховуючи рекомендації вказаних Правил, в установах КВС повинні застосовуватися методи лікування, що використовуються у відповідності до діючих протоколів системи МОЗ.

Існує спільний наказ МОЗ, МВС, Міністерства юстиції України та Державної служби України з контролю за наркотиками від 22.10.2012 №821/937/1549/5/156 «Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, органів внутрішніх справ, слідчих ізоляторів і

⁷ Правила Манделы. Минимальные стандартные правила Организации Объединенных Наций в отношении обращения с заключенными / сост. А. П. Букалов. — Харь- ков: ООО «Издательство права человека», 2015, с. 15.

виправних центрів щодо забезпечення безперервності лікування препаратами замісної підтримувальної терапії». Незважаючи на доступність ЗПТ серед цивільного населення України та у СІЗО лікування опіоїдної залежності не доступно для засуджених. В 2016 році проводилася робота з розширення застосування цього наказу і в закладах КВС, проте наразі регулярна база не змінилася.

Далі представлено аналіз думки засуджених щодо доступності медичних і соціальних послуг щодо профілактики та діагностики ВІЛ-інфекції та пов'язаних з нею інших захворювань.

2.1. Доступність медичних послуг в установах КВС

Для оцінки доступності медичних послуг засудженим ставилося запитання про можливість отримати в УВП, де вони відбувають покарання, допомогу з приводу окремих захворювань.

Із запропонованого дослідниками переліку найчастіше респонденти звертаються до медичних працівників з приводу застудних захворювань, обстеження на туберкульоз, тестування на наявність ВІЛ-інфекції та консультування з питань ВІЛ-інфекції (рис. 2.1). Найменше респонденти зверталися до медпрацівників колонії з питань лікування наркозалежності та ІПСШ. Важливо відзначити, що практично з усіх питань при зверненні до МСЧ респонденти отримували допомогу.

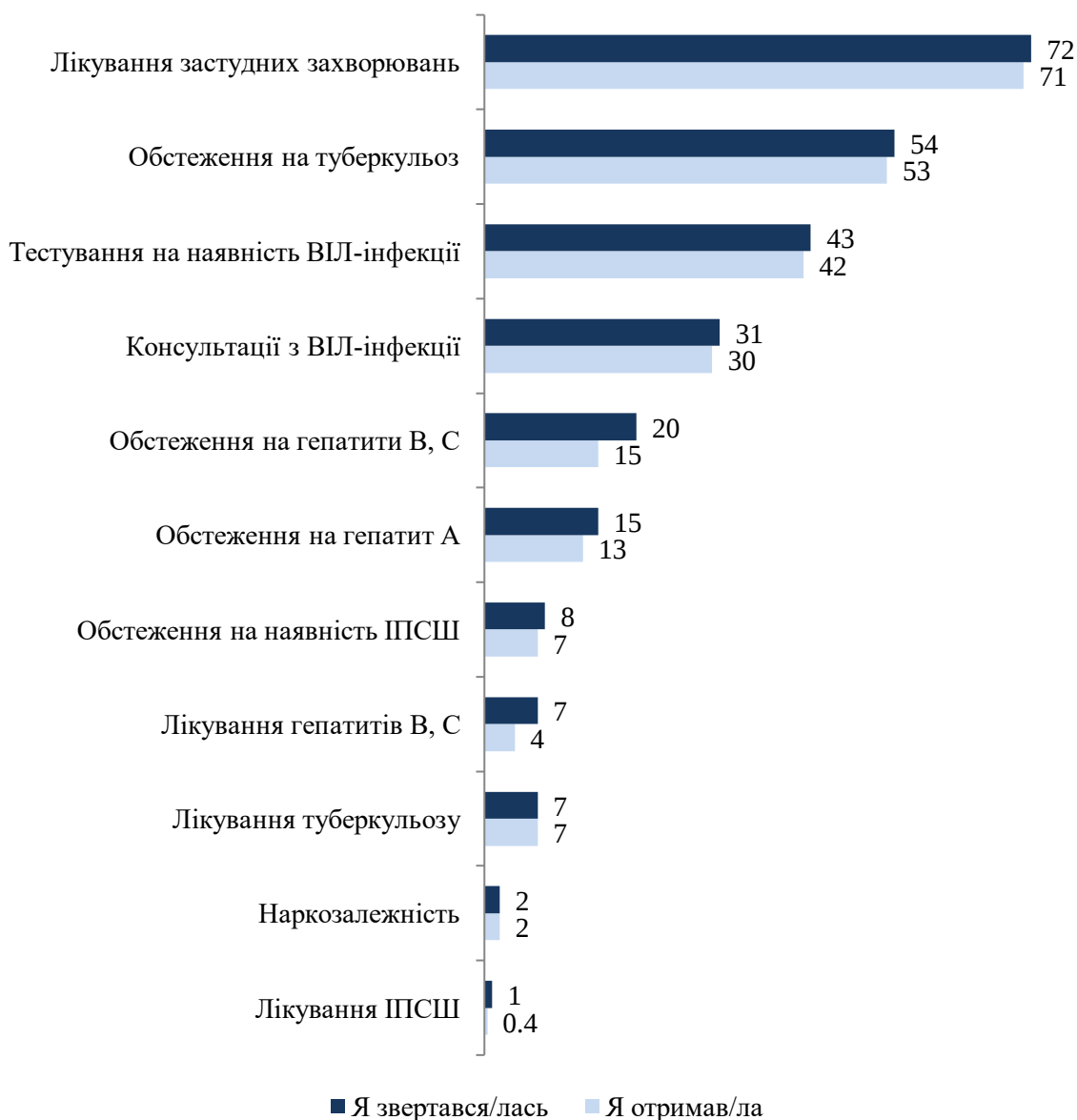


Рис. 2.1. Доступність медичної допомоги при різних захворюваннях*, 2017 р., %

**Сума перевищує 100%, так як респонденти могли обирати декілька варіантів відповідей.*

Про те, що вони не зверталися за медичною допомогою, перебуваючи в УВП, зазначило в коментарях до запитання «Чи зверталися Ви до медпрацівника колонії за консультацією або медичною допомогою?» 9% опитаних.

Більше половини засуджених (56%) проходили обстеження на ІПСШ на свободі, 7% повідомили, що робили це в УВП. Третина (37%) впевнена, що такого обстеження не проходили ніколи, ще 7% – не пам'ятають або не хочуть говорити.

Найбільша частка тих, хто проходив діагностику ІПСШ – серед засуджених виховних колоній – 64% (рис. 2.2), і, напевне, таке обстеження вони проходили саме в установах КВС. Виходячи з практики 100% обов'язкового тестування контингенту на наявність сифілісу (RV) можемо припустити, що засуджені мало поінформовані про те, які аналізи вони здають.

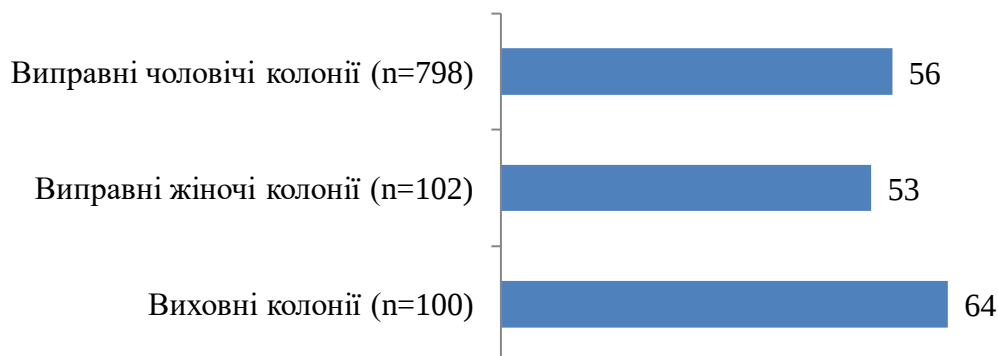


Рис. 2.2. Досвід проходження діагностики ЗПСШ серед типів УВП, 2017 р., %

**Відмінності можна вважати значимими, якщо вони переважають 10%.*

В той час коли більше половини опитаних проходило діагностику ЗПСШ, то тільки 8% повідомило, що лікували такі захворювання (рис. 2.3)



Рис. 2.3. Досвід лікування ЗПСШ, 2017 р., %

Під час поточного дослідження був передбачений окремий блок запитань щодо забезпечення доступу до обстежень, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією та призначенням АРТ для

респондентів, які добровільно повідомили про свій ВІЛ-позитивний статус, таких осіб виявилось 18, що склало 2% від опитаних.

Відповідно до діючої нормативної бази право призначати АРВ для ув'язнених мають або лікарі-інфекціоністи УВП, які пройшли відповідне навчання, або лікарі центрів СНІДу. Фахові консультації та моніторинг вірусного навантаження є важливими для своєчасного призначення лікування, і такі послуги отримувало дві третини засуджених, які знали про свій ВІЛ-позитивний статус (таб. 2.1). Третині із ВІЛ-інфікованих (6 респ.) вже призначена терапія, проте поки що вони її не розпочали.

Таблиця 2.1

Доступність послуг лікаря-інфекціоніста центру СНІДу для ВІЛ-позитивних осіб, які перебувають в УВП, 2017 р., %* (n=18)

	Пропонували	Отримували
Консультації щодо ВІЛ-інфекції	15 респ.	15 респ.
Лабораторне дослідження рівня вірусного навантаження	13 респ.	13 респ.

*Відповіді на запитання «Чи пропонували Вам в установі, де Ви знаходитесь, отримати консультацію та допомогу лікаря-інфекціоніста центру СНІДу з наступних питань...?» та «Чи отримали Ви цю допомогу?».

2.2. Доступність консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію

Половина засуджених (52%) проходила тестування на ВІЛ-інфекцію протягом останнього року перед поточним опитуванням. Більшість опитаних, які будь-коли проходили тестування на ВІЛ, робили це в рамках кримінально-виконавчої системи: 86% респондентів востаннє тестувалися в медсанчастині УВП, ще 9% – у тюремній лікарні, і лише 5% - на волі.

Серед тих, хто проходив тестування на ВІЛ-інфекцію протягом останніх 12 місяців, отримали результат 89% опитаних, тоді як 7% – не отримали його, а 4% – не змогли однозначно відповісти на дане запитання.

За результатами опитування розрахувався національний показник №13 «Відсоток засуджених, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ» (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Методика розрахунку показника «Відсоток засуджених, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ»

Чисельник	Кількість респондентів, які надали ствердні відповіді на наступні запитання: 1. Я не запитую Вас про результат, але чи проходили ви тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців? Якщо відповідь «так», то ставиться наступне запитання: 2. Я не запитую Вас про результат тестування, але чи отримали Ви його?
Знаменник	Усі опитані

У підсумку національний показник у 2017 році становить 46%. Серед засуджених-жінок, які відбувають покарання у виправних колоніях, цей показник є істотно нижчим (34%), ніж у виправних колоніях для чоловіків (45%) та виховних колоніях (63%) (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Доступність КіТ на ВІЛ для осіб, які перебувають в УВП, залежно від типу УВП, 2017 р., %

	Виправні колонії		Виховні колонії (n=100)	Всього по
	для чоловіків (n=798)	для жінок (n=102)		

				масиву
Проходили КіТ протягом останнього року	49	50	75	52
Національний показник	45	34	63	46

В цілому принцип добровільності при тестуванні засуджених на ВІЛ забезпечується на досить високому рівні. Більшість опитаних (87%), які проходили тестування на ВІЛ протягом останнього року, зазначили, що вони робили це добровільно і за власною ініціативою, ще 9% – за направленням лікаря. Лише 1% респондентів зазначили, що вони пройшли КіТ з примусу, а 3% відповіли, що не пам'ятають.

Важливою складовою КіТ є консультування. Серед осіб, які проходили тестування на ВІЛ в УВП, дотестову консультацію отримали 88% опитаних, а післятестову – 78%.

Порівняльний аналіз за роками засвідчив істотну позитивну динаміку щодо доступності тестування на ВІЛ-інфекцію – зростання частки тих, хто проходив такий аналіз протягом останнього року, зокрема в пенітенціарних установах (табл. 2.3). Значення за національним показником «Частка засуджених, які протягом останніх 12 місяців пройшли КіТ та знають його результат» у поточному дослідженні, порівняно з даними досліджень 2009 та 2011 року, зросло майже в чотири рази, і фактично досить точно відображає показники охоплення скринінговим тестуванням за допомогою швидких тестів.

Значне зростання показника можна пов'язати із розширенням доступності тестування на ВІЛ за допомогою швидких тестів, яке розпочалась наприкінці 2012 року (рис. 2.4). Слід також зазначити, що з 2012 року громадські організації, які працюють із засудженими в межах проекту «Побудова життєздатної системи комплексних послуг з профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу, догляду та підтримки для уразливих груп та ЛЖВ», також націлені сприяти тестуванню засуджених, надаючи послуги з дотестового консультування.

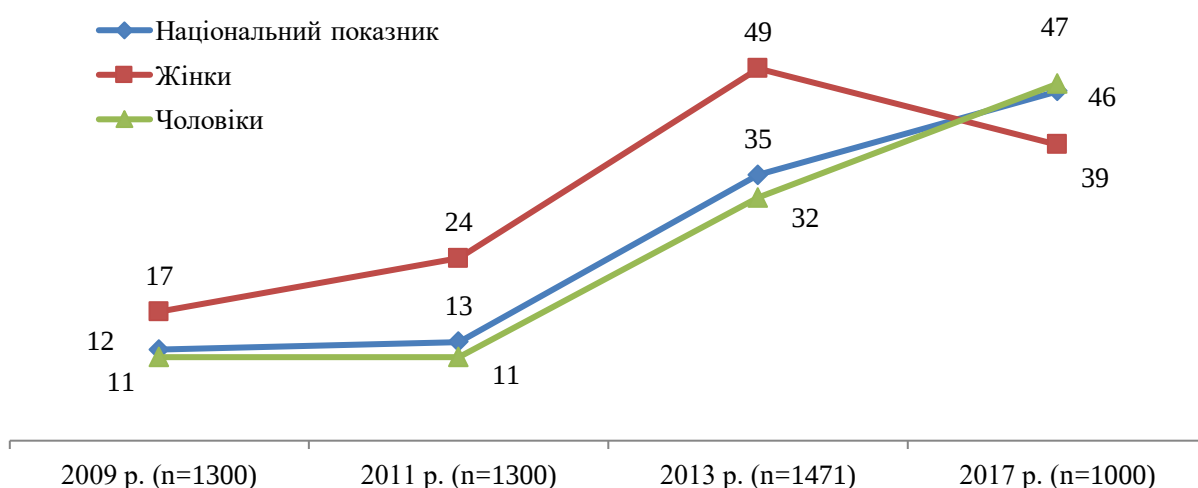


Рис. 2.4. Динаміка національного показника «Відсоток засуджених, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ», за роками, за статтю, %

*Відмінності значимі, якщо перевищують 3%.

Визначений персонал установ КВС повністю відповідає за забезпечення процесу консультування та тестування. Серед фахівців, які проводили для них післятестову консультацію, респонденти найчастіше називали лікарів УВП (93%) або СНІД-центру (6%). (рис. 2.5).



Рис. 2.5. Розподіл відповідей на запитання: «**Ким проводилася консультація?**», 2017 р., % до тих, з ким проводилося післятестове консультування (n=404)

*Сума перевищує 100%, так як респонденти могли обирати декілька варіантів відповідей.

Щоправда, варто враховувати, що певна частина засуджених включала до поняття «післятестове консультування» будь-які консультації стосовно ВІЛ-інфекції, отримані ними від будь-яких фахівців за весь час після проходження тесту, а не лише бесіду, під час якої їм був повідомлений результат тестування.

Серед тем, про інформували засуджених під час післятестового консультування, опитані найчастіше вказували найбільш загальні аспекти діагностики та профілактики ВІЛ-інфекції. Порівняно рідше йшлося про особливості протікання захворювання на ВІЛ та його лікування, права та обов'язки ЛЖВ, необхідні зміни у способі життя ВІЛ-позитивної людини (наприклад, режим праці та відпочинку, особливості харчування тощо) (рис. 2.6). Така композиція інформації швидше за все відповідає тому, що більшість післятестових консультацій все-таки проводиться для осіб у яких не виявлено ВІЛ-інфекцію, і профілактика залишається найбільш актуальною комунікаційною складовою.

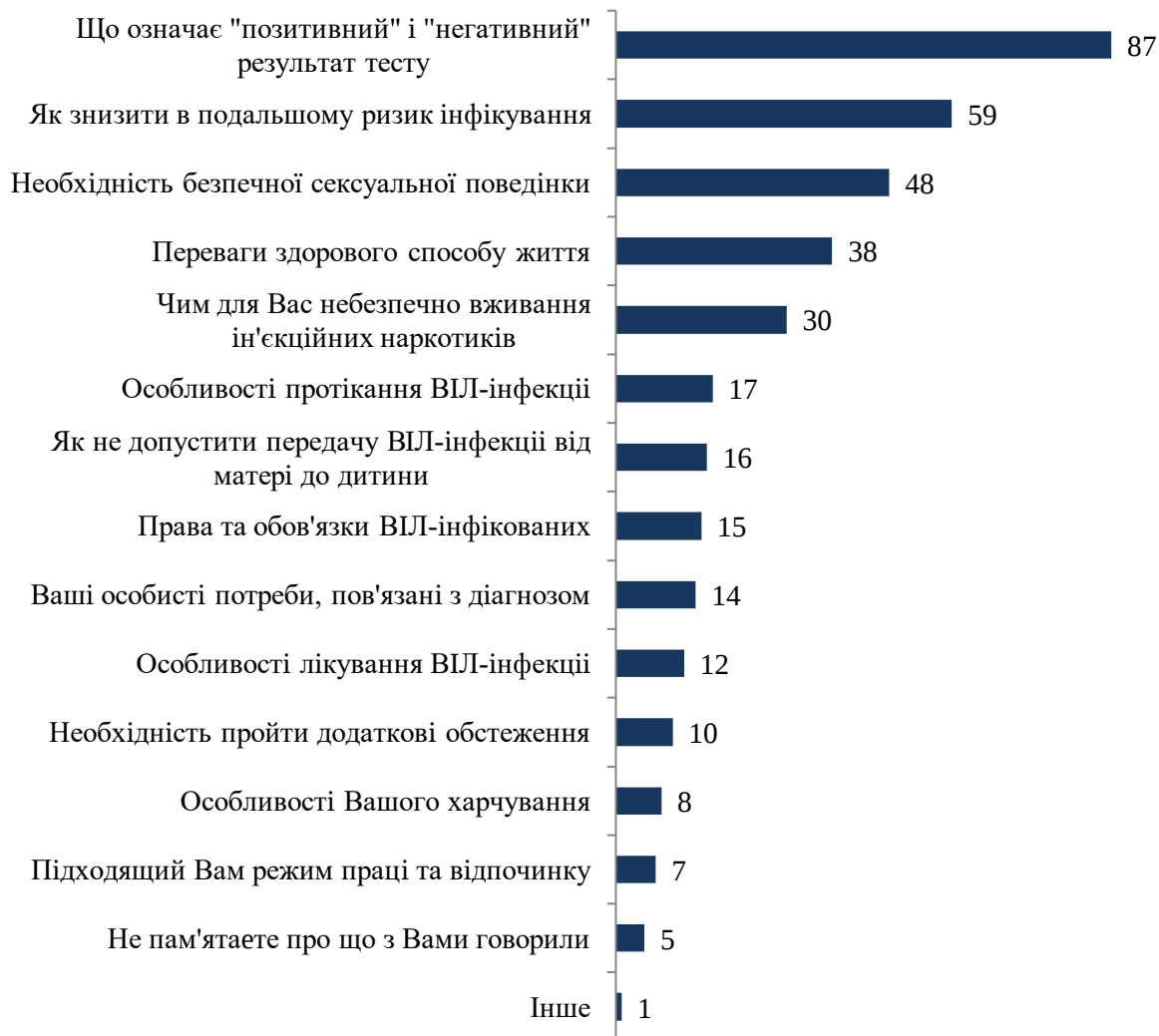


Рис. 2.6. Види інформації, отриманої під час післятестової консультації*, 2017 р., % до тих, з ким проводилося післятестове консультування (n=404)

*Сума перевищує 100%, так як респонденти могли обирати декілька варіантів відповідей.

Засуджені, які відбувають покарання у виховних колоніях, частіше, ніж решта опитаних говорили про те, що вони отримували інформацію про більшість із вказаних в анкеті аспектів профілактики, діагностики та лікування ВІЛ/СНІДу. Серед респондентів, опитаних у виправних колоніях, дещо вирізняються в кращу сторону чоловіки, хоча відмінності є не такими істотними, як у випадку з виховними колоніями (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Види інформації, яку отримували респонденти, залежно від типу УВП, 2017 р., %

	Виправні колонії		Виховні колонії (n=100)
	для чоловіків (n=798)	для жінок (n=102)	
Що означає «позитивний» і «негативний» результат тесту	34	26	53
Як знизити в подальшому ризик інфікування	24	22	28
Необхідність безпечної сексуальної поведінки	19	13	29
Чим для Вас небезпечно вживання ін'єкційних наркотиків	13	5	13

	Виправні колонії		Виховні колонії (n=100)
	для чоловіків (n=798)	для жінок (n=102)	
Переваги здорового способу життя	16	4	20
Як не допустити передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини	6	6	14
Права та обов'язки ВІЛ-інфікованих	6	2	12
Ваші особисті потреби, пов'язані з діагнозом	5	4	11
Особливості протікання ВІЛ-інфекції	6	9	13
Необхідність пройти додаткові обстеження	4	3	9
Особливості лікування ВІЛ-інфекції	5	1	11
Підходящий Вам режим праці та відпочинку	3	1	7
Особливості Вашого харчування	3	1	8

**Відмінності значимі, якщо перевищують 3%.*

На час проведення дослідження 66% респондентів знали і повідомили свій ВІЛ-статус, з них 64% мали негативний статус, 2% – позитивний (18 осіб). Майже третина опитаних (30%) не знала про свій статус. Відмовилися відповідати на запитання 4% опитаних.

2.3. Доступність соціальних послуг для засуджених

Основними надавачами соціальних послуг в УВП є штатні співробітники колоній та представники НУО. Неурядові організації надають послуги, активно пропонуючи їх, розробляючи їх відповідно до потреб цільової групи, в той же час вони в силу залежності від умов донорського фінансування, працюють не в усіх установах. Дослідження дає можливість оцінити, яка частка осіб, які перебувають в УВП має доступ до соціальних послуг, які відповідають їх потребам.

Про те, що громадські організації (НУО) надають послуги засудженим в установах, де вони знаходяться, повідомили 62% опитаних, не надаються послуги для 19% ув'язнених, ще 19% не знає так чи ні.

Найкраще представлені послуги НУО у виховних закладах – про їх послуги повідомили 81% неповнолітніх ув'язнених. По 60% чоловіків та жінок підтвердило наявність послуг в УВП, де вони перебувають.

Практично всі опитані (92%), які підтвердили наявність соціальних послуг від НУО в установах де, вони перебувають, знають, які саме послуги надаються.

Спектр послуг, які отримували засуджені, досить різноманітний. Найбільшим попитом виділяється психологічна підтримка (65%) та гуманітарна допомога (56%) (рис. 2.7). Дещо рідше йшлося про попередження зараження різними захворюваннями (35%), сприяння в отриманні медичних послуг (31%), інформацію про права пацієнта під час ув'язнення (30%), сприяння у отриманні/відновленні документів (34%). Інформування про подальші можливості лікування після звільнення отримала чверть засуджених з тих, хто звертався до НУО. Допомогу в оформленні соціальних виплат отримувало 15% засуджених.

Серед інших відповідей опитані зазначали, що НУО підтримують заходи дозвілля – концерти, розвиваючі лекції, інформують про аспекти життя поза межами УВП – працевлаштування, попередження торгівлі людьми.

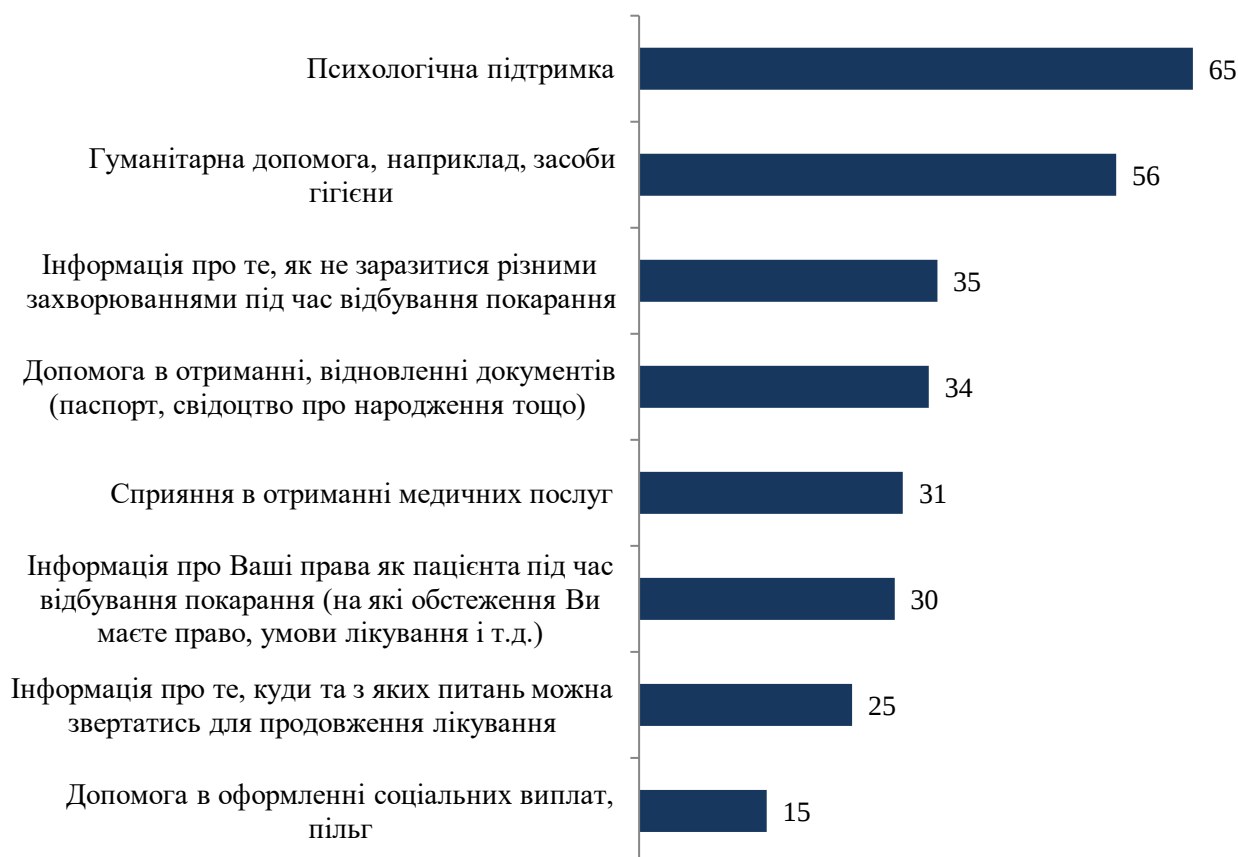


Рис. 2.7. Види послуг, отриманих від співробітників НУО, 2017р., % тих, хто знає, які саме послуги надаються НУО (n=623)

**Сума перевищує 100%, так як респонденти могли обирати декілька варіантів відповідей.*

Практично весь спектр аналізованих послуг, крім гуманітарної допомоги, повинен надавати фахівцями медичної та соціально-психологічної служби пенітенціарних установ, проте ми бачимо, що НУО поки що значною мірою виконують ці обов'язки і, таким сприяють виконанню зобов'язань, які має держава перед ув'язненими.

3. ДОСТУП ДО ПРОФІЛАКТИЧНИХ ПОСЛУГ

Невід'ємною складовою профілактичних заходів є інформаційно-просвітницька робота та забезпечення засуджених засобами індивідуальної профілактики.

Більшість осіб, що перебувають у місцях позбавлення волі, мають доступ до просвітницької інформації (стенд або плакат у медсанчастині УВП) та індивідуального консультування. Воно надається медичними працівниками установ. Окрім цього у виправних і виховних колоніях практикується проведення соціальними працівниками НУО групових консультацій, розповсюдження тематичних буклетів, листівок.

З метою профілактики ВІЛ-інфекції статевим шляхом установи ДПтС забезпечуються презервативами. Вони є зазвичай у продажу тюремних крамничках. В установах, де працюють ВІЛ-сервісні неурядові організації, останні намагаються забезпечити засуджених безкоштовними презервативами, отриманими за кошти міжнародних донорів, передусім Глобального фонду. Презервативами зазвичай забезпечуються кімнати тривалих побачень. Засоби профілактики роздають соціальні працівники НУО під час профілактичних заходів, в подальшому їх можна взяти у МСЧ, лазнях, гуртожитках. Така практика існує виключно у виправних колоніях для чоловіків. В установах, де не працюють громадські організації, безкоштовні презервативи є недоступними.

До теперішнього часу не прийнято політичного рішення щодо впровадження в установах ДПтС програм обміну шприців та голок для наркозалежних засуджених.

Результати опитування, викладені у цьому розділі, дають можливість скласти уявлення про рівень охоплення засуджених окремими профілактичними заходами, визначити основні тенденції за останні роки, з'ясувати «вузькі» місця у протидії поширення ВІЛ-інфекції в установах ДПтС.

3.1. Інформаційно-просвітницька робота з питань ВІЛ/СНІДу

Більшість (78%) опитаних зазначили, що під час відбування покарання вони отримували інформацію про ВІЛ/СНІД, тоді як 18% респондентів не отримували такої інформації, а 4% - не змогли пригадати точно.

Запитання щодо конкретних аспектів, з приводу яких надавалася інформація, а також щодо форм її подачі ставилися лише респондентам, яким під час перебування в УВП надавалася така інформація. Але для кращого порівняння даних у динаміці, а також залежно від типу УВП та інших ознак, розподіл відповідей на вказані запитання розраховувався для всіх респондентів.

Серед форм подачі інформації засуджені частіше згадували про стенди, плакати, листівки, буклети/брошури – тобто про засоби пасивного інформування. За допомогою форм активного інформування, які включають лекції, усне інформування, бесіди, консультації, проповіді, а також радіопередачі та відео лекції відповідної тематики, засуджені отримують інформацію порівняно рідше (рис. 3.1).



Рис. 3.1. Форми подачі інформації про ВІЛ/СНІД в УВП, 2017 р., %

**Сума перевищує 100%, так як респонденти могли обирати декілька варіантів відповідей.*

Для більш узагальненого аналізу форм інформування розраховувалися два інтегральних показники:

- показник охоплення засуджених пасивним інформуванням – частка опитаних, які отримували інформацію про ВІЛ/СНІД за допомогою хоча б одного із способів пасивного інформування;
- показник охоплення засуджених активним інформуванням – частка опитаних, які отримували інформацію про ВІЛ/СНІД за допомогою хоча б однією із форм активного інформування.

На рівні інтегральних показників також підтверджується тенденція щодо більшого охоплення засуджених пасивним інформуванням (68%) порівняно з часткою засуджених, які отримували інформацію в активних формах (60%). Останній показник за період 2013 – 2017 рр. дещо зріс (+4%), натомість частка охоплених пасивним інформуванням не змінилась (табл. 3.1).

Форми подачі інформації про ВІЛ/СНІД, за роками, %

	2009 рік (n=1300)	2011 рік (n=1300)	2013 рік* (n=1471)	2017 рік (n=783)
Спеціальний стенд про ВІЛ/СНІД на території колонії	38	40	56	56
Стенд чи плакат про ВІЛ/СНІД в медсанчастині	32	32	48	64
Плакат/листівка про ВІЛ/СНІД на стінах гуртожитку	26	26	43	50
Буклет/брошура про ВІЛ/СНІД	32	33	41	49
Охоплені пасивним інформуванням	52	56	68	68
Лекція про ВІЛ/СНІД	27	29	37	49
Усна інформація від засуджених	19	20	27	25
Індивідуальна консультація медпрацівника, психолога	17	12	24	25
Радіопередача про ВІЛ/СНІД	9	7	17	8
Відеолекції про ВІЛ/СНІД	10	11	15	13
Проповідь релігійного наставника, представника церкви	8	8	14	9
Охоплені активним інформуванням**	42	44	51	56

*Оскільки перелік форм активного інформування в анкетах 2009, 2011, 2013 та 2017 років відрізнявся, показник був перерахований на основі тих індикаторів, які були наявні в усіх трьох анкетах

**Відмінності значимі, якщо перевищують 3%.

Отже, варто зазначити про позитивну тенденцію зростання охоплення засуджених активним інформуванням, найбільш поширеною формою якого є лекції про ВІЛ/СНІД. Про них згадали майже половина (49%) респондентів, котрі отримували інформацію під час відбування покарання. Суттєво зменшилась порівняно з 2013 р. кількість засуджених, які прослухали тематичні радіолекції. Ці лекції були спеціально підготовлені для цільової аудиторії та кілька років тому на спеціальних носіях передані до більшості УВП. Проте, виходячи з отриманих даних, цією простою можливістю для інформування засуджених керівництво УВП не користується. Щодо решти видів активного інформування значимих розбіжностей за роками не спостерігається.

3.2. Розповсюдження безкоштовних презервативів і дезінфектантів

Враховуючи поширеність серед засуджених ризикованих поведінкових практик, важливою складовою профілактики ВІЛ/СНІД в установах КВС є забезпечення засуджених засобами індивідуального захисту – презервативами і дезінфікуючими розчинами.

Про те, що протягом останнього року вони отримували безкоштовні презервативи, повідомили 13% опитаних, значно більше (41%) їх не отримували (рис. 2.3). Якщо перерахувати даний показник, виключивши 44% засуджених, які зазначили, що презервативи їм не були

потрібні, частка осіб, хто отримував презервативи, сягне 23%, а частка тих, хто їх не отримував – 74%.

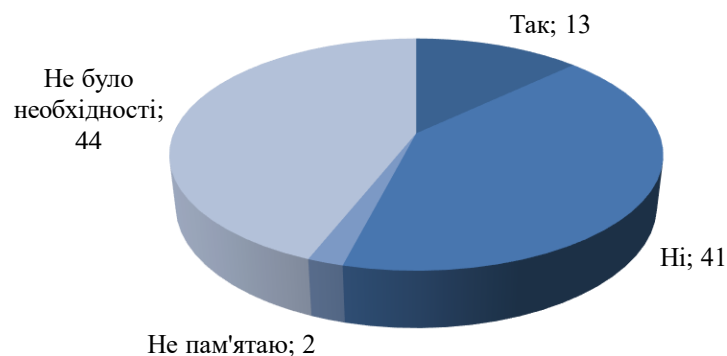


Рис. 3.2. Розподіл відповідей на запитання: «**Чи отримували Ви протягом останніх 12 місяців безкоштовно презервативи?**», 2017 р., %

Окрім факту того чи отримували респонденти презервативи або ні, важливим є те, як часто вони мають можливість їх отримувати.

Менше половини опитаних (44%) зазначили, що вони завжди можуть взяти презерватив при потребі, тобто мають вільний доступ до безкоштовних презервативів. Решта опитаних вказували різні варіанти регулярності отримання презервативів (рис. 3.3).



Рис. 3.3. Розподіл відповідей на запитання: «**Як часто Ви отримували безкоштовно презервативи?**», 2017 р, % до тих, хто відповів на дане запитання (n=127)

Серед способів розповсюдження презервативів найчастіше респонденти згадували про те, що їх роздають безпосередньо представники НУО, а також про те, що презервативи можна взяти в коробці в медсанчастині. Про інші варіанти розповсюдження презервативів, наприклад, через інших засуджених або співробітників УВП, опитані згадували істотно рідше (рис. 3.4).



Рис. 3.4. Розподіл відповідей на запитання: «Яким чином Ви отримували безкоштовні презервативи?», 2017 р., % до тих, хто відповів на дане запитання (n=127)

**Сума перевищує 100%, так як респонденти могли обирати декілька варіантів відповідей.*

Про те, що вони брали презервативи у кімнаті для довгострокових побачень, зазначили 13% респондентів з числа тих, хто отримував презервативи безкоштовно. Однак на пряме запитання про наявність презервативів у кімнаті для довгострокових побачень вже чверть із них (27%) відповіли ствердно, зазначивши, що вони там зазвичай є. Ще 2% відповіли, що презервативи у кімнаті для довгострокових побачень бувають, але рідко. 11% опитаних зазначили про їхню відсутність, а решта (60%) – утруднились з відповіддю на дане запитання.

Аналіз динаміки даних засвідчить про суттєво погіршення за останні роки доступу засуджених до безкоштовних презервативів (рис. 3.5).

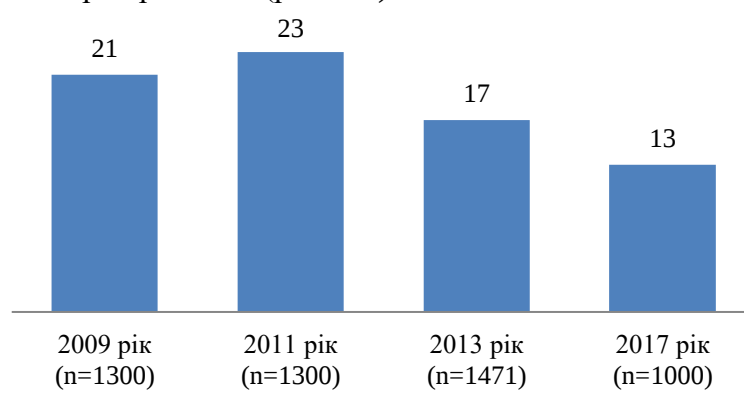


Рис. 3.5. Доступність безкоштовних презервативів для засуджених, за роками, %

**Відмінності значимі, якщо перевищують 3%.*

Дезінфікуючі розчини є доступними для 32% засуджених. Саме стільки респондентів зазначили, що дезінфектанти є для них завжди доступними, ще для 11% респондентів вони доступні іноді. Решта опитаних зазначили, що дезрозчини їм недоступні (41%) або що вони не знають, що це таке (16%).

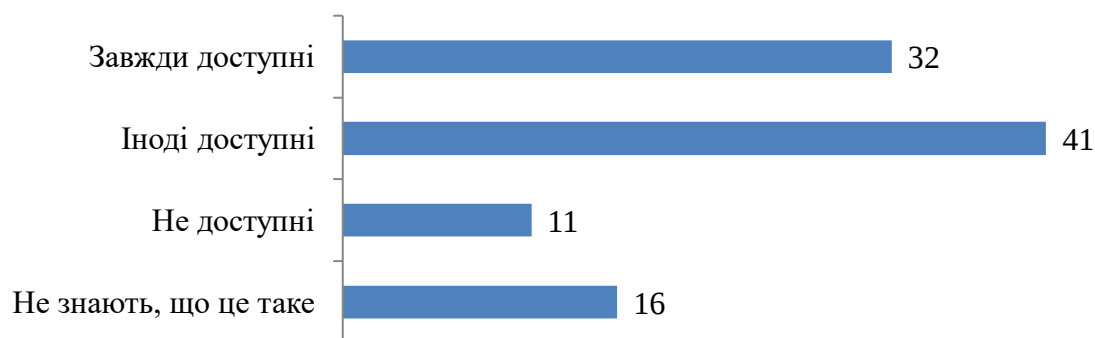


Рис. 3.6. Доступність безкоштовних дезінфектантів, 2017 р., %

Спостерігається позитивна тенденція щодо покращення доступності дезінфікуючих розчинів. Порівняно з 2009–2011 рр. у 2017 р. частка опитаних, які зазначили, що дезінфектанти для них завжди доступні, збільшилась у майже в півтора рази і сягає 32%.

Отже, за останній період спостереження сформувались суперечливі тенденції щодо доступу засуджених до профілактичних заходів. Позитивними чинниками є збільшення частки засуджених, охоплених активними формами інформування, (до 56%) та зростання кількості засуджених, яким завжди доступні безкоштовні дезінфектанти (до 32%). Водночас доступність безкоштовних презервативів для цільової групи суттєво знизилась. Лише 13% засуджених протягом 12 місяців, які передували дослідженню у 2017 р., отримували безкоштовні презервативи. Цей показник є майже в два рази меншим, ніж у 2011 р. Більшість респондентів (74%), яким були потрібні презервативи, зазначили у 2017 р., що не мали доступу до них.

4. ПОІНФОРМОВАНІСТЬ ЗАСУДЖЕНИХ ЩОДО ВІЛ/СНІД ТА СТАВЛЕННЯ ДО ЛЖВ

В цьому розділі здійснений аналіз результативності інформаційно-просвітницької роботи серед засуджених. На основі відповідей респондентів проведено оцінку рівня знань засуджених щодо шляхів передачі ВІЛ-інфекції, засобів її попередження та особливості діагностики. Особливу увагу приділено ставленню респондентів до людей, які живуть з ВІЛ. Адже багатьма дослідженнями доведено, що стигматизація по відношенню до ЛЖВ є наслідком сталих міфів про неіснуючі способи інфікування ВІЛ.

4.1. Рівень знань засуджених про ВІЛ/СНІД

Важливою, хоча і недостатньою, передумовою безпечної у контексті ВІЛ/СНІД поведінки є поінформованість про шляхи передачі ВІЛ-інфекції та можливості зменшення ризику інфікування.

Загалом про вірус імунодефіциту людини (ВІЛ), який призводить до захворювання на СНІД, знають 95% засуджених і це значимо вищий показник, ніж у 2013 році (85%).

Більше половини опитаних (64%) вважають, що їхні знання про ВІЛ/СНІД є достатніми. У 2013 році респонденти більш скромно оцінювали власну поінформованість: тоді відповідний показник становив 58%. Щоправда, самооцінка респондентами власних знань досить часто не відповідає реальному рівню їхньої поінформованості (табл. 4.1).

Таблиця 4.1

Співвідношення рівня знань респондентів щодо ВІЛ/СНІДу та його самооцінки, 2017 р., %*

Вважають свої знання...	Національний показник знань	Інтегральний показник знань
достатніми (n=636)	49	17
недостатніми (n=364)	27	7

*Відмінності можна вважати значимими, якщо вони перевищують 5%

Кореляція між самооцінкою та національним показником знань сягає $r=0,2$ при рівні значимості $p=0,01$, а у випадку інтегрального показника $r=0,1$ ($p=0,01$), тобто зв'язок між вказаними ознаками є досить слабким. На практиці це означає, що значна частина засуджених мають завищену самооцінку про рівень власної компетентності стосовно ВІЛ/СНІД, що має враховуватися у процесі просвітницької роботи з даною цільовою групою.

Більшість засуджених непогано обізнані стосовно профілактики інфікування ВІЛ статевим шляхом. Зокрема про те, що запобігти передачі ВІЛ може регулярне та правильне використання презервативів при кожному статевому контакті, знають 85% опитаних. Щоправда, частина респондентів при цьому мала на увазі лише вагінальні статеві контакти. Частка засуджених, які дали правильні відповіді на запитання про можливість інфікуватися ВІЛ при незахищеному оральному або анальному сексі становить 72% та 73% відповідно.

Із твердженням про те, що зменшити ризик інфікування можна також, обмеживши свої сексуальні контакти з одним вірним неінфікованим партнером, погодилися 75% опитаних. Щоправда, це до певної міри може пояснюватися особливостями подачі просвітницької інформації представникам даної цільової групи. Враховуючи наявність у значної частини з них досвіду ризикованих щодо ВІЛ-інфікування практик та відсутність постійних статевих партнерів, медпрацівники УВП та співробітники НУО орієнтуються на формування у засуджених настанови на відмову від незахищених сексуальних контактів.

Серед усіх запитань, які стосуються статевого способу ВІЛ-інфікування, найгіршою виявилася поінформованість засуджених про те, що наявність у людини інших ППСШ підвищує її уразливість до ВІЛ. Правильну відповідь на дане запитання дали половина опитаних (67%).

Досить добре респонденти обізнані про ін'єкційний шлях передачі ВІЛ-інфекції, а саме про те що вона передається через нестерильний інструментарій при татуюванні (93%) або введенні наркотиків (92%). Відносно гірше вони поінформовані про передачу ВІЛ від матері до дитини (74%).

Більшість респондентів (80%) знають, що здорова на вигляд людина може бути ВІЛ-інфікованою, тоді як заперечили це твердження 10%. Більш поширеними серед засуджених є стереотипи про хибні шляхи передачі ВІЛ-інфекції, зокрема побутовий. Про неможливість інфікування при спільному користуванні туалетом/лазнею або посудом із ВІЛ-інфікованою людиною знають 71% та 68% опитаних відповідно, тоді як 18% та 21% відповідно поділяють ці стереотипи. Про те, що ВІЛ не переноситься комахами, знають трохи більше половини опитаних (55%), протилежної думки дотримуються 29% респондентів, ще 16% – не змогли відповісти однозначно на дане запитання.

До опитувальника були включені два нових запитання порівняно з попередніми роками, взаємопов'язаних з ВІЛ-інфекцією інших небезпечних захворювань, рівень поширеності яких є дуже високим серед засуджених. Більша частка респондентів (80%) знають про те, що захворювання на туберкульоз погіршує стан ВІЛ-інфікованого. Натомість про те, що багато ВІЛ-інфікованих хворіють вірусними гепатитами, знають лише 41% опитаних. Решта вагаються з відповіддю (42%) або заперечують цей факт (17%)

З метою порівняльного та комплексного аналізу рівня поінформованості засуджених щодо ВІЛ/СНІД були розраховані національний та інтегральний показники знань (табл. 3.2):

1. Національний показник. Частка респондентів, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ та знають, як він не передається. Розраховується на основі відповідей на 5 запитань:
 - 1) Ризик інфікування ВІЛ можна знизити, якщо мати статеві контакти лише з одним вірним неінфікованим партнером
 - 2) Ризик інфікування ВІЛ можна знизити, якщо правильно використовувати презерватив під час кожного сексуального контакту
 - 3) Здорова на вигляд людина може бути ВІЛ-інфікованою
 - 4) Не можна інфікуватися ВІЛ, якщо пити по черзі з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною
 - 5) Не можна інфікуватися ВІЛ через спільне користування туалетом/лазнею з ВІЛ-інфікованою людиною

З 2014 р. цей показник виключений із складу показників Плану моніторингу та оцінки ефективності виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки. Його розрахунок здійснюється з метою простеження тенденцій за весь період моніторингу.

2. Інтегральний показник. Частка респондентів, які одночасно дали правильні відповіді на всі 12 запитань анкети щодо шляхів передачі та способів профілактики ВІЛ-інфекції.

Зокрема частка засуджених, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ та знають, як він не передається (національний показник знань) становить 41%, тоді як частка опитаних, які дали правильні відповіді на всі 12 запитань анкети щодо шляхів передачі та способів профілактики ВІЛ-інфекції (інтегральний показник знань) є нижчою більш ніж утричі (14%) (табл. 4.2).

Таблиця 4.2

Рівень знань засуджених щодо ВІЛ/СНІДу у динаміці, за роками, % правильних відповідей

ПОКАЗНИК	2009 рік (n=1300)	2011 рік (n=1300)	2013 рік (n=1471)	2017 рік (n=1000)
Ризик інфікування ВІЛ можна знизити, якщо мати статеві контакти лише з одним вірним неінфікованим партнером*	65	62	68	75
Ризик інфікування ВІЛ можна знизити, якщо правильно використовувати презерватив під час кожного сексуального контакту*	86	74	78	85
Здорова на вигляд людина може бути ВІЛ-інфікованою*	77	73	73	80
Не можна інфікуватися ВІЛ через укуси комара (комахи – 2009 р., 2013 р.)	65	52	55	55
Не можна інфікуватися ВІЛ, якщо пити по черзі з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною*	76	65	66	68
Не можна інфікуватися ВІЛ через спільне користування туалетом/лазнею (туалетом/басейном/сауною – 2011 р.) з ВІЛ-інфікованою людиною*	73	64	65	71
Можна інфікуватися ВІЛ, використовуючи для ін'єкцій шприц (голку – 2011 р.), який був використаний іншою людиною	92	82	83	92
ВІЛ може передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до її дитини під час вагітності	80	69	69	74
Людина, у якої є сифіліс або гонорея, має більший ризик інфікування ВІЛ	57	44	51	67
Можна інфікуватися ВІЛ під час оральних сексуальних контактів без використання презерватива	71	58	63	72
Можна інфікуватися ВІЛ під час анальних сексуальних контактів без використання презерватива	72	61	64	73
Можна інфікуватися ВІЛ, якщо використовувати нестерильні інструменти для татуювання	93	88	86	93
Національний показник*	41	31	38	41
Інтегральний показник**	16	9	12	14

Частка респондентів, які одночасно дали правильні відповіді на 5 запитань, що мають позначку ().

**Частка респондентів, які одночасно дали правильні відповіді на всі вищевказані запитання.

***Відмінності можна вважати значимими, якщо вони перевищують 3%.

При порівнянні за роками бралися до уваги лише ті запитання, які ставилися респондентам під час кожного із досліджень, і саме на їх основі розраховувався інтегральний показник знань для кожного із років.

Аналіз динаміки рівня знань засуджених показує, що у 2011 році, порівняно із 2009 роком, рівень знань істотно знизився практично за всіма індикаторами, що відобразилося на національному та інтегральному показниках знань (табл. 3.2). Порівняно з 2013 роком ситуація в поточному дослідженні значно покращилася, значимі відмінності були зафіксовані майже за всіма показниками (у таблиці виділені жирним шрифтом), крім обізнаності про неможливість інфікування ВІЛ через укуси комари та через побутовий спосіб (пити з однієї склянки з ВІЛ-

інфікованою людиною). Більшість індикаторів і, відповідно, інтегральний показник знань у поточному дослідженні майже зрівнявся з показниками 2009 роком. Що стосується національного показника знань, то він значимо підвищився порівняно із 2013 роком, і сягнув рівня 2009 року (рис. 4.1).

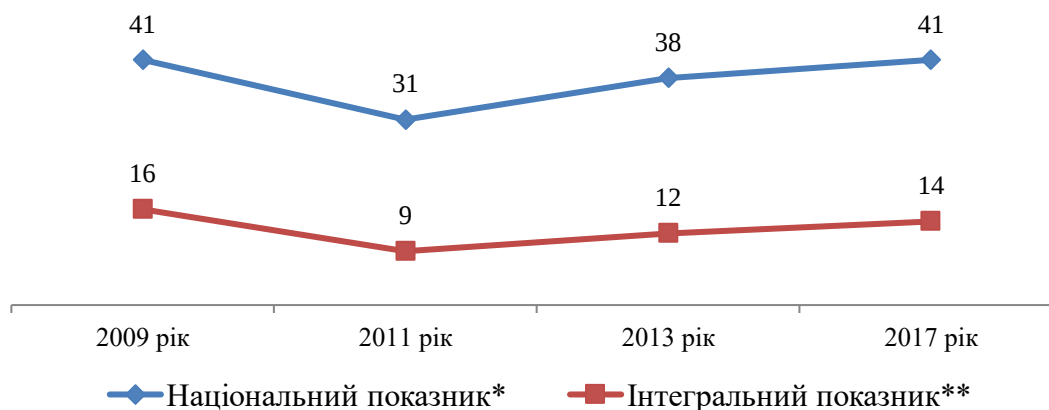


Рис. 4.1. Рівень знань засуджених щодо ВІЛ/СНІД за національним та інтегральним показниками, за роками, %

Частка респондентів, які одночасно дали правильні відповіді на 5 запитань, що мають позначку ().

**Частка респондентів, які одночасно дали правильні відповіді на всі вищевказані запитання.

***Відмінності можна вважати значимими, якщо вони перевищують 3%.

При порівнянні знань засуджених-дорослих та засуджених, які відбувають покарання у виховних колоніях, статистична похибка становить 10%. Навіть попри досить значну похибку простежується тенденція щодо того, що засуджені, які перебувають у виховних колоніях, дещо краще обізнані з питань ВІЛ/СНІДу, ніж у виправних колоніях, на що вказує значимі відмінності значень національного та інтегрального показників (табл. 4.3).

Таблиця 4.3

Рівень знань засуджених щодо ВІЛ/СНІДу, за типом колоній, 2017 р., % правильних відповідей

ПОКАЗНИК	Виправні колонії		Виховні колонії (n=100)
	для чоловіків (n=798)	для жінок (n=102)	
Ризик інфікування ВІЛ можна знизити, якщо мати статеві контакти лише з одним вірним неінфікованим партнером*	76	67	77
Ризик інфікування ВІЛ можна знизити, якщо правильно використовувати презерватив під час кожного сексуального контакту*	84	84	92
Здорова на вигляд людина може бути ВІЛ-інфікованою*	79	77	85
Не можна інфікуватися ВІЛ, якщо пити по черзі з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною*	68	64	75
Не можна інфікуватися ВІЛ через спільне користування туалетом/лазнею з ВІЛ-інфікованою людиною*	71	59	84

ПОКАЗНИК	Виправні колонії		Виховні колонії (n=100)
	для чоловіків (n=798)	для жінок (n=102)	
Не можна інфікуватися ВІЛ через укуси комах	55	44	70
Можна інфікуватися ВІЛ, використовуючи для ін'єкцій шприц, який був використаний іншою людиною	92	94	90
ВІЛ може передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до її дитини під час вагітності	72	68	89
Людина, у якої є сифіліс або гонорея, має більший ризик інфікування ВІЛ	68	61	66
Можна інфікуватися ВІЛ під час оральних сексуальних контактів без використання презерватива	73	64	71
Можна інфікуватися ВІЛ під час анальних сексуальних контактів без використання презерватива	76	61	64
Можна інфікуватися ВІЛ, якщо використовувати нестерильні інструменти для татуювання	94	87	93
Національний показник*	41	26	51
Інтегральний показник**	14	7	20

Частка респондентів, які одночасно дали правильні відповіді на 5 запитань, що мають позначку ().

**Частка респондентів, які одночасно дали правильні відповіді на всі вищевказані запитання

Рівень знань дорослих чоловіків і жінок дещо відрізняється, особливо за національним показником, який свідчить про більший рівень знань про ВІЛ/СНІД серед чоловічих виправних колоній. Чоловіки дещо краще, ніж жінки, поінформовані про те, що ВІЛ передається під час незахищених оральних та анальних контактів, а також про неможливість інфікуватися через спільне користування туалетом/лазні з ВІЛ-інфікованою людиною та через укуси комах. Засуджені виховних колоній навіть більше обізнані про можливість передачі ВІЛ під час вагітності.

Натомість наявність у засуджених досвіду вживання ін'єкційних наркотиків значимо впливає на рівень їхньої поінформованості з питань ВІЛ/СНІДу. Самооцінка власного рівня знань досить помітно відрізняється між респондентами, які належать або належали раніше до групи СІН (30%), та тими, хто ніколи до неї не належав (70%), із врахуванням похибки (+/- 6%). На більшість запитань про шляхи передачі та способи профілактики ВІЛ-інфекції опитані, які мають досвід вживання наркотиків, дали не більше правильних відповідей, порівняно з тими, хто такого досвіду не має. Виняток становить лише твердження щодо того, що наявність у людини ПСШ підвищує її уразливість до ВІЛ-інфікування: розбіжності між групами не перевищують статистичну похибку. (табл. 4.4).

Таблиця 4.4

Рівень знань засуджених щодо ВІЛ/СНІДу залежно від досвіду вживання ін'єкційних наркотиків, 2017 р., % правильних відповідей

ПОКАЗНИК	Наявність досвіду вживання ін'єкційних наркотиків	
	Мають (n=304)	Не мають (n=696)
Ризик інфікування ВІЛ можна знизити, якщо мати статеві контакти лише з одним вірним неінфікованим партнером*	83	72
Ризик інфікування ВІЛ можна знизити, якщо правильно використовувати презерватив під час кожного сексуального контакту*	89	83
Здорова на вигляд людина може бути ВІЛ-інфікованою*	88	76
Не можна інфікуватися ВІЛ через укуси комах	64	51
Не можна інфікуватися ВІЛ, якщо пити по черзі з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною*	79	63
Не можна інфікуватися ВІЛ через спільне користування туалетом/лазною з ВІЛ-інфікованою людиною*	81	66
Можна інфікуватися ВІЛ, використовуючи для ін'єкцій шприц, який був використаний іншою людиною	94	91
ВІЛ може передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до її дитини під час вагітності	77	72
Людина, у якої є сифіліс або гонорея, має більший ризик інфікування ВІЛ	69	66
Можна інфікуватися ВІЛ під час оральних сексуальних контактів без використання презерватива	71	73
Можна інфікуватися ВІЛ під час анальних сексуальних контактів без використання презерватива	78	71
Можна інфікуватися ВІЛ, якщо використовувати нестерильні інструменти для татуювання	96	91
Національний показник*	52	36
Інтегральний показник**	18	12

*Відмінності можна вважати значимими, якщо вони перевищують 6%

**Частка респондентів, які одночасно дали правильні відповіді на 5 запитань, що мають позначку (*).

***Частка респондентів, які одночасно дали правильні відповіді на всі вищевказані запитання.

Засуджені, які зазначили, що під час відбування покарання вони в будь-якій формі отримували інформацію про ВІЛ/СНІД/ПСП, не демонструють вищого рівня знань, ніж у тих, хто такої інформації не отримував. Зокрема національний показник знань становить для вказаних груп 42% і 37%, а інтегральний – 14% і 13% відповідно.

При цьому конкретні форми подачі інформації не мають істотного значення. До значимого підвищення рівня знань засуджених призводить охоплення їх як активним, так і пасивним інформуванням (табл. 4.5).

Рівень знань засуджених залежно від їх охоплення інформаційними заходами, 2017 рік, %*

	Національний показник знань	Інтегральний показник знань
Пасивне інформування		
Охоплені (n=679)	43	14
Не охоплені (n=321)	36	12
Активне інформування		
Охоплені (n=600)	42	15
Не охоплені (n=400)	39	12

*Відмінності можна вважати значимими, якщо вони перевищують 6%

Отже, рівень знань засуджених щодо ВІЛ/СНІД протягом 2009-2017 рр. фактично не змінився. Про це свідчать інтегровані показники знань, розбіжності між якими потрапляють у межі статистичної похибки. Зберігається тенденція кращої обізнаності щодо ВІЛ/СНІД серед засуджених виховних колоній, натомість жінки-засуджені у виправних колоніях мають нижчі показники знань. Засуджені-СІН більше поінформовані стосовно шляхів передачі ВІЛ та знають, як він не передається. Участь в інформаційних заходах в УВП не сприяє підвищенню рівня знань засуджених щодо ВІЛ/СНІД.

4.2. Ставлення засуджених до людей, які живуть з ВІЛ

Важливим компонентом інформаційно-просвітницької роботи з питань ВІЛ/СНІД є формування толерантного ставлення до ЛЖВ. Адже чимала частина українського суспільства з упередженням ставиться до ВІЛ-позитивних людей, що проявляється у намаганні дистанціюватися від них. Не є виключенням і засуджені.

Проявами стигматизації і дискримінації ЛЖВ є намагання людей уникати взаємодії з ними у повсякденному житті. Зокрема по 26% опитаних зазначили, що проситимуть перевести їх в іншу бригаду або на іншу роботу, щоб не працювати разом із ВІЛ-інфікованою людиною. Стільки ж (26%) засуджених проситимуть пересадити їх за інший стіл у їдальні, щоб не знаходитися поруч з ЛЖВ. Проте більшість респондентів (66% та 68% відповідно) зазначили, що не вдаватимуться до таких дій. Частка респондентів, які з упередженням ставляться до ВІЛ-позитивних, порівняно з 2013 роком дещо збільшилася (на 4-5%).

Більшість опитаних (82%) зазначили, що якщо ВІЛ-інфікованим виявиться хтось із їхніх знайомих, вони допомагатимуть цій людині та підтримуватимуть її. Загалом частка опитаних, які продемонстрували толерантні установки щодо ЛЖВ, тобто зазначили, що готові допомагати своєму ВІЛ-інфікованому знайомому та не збираються змінювати бригаду/місце роботи або стіл у їдальні, щоб уникнути сусідства з ЛЖВ, сягає 53%. Цей показник можна розглядати як інтегральний показник толерантності. Порівняно з 2013 роком показник толерантності значимо знизився (- 7%).

Ставлення респондентів до ЛЖВ не значимо варіює за статтю та віковими групами, якщо брати до уваги інтегральний показник толерантності. Проте відповіді на окремі запитання свідчать про те, що жінки демонструють більш толерантне ставлення до ЛЖВ, ніж засуджені чоловіки, а засуджені старшого віку більш толерантні ніж молодь.

Порівняно з 2013 роком рівень толерантності значимо знизився у виправних колоніях серед засуджених жінок (- 19%) (табл. 4.6).

Таблиця 4.6

**Рівень толерантності засуджених щодо ЛЖВ залежно від типу колонії, за роками, %
толерантних відповідей**

ПОКАЗНИК	2013 рік			2017 рік		
	Виправні колонії		Виховні колонії (n=171)	Виправні колонії		Виховні колонії (n=100)
	для чоловіків (n=1000)	для жінок (n=300)		для чоловіків (n=798)	для жінок (n=102)	
Не будуть проситися в іншу бригаду/на іншу роботу, якщо дізнаються, що з ними працюють ЛЖВ	69	86	53	66	74	56
Не будуть проситися за інший стіл в їдальні, якщо дізнаються, що поряд з ними сидять ЛЖВ	72	88	54	68	75	55
Будуть підтримувати ВІЛ-інфікованого знайомого, допомагати йому	81	88	82	82	70	88
Інтегральний показник толерантності	58	77	43	54	58	43

*Відмінності між роками можна вважати значимим, якщо вони перевищують 3%

**Відмінності між колоніями можна вважати значимим, якщо вони перевищують 10%

На рівень толерантності респондентів можуть впливати поведінкові практики опитаних, зокрема досвід вживання ін'єкційних наркотиків. Порівняння даних 2013 та 2017 років свідчить про зміну тенденції ставлення до ВІЛ-позитивних засуджених з боку респондентів залежно від досвіду вживання наркотиків. Рівень толерантності до ЛЖВ серед засуджених, які мають досвід вживання наркотиків, за чотири роки значно зріс. Натомість ставлення до ЛЖВ з боку осіб, які не мають досвіду вживання наркотиків, стало більш стигматизованим (табл. 4.7). Найбільш значна зміна в ставленні засуджених до ВІЛ-позитивних людей помітна, коли йдеться про спільне споживання їжі. В 2013 році 87% респондентів, які не мали досвіду споживання ін'єкційних наркотиків, демонстрували толерантне ставлення до ВІЛ-позитивних засуджених, в 2017 році ця частка зменшилася на 24%. Натомість серед тих засуджених, котрі практикують вживання ін'єкційних наркотиків, ця частка збільшилася з 66% до 80% (табл. 4.7).

Таблиця 4.7

Рівень толерантності засуджених щодо ЛЖВ залежно від досвіду вживання наркотиків, за роками, % толерантних відповідей*

ПОКАЗНИК	2013 рік		2017 рік	
	Наявність досвіду вживання ін'єкційних наркотиків		Наявність досвіду вживання ін'єкційних наркотиків	
	Мають (n=928)	Не мають (n=543)	Мають (n=304)	Не мають (n=696)
Не будуть проситися в іншу бригаду/на іншу роботу, якщо	63	84	76	61

дiзнаються, що з ними працюють ЛЖВ				
Не будуть проситися за iнший стiл в їдальнi, якщо дiзнаються, що поряд з ними сидять ЛЖВ	66	87	80	63
Будуть пiдтримувати ВІЛ-iнфiкованого знайомого, допомагати йому	80	88	85	80
iнтегральний показник толерантностi	51	74	65	48

*Вiдмiнностi мiж роками можна вважати значимим, якщо вони перевищують 3%

*Вiдмiнностi мiж наявноiстю досвiду можна вважати значимим, якщо вони перевищують 6%

Аналіз рiвня толерантностi за роками свiдчить про тенденцiю його зниження з 64% у 2009 р. до 53% у 2017 р. Рiзке зниження показника простежується мiж 2013 та 2017 роками. (табл. 4.8).

Таблиця 4.8

Рiвень толерантностi засуджених щодо ЛЖВ у динамiцi, за роками, % толерантних вiдповiдей

ПОКАЗНИК	2009 рiк (n=1300)	2011 рiк (n=1300)	2013 рiк (n=1471)	2017 рiк (n=1000)
Не будуть проситися в iншу бригаду/на iншу роботу, якщо дiзнаються, що з ними працюють ЛЖВ	74	74	70	66
Не будуть проситися за iнший стiл в їдальнi, якщо дiзнаються, що поряд з ними сидять ЛЖВ	78	76	73	68
Будуть пiдтримувати ВІЛ-iнфiкованого знайомого (друга – 2011 р.), допомагати йому	87	86	82	82
iнтегральний показник толерантностi	64	64	59	53

*Вiдмiнностi можна вважати значимим, якщо вони перевищують 3%

Краща поiнформованiсть засуджених з питань ВІЛ/СНІДу позитивно позначається на рiвнi iхньому ставленнi щодо ЛЖВ (табл. 4.9). Кореляцiя мiж нацiональним показником знань та показником толерантностi становить $r=0,2$ при рiвнi значимостi $p=0,01$, що дозволяє оцiнити взаємозв'язок мiж цими ознаками як слабкий. У випадку iнтегрального показника знань i показника толерантностi взаємозв'язок є також слабким $r=0,1$ при $p=0,01$. Тобто покращення обiзнаностi засуджених з питань ВІЛ/СНІДу сприятиме формуванню бiльш толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних людей.

Таблиця 4.9

iнтегральний показник толерантностi залежно вiд рiвня знань засуджених щодо ВІЛ/СНІДу, 2017 р., %*

	Толерантно (n=529)	Не толерантно (n=471)
Нацiональний показник знань	52	28
iнтегральний показник знань	17	10

**Відмінності можна вважати значимим, якщо вони перевищують 5%*

Отже, частка опитаних, які продемонстрували толерантні установки щодо ЛЖВ, тобто одночасно зазначили, що готові допомагати своєму ВІЛ-інфікованому знайомому та не збираються змінювати бригаду/місце роботи або стіл у їдальні, щоб уникнути сусідства з ЛЖВ, була визначена як інтегральний показник толерантності. За результатами дослідження даний показник сягає 53%, неістотно варіюючи залежно від статі та віку засуджених. Найбільш толерантними виявилися жінки, які відбувають покарання у виправних колоніях (58%), а найменш – підлітки та молодь з виховних колоній (43%). Для засуджених-чоловіків інтегральний показник толерантності становить 54%.

Рівень толерантності до ЛЖВ диференціюється в залежності від досвіду вживання наркотиків: СІН більш толерантні до ЛЖВ, ніж засуджені, які ніколи не вживали ін'єкційні наркотики. Рівень обізнаності засуджених про ВІЛ/СНІД є фактором, що впливає на формування більш толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних людей. Аналіз динаміки показника толерантності до ЛЖВ свідчить про сучасну тенденцію до його зниження (53%) порівняно 2009-2013 роками, коли він коливався на рівні 59-64%.

5. РИЗИКОВАНІ ПОВЕДІНКОВІ ПРАКТИКИ

Досвід проведення моніторингових досліджень серед засуджених, які відбувають покарання в УВП, свідчить, що не завжди респонденти відверто відповідають на запитання стосовно поведінкових практик, особливо, якщо вони заборонені «Правилами внутрішнього розпорядку», зокрема щодо вживання алкоголю, наркотичних речовин, зберігання шприців, інструменту для татуювання, сексуальні стосунки з іншими ув'язненими тощо. Тому варто пам'ятати, що представлені нижче дані можуть бути значно позитивнішими, ніж реальна ситуація в УВП. Водночас аналіз поширеності ризикованих щодо інфікування ВІЛ практик проводиться впродовж останніх чотирьох досліджень за незмінною методикою. Це дає підстави для проведення порівняльного аналізу за роками і розуміння, якщо не масштабів поширення ризикованої поведінки, то – її особливостей.

5.1. Вживання психоактивних речовин

Змінилося на краще ставлення ув'язнених до опитування в розрізі цього досить чутливого блоку запитань. Коли, починаючи з 2009 року на запитання щодо вживання алкоголю не дали відповідь 11% і 18-28% – стосовно інших наркотичних речовин, і у минулому дослідженні 2013 року 2-4% опитаних проігнорували блок запитань стосовно досвіду вживання психоактивних речовин, у т.ч. ін'єкційних наркотиків, то в 2017 році таких респондентів не було зовсім.

Абсолютна більшість опитаних (93%) вживали коли-небудь алкоголь (вино, горілка, брага, спирт, пиво) (табл. 5.1). Ці дані залишилися незмінними порівняно з 2013 роком. У попередні роки респонденти менш охоче повідомляли про такий досвід: 82% - у 2009, 83% - 2011 роках.

Близько половини (48%) опитаних, зазначили, що протягом життя вживали хоча б одну із зазначених в анкеті наркотичну речовину, у т.ч. 23% - такі, що вводяться також ін'єкційним шляхом (опіати, стимулятори або метамфетамін) (табл. 5.1). Для порівняння, у 2013 році частка тих, хто мав досвід ін'єкційного вживання наркотиків, становила 34%⁸.

Таблиця 5.1

Розподіл відповідей респондентів на запитання: «Які психоактивні речовини Ви коли-небудь вживали?», 2017 р., %

	На волі та в колонії	Лише на волі	Лише в колонії	Ніколи не вживали
Алкоголь (вино, горілка, спирт, пиво)	15	78	4 респ.	7
Трава, анаша, марихуана для куріння	11	37	4 респ.	52
Опіати для ін'єкцій (героїн, ширка, чорна)	6	17	3 респ.	77
Стимулятори для куріння, таблетки (амфетамін («фен»))	4	17	4 респ.	79
Стимулятори для ін'єкцій (винт, первинтин, джеф, бовтушка, мультка, MDMA та інше)	3	10	0	87
Вуличний метадон /метадол, трамадол/трамал	3	11	2 респ.	86
Інше	1 респ.	4 (11 респ.)	0	96

⁸ IBBS 2013 Report

Незначна частина засуджених додала і свій перелік психоактивних речовин, неврахованих у запропонованій в анкеті таблиці: гриби (2 респ.), димедрол (1 респ.), екстазі (1 респ.), бупренорфін, швидше за все нелегальний (1 респ.), сигарети (1 респ.).

Дані дослідження цього року свідчать про зміну поведінкової характеристики контингенту: коли в 2013 році наявність досвіду вживання ін'єкційних наркотиків практично однаковою мірою підтвердили опитані, які перебувають в різних типах УВП (35-38%), то у 2017 значно зменшилася частка таких осіб серед засуджених у жіночих виправних (до 4%) і у виховних колоніях (до 5%).

Якщо у попередні роки ситуація стосовно вживання наркотиків представниками цільової групи була стабільною, то у 2017 році спостерігається зменшення частки осіб, які мають досвід вживання (рис. 5.1). Такі зміни можуть бути відображенням змін у якісному складі контингенту КВС, що сталися за минулі роки – практично вдвічі зменшилася кількість засуджених в Україні, і значною мірою – за рахунок втрати установ, які знаходилися на окупованій території АР Крим та непідконтрольних територіях Донецької та Луганської областей.

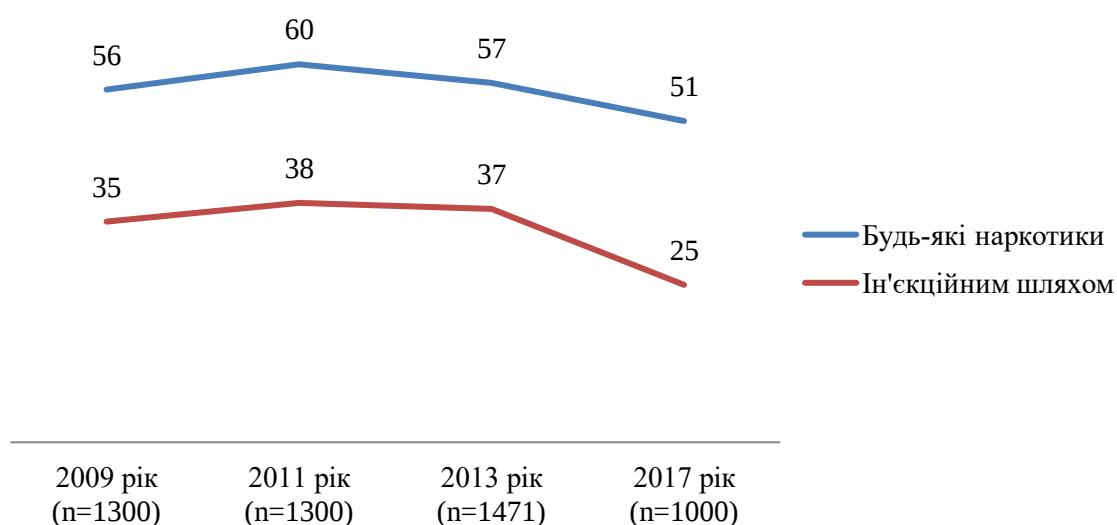


Рис. 5.1. Досвід вживання наркотиків, за роками %

*Відмінності значимі, якщо перевищують 3%

В Україні протягом майже 10 років розвивається програма замісної підтримувальної терапії для споживачів опіатів, наразі кількість учасників програми становить 9714 осіб.⁹ Ми спробували оцінити обсяги групи осіб, яка була на ЗПТ до ув'язнення, і теоретично потребує продовження ЗПТ в умовах перебування в УВП.



⁹ Інформація щодо кількісних та якісних не персоніфікованих характеристик пацієнтів ЗПТ станом на 01.01.2017 - http://phc.org.ua/pages/diseases/opioid_addiction/stat-docs

Рис. 5.2. Досвід ЗПТ до потрапляння в УВП, 2017 рік, %

Про досвід прийому препаратів замісної терапії повідомило 6% опитаних, які рівною мірою були учасниками безкоштовної програми, підтримуваної Глобальним фондом, так і самостійно оплачували такі препарати через аптеку (рис. 5.2).

Серед засуджених віком 26-50 років третина має досвід вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (рис. 5.3). Найменша частка СІН у віковій групі старших 50 років – 8%. Серед засуджених віком до 25 років вживали коли-небудь ін'єкційні наркотики 15%.

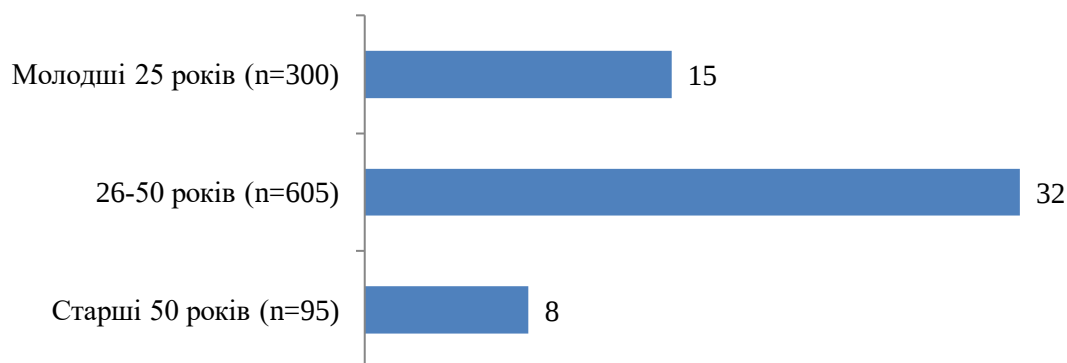


Рис. 5.3 Досвід живання ін'єкційних наркотиків¹⁰, 2017 р., за віком, %

*Відмінності можна вважати значимими, якщо вони перевищують 10%.

Дещо зросла порівняно з минулим опитуванням частка осіб, які вживали ін'єкційні наркотики протягом року. Проте коли взяти до уваги, що чверть із них не перебуває в УВП і місяця, можна припустити що вони це вживали наркотики на волі. Сталою серед засуджених є частка осіб, які практикують вживання ін'єкційних наркотиків в УВП: 8% засуджених у 2013 році підтвердили наявність такого досвіду вживання в УВП (вживали ін'єкційні опіати, стимулятори «на волі та в колонії» або «тільки в колонії») і 7% – у 2017 році (рис. 5.4), а протягом місяця – 2% і 3% відповідно.

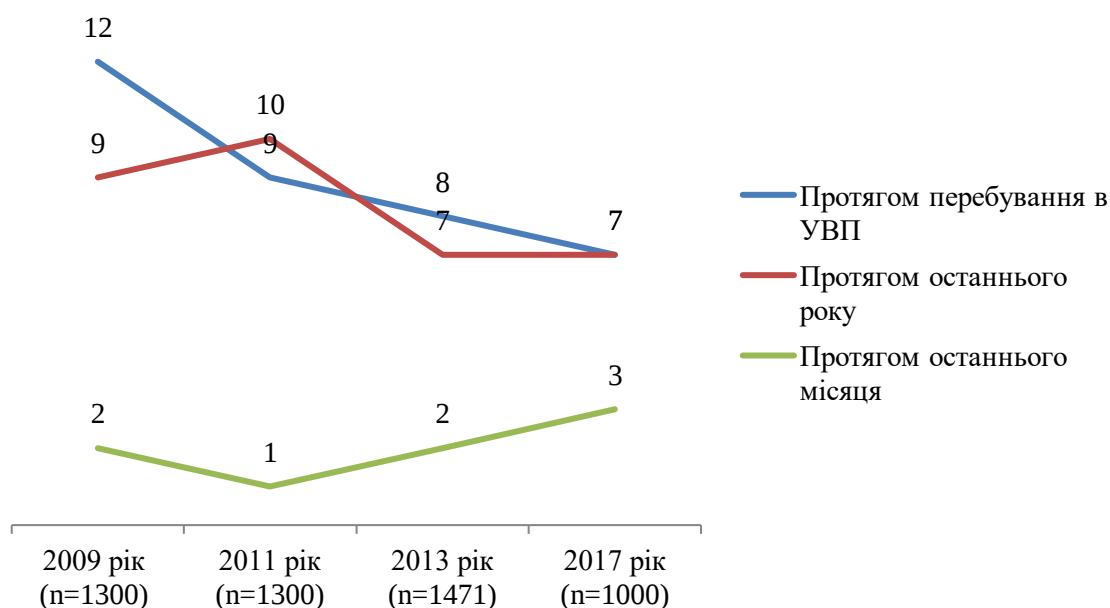


Рис. 5.4. Поширеність вживання ін'єкційних наркотиків*, 2017 р., %

¹⁰Тут під «ін'єкційними» наркотиками розуміються опіати (трамадол/трамал, героїн, ширка, чорна), метамфетамін (вінт, первінтин, джефф, бовтушка, мулька, екстезі, MDMA), які у вводяться ін'єкційним шляхом.

**Відмінності можна вважати значимими, якщо вони перевищують 3%*

Серед тих, хто мав досвід вживання ін'єкційних наркотиків в УВП (у 2017 році – 68 респондентів), абсолютну більшість становлять чоловіки з виправних колоній (67 респ.)

Найбільш ризикованим з огляду на можливість інфікування ВІЛ є застосування спільних голок і шприців. Дані цього річного опитування свідчать, що серед засуджених-СІН така практика досить поширена, і її частота зросла з 53% до 65%. Тільки третина тих, хто вживав наркотики протягом 12 місяців (23 респ.), повідомила, що ніколи не використовувала інструментарій іншої людини. Показник ризикованого введення наркотиків становить 7% (використовували нестерильний інструмент).

Частина опитаних, які вживали протягом останнього року наркотики (12%, або 8 респ.), крім медичних шприців застосовує для ін'єкцій саморобний інструментарій: у т.ч. 7 із 8 зазначили, що робили це спільно з іншими засудженими.

Якщо протягом попередніх досліджень сталою залишається частка засуджених, які практикували ризикове введення ін'єкційного наркотику протягом останнього року, то у 2017 році ми спостерігаємо її зростання з 53% до 65%.

5.2. Татуювання

Наражаються на ризик інфікуватися ВІЛ і вірусними гепатитами також особи, які наносять татуювання нестерильним інструментарієм. Цього року 17% засуджених зазначили, що протягом останніх 12 місяців робили собі татуювання в УВП, і дві третини з них стверджують, що інструмент для татуювання був при цьому стерильним. Показник ризикованого нанесення татуювання становить 4% (використовували нестерильний інструмент).

Татуювання більш поширене у чоловічих виправних (18% контингенту) та виховних колоніях (22%). Натомість серед засуджених жінок осіб, які практикували татуювання протягом останнього року, виявилось найменше – 6% (рис. 5.5).

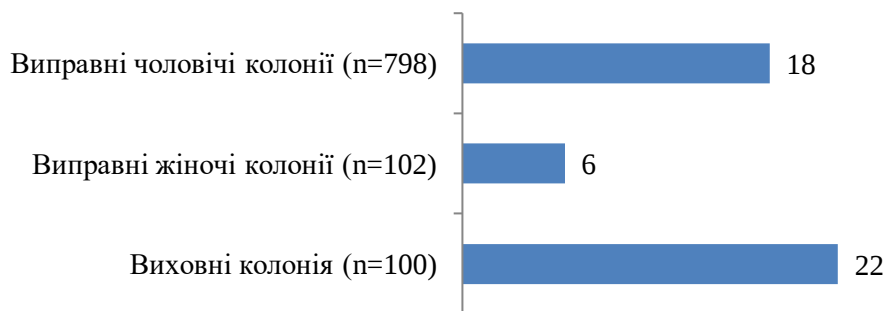
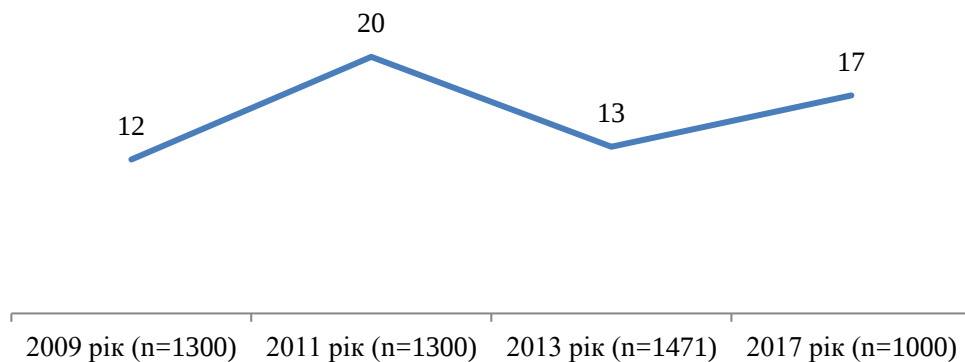


Рис. 5.5. Частка засуджених, які робили татуювання в УВП протягом останніх 12 місяців, 2017 р., %

**Відмінності значимі, якщо перевищують 10%*

Серед ув'язнених, які робили татуювання панує досить висока переконаність у тому, що інструменти для татуювання були стерильними. Найчастіше свідчать про стерильність дорослі чоловіки і жінки (76% та 83% відповідно), впевненість серед контингенту виховних колоній, який робив татуювання дещо менша – 68%. Засуджені-дорослі, швидше недооцінюють ризик інфікування, скільки вони, порівняно з підлітками-ув'язненими є менш забезпеченими дезінфектантами – 35% чоловіків та 17% жінок, які робили тату мають доступ до дезінфектантів, в той час як 50% підлітків повідомили що вони мають такі речовини.

Поведінка стосовно татуювання протягом всіх моніторингових років не зазнає істотних коливань. (рис. 5.6).



* Відмінності значимі, якщо перевищують 3%

Рис. 5.6. Частка засуджених, які робили татуювання протягом останніх 12 місяців, за роками, %

5.3. Сексуальна поведінка

Враховуючи сьогоденні тенденції щодо зростання питомої ваги інфікування ВІЛ статевим шляхом, більшої актуальності набуває дослідження ризикованих сексуальних практик між засудженими та подружніми партнерами, що відвідують їх в УВП під час відбування покарання.

Практично половину засуджених (47%) не відвідували чоловік чи дружина в УВП. Досить невеликою є частка тих засуджених, які протягом останніх 6 місяців мали сексуальні контакти з чоловіком чи дружиною, які відвідували їх в установах – 13% (від тих, хто вступав коли-небудь в сексуальні відносини), а 39% – не мали сексуальних контактів з чоловіком/дружиною протягом останніх 6 місяців. Лише у 25% випадків статеві контакти зі шлюбними партнерами були захищеними. Решта наражалася на ризик, не користуючись презервативами взагалі (5%) або лише іноді (18%) (рис. 5.7). Така поведінка пояснюється тим, що лише третині цих осіб доступні були безкоштовні презервативи в умовах ув'язнення.

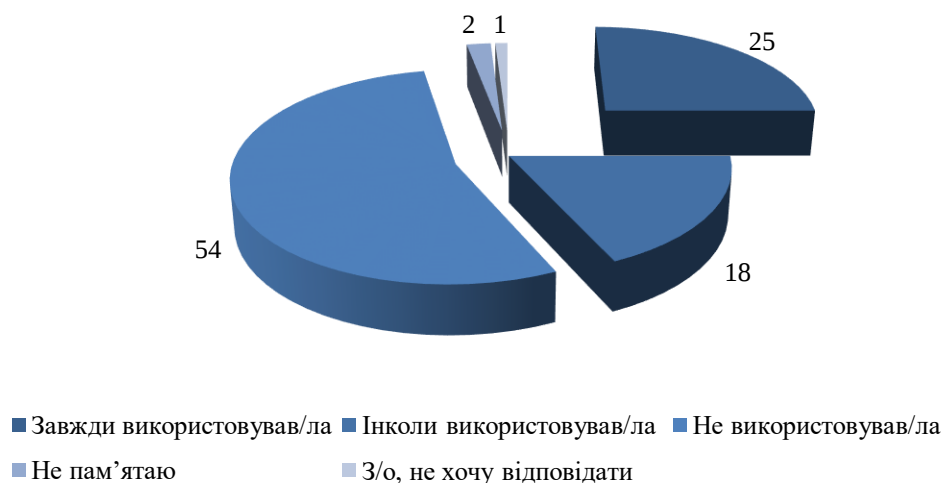


Рис. 5.7. Частота використання презервативів під час сексуальних контактів в УВП, 2017 р., % засуджених, які мали сексуальні контакти в УВП (n=121)

Розподіл відповідей респондентів на уточнююче запитання стосовно використання презерватива під час останнього сексуального контакту засвідчив, що 35% тих, хто мав сексуальні стосунки під час побачення, користувалися ними.

Згідно з відповідями засуджених, в УВП не поширені сексуальні контакти з іншими засудженими. Впродовж останніх 6 місяців мали їх лише 1% (8 осіб) серед усіх опитаних. Порівняно із попередніми дослідженнями цей показник не вийшов за межі статистичної похибки: у 2009 і 2011 роках таких було 4%, у 2013 році – 1%.

Варто зазначити, що сексуальні контакти з іншими засудженими мали здебільшого чоловіки – 7 із 8 респондентів.

Загалом досвід незахищених сексуальних контактів (не завжди користувалися презервативом при контактах із чоловіком/дружиною/партнером або не використовували його під час останнього сексуального контакту з іншим засудженим) впродовж останніх півроку мали 10%, що майже збігається показником 2011 року, і значно менше, ніж у 2009 та 2011 роках (рис. 5.8).

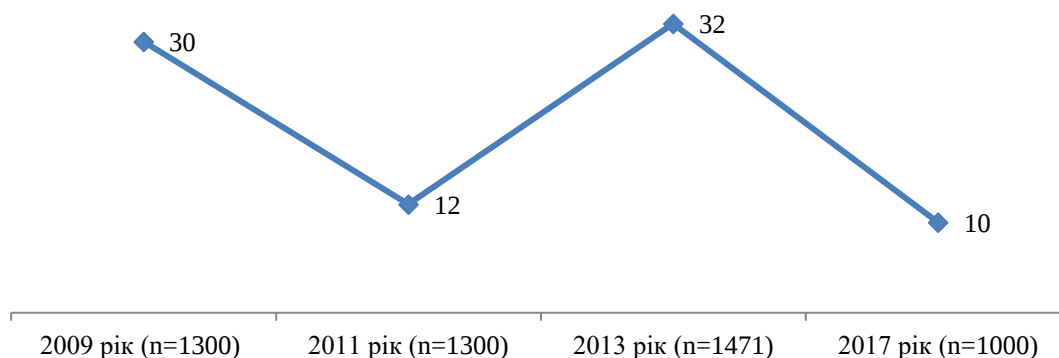


Рис. 5.8. Досвід незахищених сексуальних контактів протягом останніх 6 місяців¹¹, за роками, %

Однаковою мірою практикували незахищений секс в УВП впродовж останніх 6 місяців засуджені у виховних колоніях та виправних жіночих колоніях (по 3%), а серед чоловічих УВП показник вищий – 12% (рис. 5.9). Отримані дані свідчать, що серед вперше та друге засуджених ризиковані сексуальні контакти поширені менше, ніж серед тих, хто перебуває в УВП третій і більше разів.

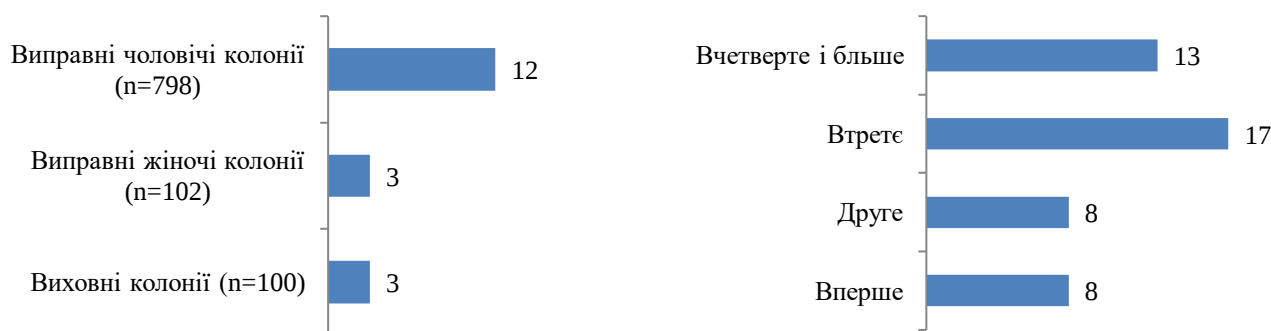


Рис. 5.9. Досвід незахищених сексуальних контактів протягом останніх 6 місяців¹², за типом УВП та кількістю засуджень, %

Таким чином, поточне моніторингове дослідження не зафіксувало значних змін у поведінкових практиках засуджених, які відбували покарання в УВП. Так само, як і в попередні

¹¹ Частка засуджених, які не завжди використовували презерватив під час сексуальних контактів з чоловіком/дружиною/партнером протягом останніх 6 місяців або не використовували його під час останнього сексуального контакту з іншими засудженими

¹² Частка засуджених, які не завжди використовували презерватив під час сексуальних контактів з чоловіком/дружиною/партнером протягом останніх 6 місяців або не використовували його під час останнього сексуального контакту з іншими засудженими

роки, в колоніях частіше практикуються незахищені статеві контакти – лише 25% з тих, хто мав сексуальні контакти під час подружніх побачень завжди використовували презервативи), ніж нанесення татуювань (16%) та введення ін'єкційних наркотиків нестерильним інструментарієм (користувалися спільним шприцом або голкою, саморобним інструментом впродовж останніх 12 місяців) (4%).

6. РІВЕНЬ ПОШИРЕНOSTІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В УСТАНОВАХ КВД

Відповідно до методології біоповедінкового дослідження, після опитування усі засуджені респонденти проходили консультування та тестування на ВІЛ швидкими тестами.

За даними відомчої статистики на початок 2017 року в установах КВС перебувало 3730 засуджених із встановленим діагнозом ВІЛ-інфекція, що становило 6,2% від загальної кількості пенітенціарного населення. З них 2381 особа проходила лікування і отримувала АРТ, у т.ч. 1922 – це засуджені, які відбували покарання у виправних або виховних колоніях, 459 – ув'язнені, які трималися під вартою в СІЗО. Разом це становить близько 3,9% від загальної кількості осіб, які відбувають покарання в УВП. Через значну ймовірність отримання помилково негативного результату при тестуванні ВІЛ-позитивних, засуджені, які приймають АРВ-терапію, не включались до вибірки та не брали участь у дослідженні. Також, згідно Протоколу дослідження, через особливості режиму тримання та інші організаційні чинники ув'язнені, які перебувають в СІЗО, також не беруть участі в дослідженні.

Серед засуджених, які відбували покарання у виправних і виховних колоніях та не приймали АРТ на початок 2017 року, рівень поширеності ВІЛ-інфекції за результатами тестування в рамках проведеного дослідження становить 3,3%. Але з врахуванням частки ВІЛ-позитивних засуджених, які приймають АРТ, серед всього контингенту УВП (без СІЗО), загальний рівень поширеності ВІЛ-інфекції становить 7,6%. Враховуючи статистичну похибку дослідження (3%), цей показник майже збігається з показником відомчої статистики, що становить 6,2%.

За роками простежується тенденція щодо суттєвого зниження рівня поширеності ВІЛ-інфекції серед представників цільової групи: з 15,0% у 2009 до 7,6% – у 2017 р. Зафіксовані відмінності є значимими за останній період спостережень (рис. 6.1).

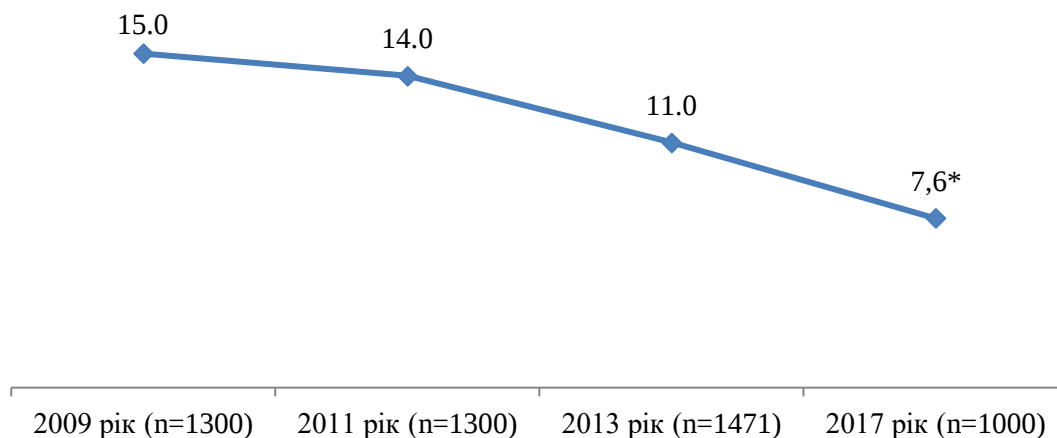


Рис. 6.1. Рівень поширеності ВІЛ-інфекції серед засуджених, за роками, %

*Показник розрахований для зваженого масиву.

**Відмінності можна вважати значимими, якщо вони перевищують 3%.

За результатами опитування, близько половини (18 із 30) респондентів, у яких результат тесту в ході поточного дослідження виявився позитивним, вже проходили КіТ впродовж 12 місяців до проведення опитування і знали свій результат. Третина ВІЛ-позитивних засуджених (11 респ.) заздалегідь, відповідаючи на запитання інтерв'юера, зазначили про свій ВІЛ+ статус. Решта ВІЛ-позитивних опитаних (19 респ.) були переконані, що мають негативний ВІЛ-статус, або взагалі його не знали. Це відповідає Протоколу дослідження, зокрема йдеться про забезпечення принципу випадковості, покладеного в основу методики побудови вибірки. Виходячи з цього, рівні шанси потрапити до вибірки мали як особи, які не знали про свій ВІЛ-статус, так і засуджені, які вже проходили КіТ і знали свій результат. Разом з тим, значне

потрапляння до вибірки останніх свідчить у т.ч. про високий рівень охоплення засуджених КіТ в УВП.

Показники поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків і жінок, які тримаються у виправних колоніях, не мають значимих розбіжностей (рис. 6.2). Водночас жодного випадку ВІЛ-інфекції не зафіксовано серед молодих засуджених, які відбувають покарання у виховних колоніях.

Із 798 протестованих **чоловіків** 26 осіб ВІЛ+ (3,3%), з них

- 19-35 років - 16 осіб

- 36-50 років - 10 осіб

Із 102 протестованих **жінок** 4 особи ВІЛ+ (3,9%), з них

- 19-35 років - 4 особи

Рис. 6.2. Рівень поширеності ВІЛ-інфекції серед засуджених за статтю, 2017 р.

Аналіз вікової структури ВІЛ-позитивних засуджених, виявлених під час дослідження, підтвердив, що серед неповнолітніх осіб а також осіб віком старші 50 років не було жодного випадку ВІЛ-інфекції. Натомість частка ВІЛ-позитивних засуджених серед осіб віком 26–35 років становила 4,5% (18 респ.), а 36–50 років – 4,4% (10 респ.). Серед 18–25-річних осіб частка ВІЛ-позитивних становить 1,1% (2 респ.) (рис. 6.3).

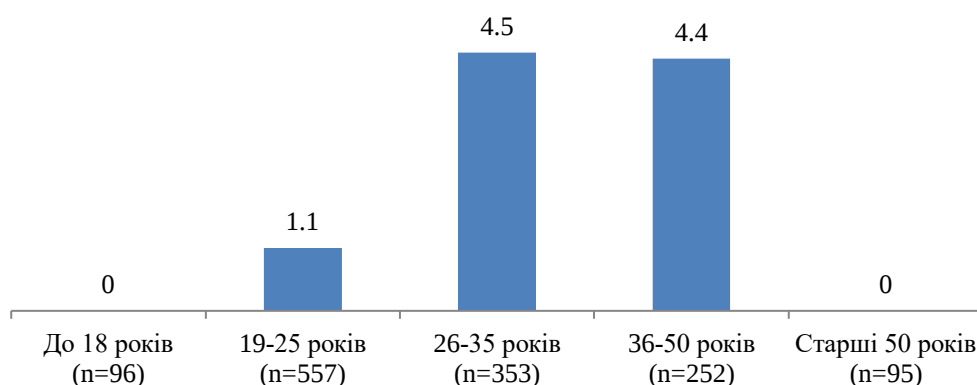


Рис. 6.3. Рівень поширеності ВІЛ-інфекції серед засуджених, 2017 р., за віком, %

*Відмінності можна вважати значимими, якщо вони перевищують 10%.

Значно варіює частка ВІЛ-позитивних засуджених також залежно від кількості їх ув'язнень. Для тих, хто відбуває покарання вдруге, показник поширення ВІЛ є найнижчим – 2 особи. Показник зростає серед ув'язнених вперше та втретє засуджених, а найвищий показник серед тих, хто знаходиться в місцях позбавлення волі чотири і більше разів (рис. 6.4).

Із 566 протестованих **вперше засуджених** 14 осіб ВІЛ+ (2,6%)

Із 191 протестованих **вдруге засуджених** 2 особи ВІЛ+ (1,1%)

Із 107 протестованих **втретє засуджених** 3 особи ВІЛ+ (3,0%)

Із 136 протестованих **вчетверте і більше засуджених** 11 осіб ВІЛ+ (8,4%)

Рис. 6.4. Рівень поширеності ВІЛ-інфекції серед засуджених за кількістю їх ув'язнень, 2017 р.

Розглядаючи соціально-демографічні характеристики групи ВІЛ-позитивних засуджених важливо пам'ятати, що він проведений лише для учасників біоповедінкового дослідження, тобто без даних про пацієнтів, які вже приймають АРВ-терапію.

Досвід вживання ін'єкційних наркотиків впливає на рівень інфікування ВІЛ. Серед засуджених-СІН вищий рівень інфікування, ніж серед осіб, які ніколи не вживали ін'єкційні наркотики (рис. 6.5).

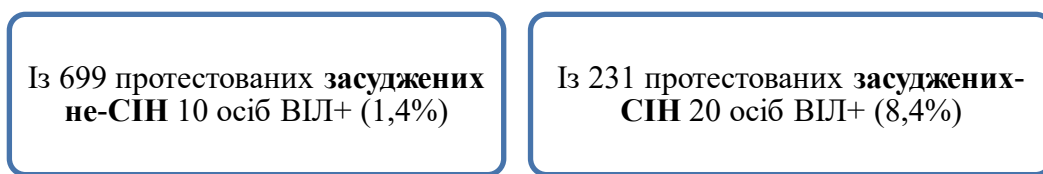


Рис. 6.5. Рівень поширеності ВІЛ-інфекції серед засуджених за досвідом вживання ін'єкційних наркотиків, 2017 р.

Оцінка впливу інших ризикованих чинників на рівень інфікування засуджених не є коректною через малу наповнюваність групи ВІЛ-позитивних осіб (30 осіб).

Таким чином, рівень поширеності ВІЛ-інфекції серед засуджених, які взяли участь у поточному біоповедінковому дослідженні, становить 3,3%. Із врахуванням засуджених пацієнтів, які перебувають на диспансерному обліку та приймають АРВ-терапію, загальний рівень поширеності ВІЛ-інфекції серед засуджених становить 7,6%. За весь період моніторингу протягом 2009-2017 рр. зберігається тенденція щодо зниження показника поширеності ВІЛ-інфекції серед засуджених, найбільш значимим є зниження за останні три роки.

ВИСНОВКИ

1. Серед опитаних переважають чоловіки у віці 19-35 років. Більшість засуджених мають середній або нижчий рівень освіти. Ці дані відповідають статистичним даним Міністерства юстиції України щодо ключових характеристик контингенту засуджених, які відбувають покарання в установах виконання покарань закритого типу. Суб'єктивна оцінка власного стану здоров'я у більшості респондентів є посередньою, проте чоловіки оцінюють свій стан здоров'я відносно краще, ніж жінки.

2. На сьогодні НУО відіграють досить значну роль у забезпеченні психологічної, гуманітарної, медико-соціальної підтримки засуджених – практично 40% опитаних скористалися хоча б однією з таких послуг. І, беручи до уваги постійне скорочення донорських коштів на фінансування ВІЛ-сервісних проектів, КВС варто вжити заходів із посилення потенціалу відповідного персоналу щодо надання психологічної, гуманітарної, медико-соціальної підтримки для забезпечення виконання Україною міжнародних зобов'язань стосовно ставлення до ув'язнених.

Дослідження 2017 року фіксує значне зростання доступу та охоплення консультуванням та тестуванням на ВІЛ-інфекцію, зокрема 52% засуджених порівняно з 41 % у 2013 році його проходили протягом останнього року. Національний показник «Частка засуджених, які протягом останніх 12 місяців пройшли КіТ на ВІЛ та знають його результат» у 2017 році становить 46%. Серед засуджених-жінок, які відбувають покарання у виправних колоніях, цей показник є істотно нижчим (34%), ніж у виправних колоніях для чоловіків (45%) і виховних колоніях (63%).

Значення за національним показником «Частка засуджених, які протягом останніх 12 місяців пройшли КіТ та знають його результат» у поточному дослідженні, порівняно з даними 2009 та 2011 року зросло майже в чотири рази, і фактично досить точно відображає рівень охоплення скринінговим тестуванням за допомогою швидких тестів.

3. За останній період спостереження сформувались суперечливі тенденції щодо доступу засуджених до профілактичних заходів. Позитивними чинниками є збільшення частки засуджених, охоплених активними формами інформування, (до 56%) та зростання кількості засуджених, яким завжди доступні безкоштовні дезінфектанти (до 32%). Водночас доступність безкоштовних презервативів для цільової групи суттєво знизилась. Лише 13% засуджених протягом 12 місяців, які передували дослідженню у 2017 р., отримували безкоштовні презервативи. Цей показник є майже в два рази нижчим, ніж у 2011 р. Більшість респондентів (74%), яким були потрібні презервативи у 2017 р, зазначили, що не мали доступу до них.

4. Рівень знань засуджених щодо ВІЛ/СНІД протягом 2009-2017 рр. фактично не змінився. Про це свідчать відсутність динаміки інтегрованих показників знань, розбіжності між якими потрапляють у межі статистичної похибки. Зберігається тенденція кращої обізнаності щодо ВІЛ/СНІД серед засуджених виховних колоній, натомість жінки-засуджені у виправних колоніях мають нижчі показники знань. Засуджені-СІН більше поінформовані стосовно шляхів передачі ВІЛ та знають, як він не передається. Участь в інформаційних заходах в УВП не сприяє підвищенню рівня знань засуджених щодо ВІЛ/СНІД.

Частка опитаних, які одночасно зазначили, що готові допомагати своєму ВІЛ-інфікованому знайомому та не збираються змінювати бригаду/місце роботи або стіл у їдальні, щоб уникнути сусідства з ЛЖВ, була визначена як інтегральний показник толерантності. За результатами дослідження 2017 р. даний показник сягає 53%. Найбільш толерантними виявилися жінки, які відбувають покарання у виправних колоніях (58%), а найменш – підлітки та молодь з виховних колоній (43%). Для засуджених-чоловіків інтегральний показник толерантності становить 54%.

Рівень толерантності до ЛЖВ залежить від досвіду вживання наркотиків: СІН більш толерантні до ЛЖВ, ніж засуджені, які ніколи не вживали ін'єкційні наркотики. Добра поінформованість про ВІЛ/СНІД є чинником, що впливає на формування більш толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних людей. Аналіз динаміки показника толерантності до ЛЖВ свідчить про сучасну тенденцію до його зниження (53%) порівняно 2009-2013 роками, коли він коливався на рівні 59-64%.

5. Якщо протягом попередніх досліджень сталою залишалася частка засуджених, які практикували ризикове введення ін'єкційного наркотику протягом останнього року, то у 2017 році ми спостерігаємо її зростання з 53% до 65%. Навіть якщо частка тих, хто повідомляє про вживання ін'єкційних наркотиків в УВП, є незначною (6%), то ризик передачі ВІЛ інфекції та гепатитів В і С є досить вагомим.

Оскільки поширення ВІЛ-інфекції гетеросексуальним шляхом останнім часом набуває все більшого значення, сексуальна поведінка ув'язнених, зокрема використання\невикористання презервативів під час довготривалих відвідин може мати вплив на поширення ВІЛ у закладах КВС. Наразі така поведінка вбачається досить ризикованою, оскільки лише 25% засуджених, які мали подружні контакти, повідомили про постійне використання презервативів. Поширеність незахищених статевих зносин у т.ч. пояснюється і низьким доступом до безкоштовних презервативів. Лише третина засуджених, які мали сексуальні контакти під час довготривалих відвідин, зазначили про доступність безкоштовних презервативів. Основними напрямками впливу на ризиковану сексуальну поведінку засуджених є посилення освітньо-профілактичної роботи та забезпечення контингенту безкоштовними презервативами, особливо у кімнатах подружніх побачень.

Поточне моніторингове дослідження не зафіксувало значних змін у поведінкових практиках засуджених, які відбували покарання в УВП. Так само, як і в попередні роки, в колоніях практикуються незахищені статеві контакти – показник ризикованих сексуальних контактів становить 10%, ризикове нанесення татуювань – 16%, введення ін'єкційних наркотиків нестерильним інструментарієм (користувалися спільним шприцом або голкою, саморобним інструментом впродовж останніх 12 місяців) – 4%.

6. Рівень поширеності ВІЛ-інфекції серед засуджених, які взяли участь у поточному біоповедінковому дослідженні, становить 3,3%. Із врахуванням даних відомчої медичної статистики про засуджених пацієнтів, які перебувають на диспансерному обліку та приймають АРВ-терапію, загальний рівень поширеності ВІЛ-інфекції серед засуджених становить 7,6%. За весь період моніторингу протягом 2009-2017 рр. зберігається тенденція щодо зниження показника поширеності ВІЛ-інфекції серед засуджених, найбільш значимим є зниження за останні три роки.