

АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ЗВ'ЯЗАНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

«Моніторинг поінформованості,
поведінки та поширеність
ВІА-інфекції серед засуджених
як компонент епіднагляду
за ВІА другого покоління»

Київ 2010

Авторський колектив:

Ірина Демченко, канд. екон. наук (керівник),

Марина Костючок,

Наталія Белоносова



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

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

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

© МБФ “Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні”

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

Тел.: (044) 490-54-85 (6, 7, 8)

Факс: 044) 490-54-89

E-mail: office@aidalliance.org.ua

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

ПОДЯКА

У цьому виданні представлені результати біо-поведінкового моніторингового дослідження серед засуджених. Проведена робота за своїми обсягами і якістю отриманих даних є унікальною. На відміну від попередніх опитувань, проведених в установах Державної кримінально-виконавчої служби, вперше в Україні на національному рівні реалізоване зв'язане дослідження поінформованості та поведінки засуджених як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління. Відповідно до спеціально розробленої методики було проведено анкетування засуджених та їх тестування на наявність ВІЛ-інфекції, що дозволило проаналізувати зв'язок між знаннями, поведінкою і рівнем інфікування ВІЛ осіб, які тримаються в установах КВС.

Від імені дослідників дозвольте мені висловити щире подяку керівництву та співробітникам центрального апарату Державного департаменту України з питань виконання покарань за підтримку ідеї проведення моніторингового дослідження за новою, більш складною, ніж у попередні роки, методикою, вирішення всіх методологічних і організаційних питань, включаючи забезпечення участі у тренінгах лікарів і фельдшерів установ КВС, безпеки інтерв'юєрів під час опитувань, обговорення результатів дослідження. Особлива подяка лікарям і фельдшерам установ виконання покарань, в яких проводився збір даних, за якісне проведення до- та післятестового консультування засуджених, забір крові для аналізу на ВІЛ, а також допомогу інтерв'юерам.

Висловлюємо подяку співробітникам Українського Центру профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України, ДУ „Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського”, зокрема команді наукового співробітника Олени Кіслих за оперативний та якісний аналіз зразків сироваток крові засуджених.

Наша подяка тренерам Наталії Кожан, Інні Антонюк, Олені Кіслих, які підготували лікарів і фельдшерів колоній для організації на належному рівні добровільного консультування та тестування засуджених респондентів.

З вдячністю також відзначаємо професіоналізм і відданість керівника відділу збору та обробки інформації Аналітичного центру „Соціоконсалтинг” Лілії Тарасюк, яка доклала значних зусиль для організації та координації польового етапу дослідження задля отримання надійних й коректних даних.

Ми радіємо, що завдяки цьому проекту ми знов разом працювали над розробкою протоколу та інструментарію дослідження, обговорювали ключові висновки із досвідченими спеціалістами Наталією Кожан, Юрієм Кругловим, Оленою Кіслих, Інною Шваб, Тетяною Салюк, Тетяною Андрєєвою.

*Від імені авторського колективу
Ірина Демченко*

ЗМІСТ

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ	6
ВСТУП	7
МЕТОДИКА ДОСЛІДЖЕННЯ	9
1. ЗАХОДИ У ВІДПОВІДЬ НА ЕПІДЕМІЮ ВІЛ/СНІДУ В УСТАНОВАХ ДЕРЖАВНОЇ КРИМІНАЛЬНО-ВИКОНАВЧОЇ СЛУЖБИ	13
1.1. Інформаційно-просвітницька робота з питань ВІЛ/СНІД/ІПСШ	14
1.2. Розповсюдження безплатних презервативів та дезінфектантів	20
1.3. Добровільне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію.....	25
1.4. Охоплення засуджених профілактичними програмами	28
2. ПОІНФОРМОВАНІСТЬ ЗАСУДЖЕНИХ ЩОДО ВІЛ/СНІД ТА СТАВЛЕННЯ ДО ЛЖВС	31
2.1. Рівень знань засуджених про ВІЛ/СНІД та ІПСШ.....	31
2.2. Ставлення засуджених до людей, які живуть із ВІЛ/СНІДом.....	38
3. РИЗИКОВАНІ ПОВЕДІНКОВІ ПРАКТИКИ ЗАСУДЖЕНИХ	40
3.1. Вживання наркотиків ін'єкційним шляхом	40
3.2. Татювання	42
3.3. Ризиковані моделі сексуальної поведінки.....	43
4. ПОШИРЕНІСТЬ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В УСТАНОВАХ КВС І ЧИННИКИ ІНФІКУВАННЯ	46
ВИСНОВКИ	46
РЕКОМЕНДАЦІЇ	51
ДОДАТКИ	58
ДОДАТОК 1. Статистичні дані щодо ВІЛ/СНІД за даними Державної кримінально-виконавчої служби України.....	58
ДОДАТОК 2. Розрахунок національних показників.....	59
ДОДАТОК 3. Опис вибіркової сукупності для проведення національного опитування засуджених у 2009 році.....	61

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

АРВ-терапія – антиретровірусна терапія

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини

ВК – установи, де відбувають покарання повнолітні засуджені

ДДУПВП – Державний Департамент України з питань виконання покарань

ДКТ – добровільне консультування та тестування

ІПСШ – інфекції, що передаються статевим шляхом

ЗПСШ – захворювання, що передаються статевим шляхом

КВС – кримінально-виконавча служба

ЛЖВ – люди, які живуть з ВІЛ

НУО – неурядові організації

СІЗО – слідчий ізолятор

СІН – споживачі ін'єкційних наркотиків

СНІД – синдром набутого імунодефіциту

СПС – соціально-психологічна служба

УВП – установи виконання покарань

ЮНЕЙДС – Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІД

ЮНІСЕФ – Дитячий фонд ООН

Пенітенціарні установи розглядаються в усьому світі як заклади підвищеного ризику поширення соціально небезпечних інфекцій, серед яких одне з провідних місць посідає ВІЛ. Впродовж 2005–2009 рр. частка нових випадків ВІЛ-інфекції щороку залишалася на рівні 8-9% від загальної кількості тестувань засуджених, або 12% від усіх нових офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ в Україні у 2009 р. Щороку зростає кількість засуджених, що знаходяться в закладах охорони здоров'я Департаменту на диспансерному обліку. Якщо у 2005 р. таких було 4058 осіб, у 2007 р. – 4702 осіб, то у 2009 р. – вже 6069 осіб. За окремими регіонами, як і раніше, провідне місце за кількістю ВІЛ-інфікованих засуджених, що знаходились на диспансерному обліку, у 2009 р. посідала Донецька область (1649). Далі, дещо в іншому, ніж у 2007 р. порядку, йдуть Дніпропетровська (403), Херсонська (387), Миколаївська (381), Луганська (372), Одеська (366), Чернігівська (292), Харківська (291) області. Збільшення чисельності засуджених, інфікованих ВІЛ, у тому числі збільшення контингенту хворих на СНІД, є суттєвим чинником розвитку епідеміологічного процесу в країні.

В період між попереднім (середина 2007 р.) і нинішнім (кінець 2009 р.) етапами моніторингу відбувалось збільшення обсягів діяльності із протидії епідемії у системі Державної кримінально-виконавчої служби, включаючи просвіту та заходи із вторинної профілактики серед засуджених. Цьому сприяла значна підтримка міжнародних донорів. Зокрема, було реалізовано (хоча і не в повному обсязі) компонент «В'язниці» спільно з іншими складовими проекту «Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом в Україні» за кошти Світового Банку. Поступово збільшується кількість проектів зменшення шкоди, які реалізуються громадськими і благодійними організаціями за підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» у рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні» за кошти Глобального Фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією. Впродовж року з 1 жовтня 2008 р. по 30 вересня 2009 р. послуги із вторинної профілактики ВІЛ/СНІД серед засуджених і осіб, взятих під варту, надавались представниками 19 НУО в 50 установах КВС. З серпня 2007 року по теперішній час СНІД Фонд Схід–Захід спільно з ДДУПВП за підтримки Міністерства закордонних справ Нідерландів реалізує проект «Інституціоналізація профілактики ВІЛ/СНІДу та пропаганди здорового способу життя на базі системи освіти закладів Державного департаменту з питань виконання покарань», спрямований на підвищення рівня поінформованості персоналу та засуджених.

За підтримкою ЮНІСЕФ було впроваджено інтерактивну учбову програму з питань ВІЛ у виховних колоніях для неповнолітніх.

Водночас згідно із висновками комплексної зовнішньої оцінки національних заходів з протидії СНІДу в Україні потреби засуджених у ВІЛ-сервісі задоволені недостатньо, а профілактичні заходи в установах КВС є непослідовними і низько ефективними¹. До того ж не існує ефективної системи для моніторингу якості цих послуг.

Саме тому проведення зв'язаного дослідження рівня поінформованості та особливостей поведінки засуджених як компонент епіднадзора за ВІЛ другого покоління залишається важливою складовою контролю за епідемічною ситуацією в Україні, дозволяє оцінити ефективність профілактичних заходів, які впроваджуються силами співробітників КВС і неурядових організацій, визначити найбільш проблемні ланки у протидії епідемії і розробити пропозиції щодо своєчасної її корекції. Зокрема, на основі даних дослідження здійснювався розрахунок трьох національних показників ССГАООН, за збір яких відповідає Державний департамент України з питань виконання покарань. Показники характеризують ефективність заходів у відповідь на епідемію серед засуджених і входять до Національного звіту з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД, що готує Україна кожні два роки.

Дослідження проведено Аналітичним центром «Соціоконсалтинг» на замовлення Міжнародного благодійного фонду «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», що фінансується за кошти Глобального Фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією при активній взаємодії із співробітниками Державного департаменту України з питань виконання покарань, Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом та спеціалістами відділу моніторингу і оцінки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».

¹ Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії СНІД в Україні: Зведений звіт (оригінал англійською мовою, січень 2009 р.). - С. 82.

МЕТОДИКА ДОСЛІДЖЕННЯ

Мета дослідження: моніторинг поведінки засуджених щодо ВІЛ/СНІД для адекватного контролю за епідемією та оцінка ефективності профілактичних програм в установах Державної кримінально-виконавчої служби України.

Для реалізації зазначеної мети були вирішені наступні **завдання**, а саме:

- Здійснення порівняльного аналізу впливу чинників ризику інфікування ВІЛ серед засуджених.
- Аналіз основних тенденцій щодо змін у знаннях, ставленні, поведінці засуджених.
- Збір даних і підрахунок Національних показників моніторингу і оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль стану епідемії ВІЛ/СНІД в установах виконання покарань.
- Визначення рівня поширеності ВІЛ-інфекції в УВП.
- Проведення оцінки охоплення засуджених заходами профілактики ВІЛ/СНІД, їх впливу на рівень знань і поведінку засуджених.
- Підготовка рекомендацій щодо вдосконалення стратегії та тактики попередження поширення ВІЛ/СНІД в УВП.

Під час дослідження перевірялися наступні гіпотези

- Збільшення обсягів інформування засуджених про ВІЛ/СНІД призвело до збільшення рівня їх знань про шляхи передачі та запобігання інфікування ВІЛ.
- Рівень знань засуджених, які беруть участь у заходах, проектів вторинної профілактики ВІЛ/СНІДу, що реалізують НУО, є вищим, ніж серед тих, хто не відвідує такі заходи.
- Засуджені, охоплені одночасно пасивними і активними видами інформування, мають більш високий рівень знань про ВІЛ/СНІД, ніж засуджені, охоплені лише пасивними формами просвіти.
- Рівень знань про ВІЛ/СНІД збільшується з віком засуджених.
- Із покращенням забезпечення УВП засобами індивідуального захисту (презервативами, дезінфектантами) обсяги ризикованої поведінки зменшуються.
- Поведінка вперше засуджених є менш ризикованою, ніж неодноразово засуджених.
- Головним чинником інфікування ВІЛ засуджених є практика ризикованого вживання ін'єкційних наркотиків.

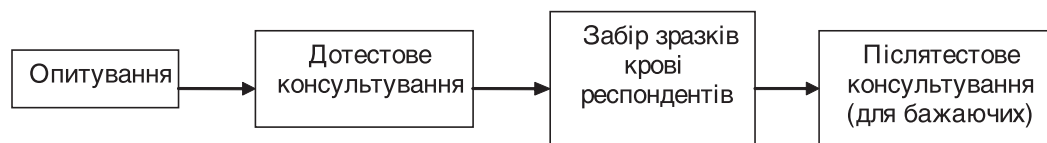
- Через більшу фізіологічну та соціальну уразливість жінок, які потрапляють до установ виконання покарань, рівень їх інфікування ВІЛ вищий, ніж серед засуджених чоловіків.
- Найбільші шанси виявити ВІЛ – у засуджених, які мають досвід вживання наркотиків ін'єкційним шляхом. Ці шанси збільшуються із зростанням віку засуджених й кількості строків відбування покарань.

Об'єкт дослідження: засуджені віком від 16 років і старші, які відбувають покарання в установах Державної кримінально-виконавчої служби України.

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

Для тестування на наявність антитіл до ВІЛ застосовувалися ІФА тест-системи. Процедура тестування здійснювалася відповідно до Наказу Державного Департаменту України з питань виконання покарань та Міністерства охорони здоров'я України від 18 січня 2000 р. № 3/6, “Інструкції з організації роботи лабораторій діагностики ВІЛ-інфекції” (Наказ МОЗ України № 71 від 22.02.2002). Підтверджувальні дослідження проводилися відповідно до «Тимчасового порядку проведення підтверджувальних досліджень на наявність антитіл до ВІЛ ½ та антигену р24 на 2009 рік» (Лист УкрЦентруСНІД № 32 від 16.01.2009 р.

Реалізація польового етапу дослідження відбувалась за такою схемою:



Опитування засуджених

Тип вибірки: багатоступенева, стратифікована, індивідуальна, з використанням квотного методу відбору респондентів на останньому ступені. При опитуванні респондентів витримані квоти за наступними параметрами: вік, стать, кількість разів відбування покарання у виді позбавлення волі (особи, вперше засуджені до позбавлення волі та повторно засуджені).

У 2009 р. втретє проводилось опитування за аналогічною методикою побудови вибіркової сукупності. Але через те, що опитування засуджених вперше було поєднано із їх ДКТ, реалізація вибірки набула деякі особливості порівняно із попередніми етапами моніторингу: збільшено кількість УВП й відповідно зменшено чисельність опитаних в них респондентів.

У 2004 та 2007 роках опитування проводилось у 10 чоловічих та 2 жіночих виправних колоніях. Всього дослідженнями було охоплено 12 установ Державної кримінально-виконавчої служби. В кожній УВП, де відбували покарання засуджені-чоловіки, було опитано по 100 осіб, а жінки – по 120 осіб.

У 2009 р. до вибірки увійшло 20 чоловічих, 4 жіночі виправні колонії та 2 виховні колонії (для неповнолітніх): всього 26 установ виконання покарань. Кількість респондентів у окремо взятих колоніях було обмежено 50 особами. Це пов'язано із особливостями проведення біо-поведінкового дослідження,

а саме з необхідністю додержання умов забору, збереження та транспортування зразків крові респондентів до Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом. Цей процес є обмежений в часі (не більше 3 діб).

Реалізовані вибіркові сукупності

Рік	Термін збору даних	Кількість респондентів	Похибка, %
2004	26 листопада – 7 грудня	1240	+/-1,7–2,9
2007	17 травня – 11 червня	1234	+/-1,7–2,9
2009	7 – 18 грудня	1300	+/- 1,7–2,8

Метод опитування: самозаповнення анкет в присутності інтерв'юера та співробітника установи КВС. В ході анкетування застосовувалися персональні конверти для забезпечення відвертості респондентів і гарантій збереження конфіденційності їх особистих відповідей.

Етичні засади дослідження

Програма дослідження отримала позитивний висновок комісії з професійної етики соціолога Соціологічної асоціації України. Епідеміологічний компонент дослідження пройшов експертизу комітету з питань медичної етики Інституту епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського АМН України.

Питанням добровільності участі засуджених у дослідженні та забезпечення конфіденційності отриманих емпіричних даних було приділено особливу увагу під час тренінгів з лікарями і фельдшерами УВП, проведених напередодні дослідження.

Перед анкетуванням кожної групи інтерв'юерами АЦ «Соціоконсалтинг» проводився інструктаж засуджених щодо порядку дослідження і правил заповнення анкет, 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.

Усім респондентам незалежно від ВІЛ-статусу лікарями УВП було надане колективне дотестове консультування, а для бажаючих – додаткові індивідуальні консультації. Для проведення групового анкетування та дотестового консультування в усіх УВП виділялись окремі кімнати. В окремому приміщенні також проводилось індивідуальне дотестове консультування (за потребою респондентів) та тестування. При цьому, крім медичного працівника та респондента, присутніх у приміщенні не було.

Представники дослідницької команди не фіксували імен або інших ідентифікаційних даних на анкетах або у журналах з результатами тестувань. Кожному респонденту було присвоєно ідентифікаційні номери, вказані на номерах талонів. Індивідуальні результати тестування не повідомлялися працівникам УВП (крім лікаря) і регіональних управлінь Департаменту.

Методи аналізу даних дослідження:

- Моніторинг рівня поінформованості, ризикованих моделей поведінки та охоплення засуджених профілактичними заходами передбачав порівняльний аналіз даних національних опитувань засуджених, проведених у 2009, 2007 і 2004 рр. Виходячи із обсягів вибірових сукупностей, розбіжності в динаміці показників

за роками є значущими, якщо різниця між ними перевищує 3%. Під час аналізу динаміки даних опитувань 2009, 2007 та 2004 років, при розрахунках показників за 2009 рік не враховувались дані по виховних колоніях, оскільки у 2004 і 2007 роках вони до вибірки не включалися.

- Порівняльний аналіз даних опитування засуджених за демографічними (вік, стать) та соціальними (типи УВП, вперше і неодноразово засуджені тощо) ознаками проводився за допомогою методів описової статистики – одномірних та двомірних розподілів відповідей респондентів.
- Дослідження наявності кореляційного (лінійного) зв'язку між обсягом профілактичних втручань, рівнем знань і поведінкою респондентів здійснювалось за допомогою розрахунку коефіцієнта кореляції Пірсона (r), основними властивостями якого є такі:
 - значення коефіцієнта кореляції змінюється в межах від -1 до $+1$;
 - за відсутності будь-якого зв'язку значення коефіцієнта наближається до нуля; при функціональному зв'язку – до одиниці;
 - за наявності кореляційного зв'язку коефіцієнт має вигляд дроби, який за абсолютною величиною тим більший, чим щільніший зв'язок, а саме:
 - $0 < r \leq 0,2$ – дуже слабка кореляція;
 - $0,2 < r \leq 0,5$ – слабка кореляція;
 - $0,5 < r \leq 0,7$ – середня кореляція;
 - $0,7 < r \leq 0,9$ – сильна кореляція;
 - $0,9 < r \leq 1$ – дуже сильна кореляція.
- Аналіз впливу чинників поширення ВІЛ-інфекції серед засуджених, зокрема наявність досвіду вживання ін'єкційних наркотиків, незахищених статевих стосунків тощо, здійснений за допомогою мультиномінальної логістичної регресії. Для цього було побудовано статистичні багатовимірні моделі відносного впливу кожного із кількох незалежних факторів (предикторів) на шанси засуджених мати ВІЛ-інфекцію. Метод логістичної регресії дозволяє оцінити унікальний внесок кожного із предикторів у передбаченні ВІЛ-статусу засуджених без урахування впливу інших предикторів (нібито останні залишались постійними). Коефіцієнти логістичної регресії, представлені у звіті, так звані $\text{exp}(b)$, являють собою оцінку шансу потрапляння представників певної групи до числа ВІЛ-інфікованих засуджених. якщо ці коефіцієнти є вищими від «1», це зазначає, що шанс для певної групи потрапити до віл-інфікованих є вищим, ніж у референтної групи; а коефіцієнти нижчі від «1» – ці шанси нижчі.

1. Заходи у відповідь на епідемію ВІЛ/СНІДу в установах державної кримінально-виконавчої служби

Згідно з загальнодержавною цільовою програмою забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки відповідальним за здійснення заходів з контролю за епідемією ВІЛ/СНІДу в установах Державної кримінально-виконавчої служби є Державний департамент України з питань виконання покарань. З метою реалізації цих заходів Держдепартамент співпрацює з громадськими та міжнародними організаціями.

Основними напрямками співпраці є:

- Організація інформаційно-просвітницької роботи серед осіб, які відбувають покарання в установах КВС, стосовно ВІЛ/СНІДу та ІПСШ.
- Забезпечення доступності презервативів та дезінфікуючих засобів для осіб, які відбувають покарання в УВП.
- Забезпечення доступу осіб, які відбувають покарання в установах КВС, до консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію.
- Забезпечення доступу хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД, які відбувають покарання в установах КВС, до антиретровірусної терапії, діагностики та лікування опортуністичних інфекцій.
- Забезпечення соціально-психологічної підтримки та догляду хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД, які відбувають покарання в установах КВС.

Відповідно до характеру і темпів поширення ВІЛ-інфекції в Україні та установах виконання покарань зокрема найбільшими за обсягами і задіяними ресурсами є профілактичні заходи серед засуджених.

1.1. Інформаційно-просвітницька робота з питань ВІЛ/СНІД/ІПСШ

Аналіз даних опитувань протягом кількох останніх років свідчить про помітне зростання (+13%) частки засуджених, які під час відбування покарання у виправних колоніях отримували інформацію про ВІЛ/СНІД/ІПСШ: з 57% у 2004 до 70% у 2009² році (рис. 1.1.1).

² При розрахунку показників за 2009 рік не враховувалися дані по виховних колоніях, оскільки в ході дослідження 2004 та 2007 років вони до вибірки не включалися.

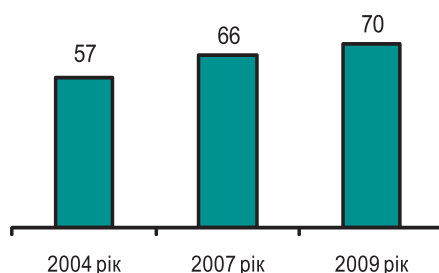


Рис. 1.1.1. Розподіл ствердних відповідей на запитання: «Чи отримували Ви під час відбування покарання інформацію про ВІЛ/СНІД/ІПСШ», за роками, %

В установах КВС, де відбувають покарання засуджені жінки, активніше інформують про ВІЛ/СНІД/ІПСШ (табл. 1.1.1). Про це свідчить незначне, проте стабільне зростання кількості жінок, які отримували відповідну інформацію протягом досліджуваного періоду. Водночас в колоніях, де відбувають покарання засуджені чоловіки, ситуація дещо інша. Якщо у 2007 році проти 2004 року частка поінформованих про ВІЛ/СНІД засуджених під час ув'язнення збільшилась на 11%, то у 2009 році ця позитивна тенденція уповільнилась.

Таблиця 1.1.1

Досвід отримання засудженими інформації про ВІЛ/СНІД та ІПСШ, %

	Жінки			Чоловіки		
	2004 р.	2007 р.	2009 р.	2004 р.	2007 р.	2009 р.
Так	68	72	79	54	65	68
Ні	26	23	14	34	24	22
Не пам'ятаю	6	5	8	12	11	11

Включення до вибірки у 2009 р. респондентів із числа засуджених, що перебувають у виховних колоніях, дало змогу порівняти обсяги інформування щодо ВІЛ/СНІД/ІПСШ у виправних і виховних колоніях. За отриманими даними, більш активно просвітницькі заходи впроваджуються у виховних колоніях, де зазвичай відбуває покарання неповнолітня молодь. В цих установах кількість респондентів, поінформованих про ВІЛ/СНІД/ІПСШ, виявилось набагато більшою (87%), ніж у всіх типах виправних колоній. Показник охоплення інформацією для УВП, де засуджені відбувають покарання вперше, становить 67%, неодноразово - 73%.

Просвітницька щодо ВІЛ/СНІД робота в УВП не обмежується одноразовим інформуванням і зазвичай носить регулярний характер. Про це зокрема свідчить зростання частки засуджених, які отримували інформацію про ВІЛ/СНІД/ІПСШ у колонії, із збільшенням терміну перебування в ній. Якщо серед тих, хто знаходиться в ув'язненні менше 3 місяців, 59% отримували відповідну інформацію, то аналогічний показник для тих, хто відбуває покарання в колонії 2 і більше років становить 75% (рис. 1.1.2).

Особи, які відбувають покарання в установах КВС, інформацію про ВІЛ/СНІД/ІПСШ найчастіше отримують від лікарів і фельдшерів. Це відповідає встановленому Порядку³, згідно з яким медичні працівники обов'язково проводять

³ Порядок медико-санітарного забезпечення осіб, які утримуються в слідчих ізоляторах та в'язницях, у виховних установах Департаменту України з питань виконання покарань/Затверджено наказом Департаменту України з питань виконання покарань та Міністерства охорони здоров'я України від 18 січня 2000 р., №3/6, зі змінами і доповненнями внесеними наказами Департаменту України у справах виконання покарань та Міністерства охорони здоров'я України від 19 грудня 2001 року N 242/513 та від 18 листопада 2003 року N 216/532.

співбесіди із новоприбулими засудженими, які знаходяться у карантинному відділенні, та підтверджується результатами опитувань (табл. 1.1.2).

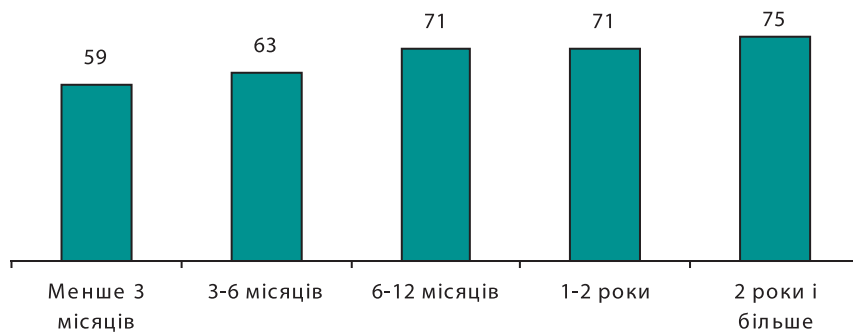


Рис. 2.1.2. Розподіл ствердних відповідей на запитання: „Чи отримували Ви під час відбування покарання інформацію про ВІЛ/СНІД/ІПСШ?“

за терміном перебування респондента у колонії (2009 р.), %

Поряд з працівниками КВС значно збільшилась активність НУО в сфері просвіти засуджених, які перебувають у виправних колоніях. Майже вдвічі за останніх два роки зросла частка респондентів, які отримували інформацію про ВІЛ/СНІД/ІПСШ від представників громадських організацій: з 18% у 2007 р. до 34% у 2009 р. Нині громадські організації як джерело інформації посідають друге місце після медпрацівників колоній.

Повільнішою, але водночас позитивною є динаміка рейтингу двох наступних джерел - начальники/співробітники соціально-психологічних служб колоній та інші засуджені. Можливо, що ця позитивна тенденція пов'язана із збільшенням обсягів і видів превентивної діяльності НУО, яка поряд з іншим передбачала навчальні заходи для спеціалістів СПС та підготовку волонтерів із числа засуджених для подальшого інформування засуджених про ВІЛ/СНІД/ІПСШ.

Таблиця 1.1.2

Розподіл відповідей на запитання: «Від кого Ви отримували інформацію про ВІЛ/СНІД/ІПСШ?», %

	2004 рік	2007 рік	2009 рік
Медпрацівник	60	51	54
Представники НУО	*	18	34
Інші засуджені	24	16	19
Начальник/співробітник СПС	22	10	18
Приятелі, друзі, знайомі	18	13	13
Інші	3	7	4
Не пам'ятаю	9	7	5
Не отримував	1	15	20

* в анкеті 2004 р. була відсутня відповідь „представники НУО“

Результати опитування 2009 р. засвідчили, що за використанням усіх джерел інформації виховні колонії суттєво випереджають виправні. Існують певні особливості й з-поміж різними типами виправних колоній. В установах відбування покарань для неодноразово засуджених відчутнішим (порівняно із іншими інформаційними джерелами) є вплив медпрацівників (60%), поміт-

но меншою – активність НУО (26%). В УВП для вперше засуджених НУО за обсягами інформування наближаються до лікарів (41% і 49%) (табл. 1.1.3).

Таблиця 1.1.3

Розподіл відповідей на запитання у 2009 р.:
„Від кого Ви отримували інформацію про ВІЛ/СНІД/ІПСШ?“, за типом УВП, %

	УВП для вперше засуджених	УВП для неодноразово засуджених	Виховні колонії
Медпрацівник	49	60	82
Представники НУО	41	26	47
Інші засуджені	19	20	33
Начальник/співробітник СПС	19	17	42
Приятелі, друзі, знайомі	13	13	18
Інші	5	4	10
Не пам'ятаю	5	4	4
Не отримував	22	18	8

16

Щодо змісту інформації про ВІЛ/СНІД/ІПСШ, яку отримували засуджені під час ув'язнення, то аналіз тенденцій дещо обмежений. Це пов'язано із вдосконаленням і оновленням впродовж етапів моніторингу переліку варіантів відповідей на запитання анкети.

В цілому можна говорити про те, що як і в попередні роки, інформаційні заходи в колоніях спрямовані передусім на первинну профілактику ВІЛ. Зазвичай, засуджених ознайомлюють з тим, що таке ВІЛ/СНІД, як передається ВІЛ-інфекція та яким чином можна уникнути інфікування ВІЛ.

Аналіз відповідей респондентів за роками свідчить про позитивну тенденцію щодо збільшення частки опитаних, які отримують загальну інформацію про ВІЛ/СНІД. Проте зазначена тенденція не є сталою. Наприклад, у 2007 р., незважаючи на зростання частки поінформованих про ВІЛ/СНІД порівняно з 2004 р., інформацію з ключових питань отримало значно менше респондентів (табл. 1.1.4).

Таблиця 1.1.4

Основні види інформації про ВІЛ/СНІД, яку отримували засуджені в УВП, %

	2004 рік	2007 рік	2009 рік*
1. Про особливості ВІЛ-інфекції та захворювання на СНІД	60	40	80
2. Про шляхи передачі ВІЛ-інфекції	72	55	73
3. Про засоби захисту від ВІЛ-інфекції	62	44	59

* у 2009 р. зазначені варіанти відповідей мали інше формулювання: 1. Що таке ВІЛ/СНІД. 2. Як передається ВІЛ-інфекція. 3. Яким чином можна уникнути інфікування ВІЛ

Позитивною є тенденція щодо активного висвітлення більш широкого кола питань, включаючи толерантне ставлення до людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, лікування ВІЛ-інфікованих, АРВ-терапії. Якщо в 2007 р. 30% засуджених респондентів зазначили, що з ними обговорювали ставлення до ЛЖВС, то у 2009 р. таких вже було 41%⁴. За цей період майже вдвічі зроста

частка опитаних, які отримували інформацію про лікування ВІЛ-інфекції, – з 16% до 30%, у т.ч. про АРВ-терапію: з 11% до 25%. Водночас залишаються превентивні питання, яким під час інформаційних заходів скоріше за все не приділяється належної уваги. Наприклад, у 2009 р. 28% респондентів зазначили, що отримували інформацію про „період вікна”, 30% - про права та обов’язки ВІЛ-інфікованих, 38% - як правильно зберігати та використовувати презервативи.

За типом УВП найбільший спектр інформації про ВІЛ/СНІД/ІПСШ отримували засуджені виховних колоній, найменший – у виправних колоніях для неодноразово засуджених.

Інформаційно-просвітницька робота з питань ВІЛ/СНІД/ІПСШ в установах Державної кримінально-виконавчої служби проводиться в різноманітних формах, а саме, пасивного та активного інформування, заходів привернення уваги до проблеми ВІЛ/СНІД. Серед них, як і в попередні роки, переважає пасивне інформування, яке включає надання інформації про ВІЛ/СНІД за допомогою:

- стендів або плакатів в медсанчастинах;
- стендів або плакатів на території колоній;
- плакатів/ листівок на стінах гуртожитків;
- буклетів/ брошур.

Варто зазначити, що у цьому напрямку докладають зусиль як співробітники колоній, так і представники діючих в колоніях громадських і релігійних організацій.

Показник охоплення засуджених пасивним інформуванням був розрахований як відсоток респондентів, які під час перебування у колонії отримували інформацію про ВІЛ/СНІД/ІПСШ хоча б з одного із вище зазначеного переліку джерел.

Отримані дані засвідчили негативну динаміку охоплення пасивним інформуванням опитаних засуджених. У порівнянні з 2007 р. цей показник знизився на 26% та у 2009 р. склав 53% (рис. 1.1.3). Враховуючи те, що на території усіх УВП, де проводилось дослідження, є наочні матеріали з ВІЛ/СНІД, скоріше за все, низький відсоток охоплення пасивним інформуванням свідчить про ефект звикання респондентів щодо зовнішніх носіїв інформації, які регулярно не оновлюються.

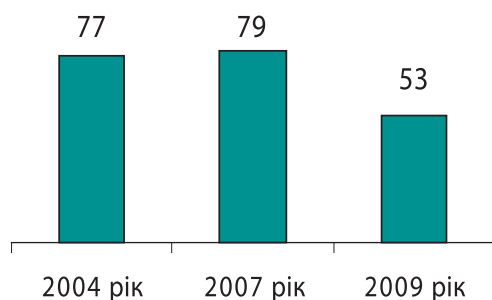


Рис. 1.1.3. Охоплення засуджених пасивним інформуванням, %

Значно рідше у 2009 р. згадують про пасивні форми інформування за-

⁵ Запитання „Яку саме інформацію ВІЛ/СНІД/ІПСШ Ви отримували?” мало певні відмінності у формулюванні варіантів відповідей у дослідженнях різних років. А саме: 2004 р. – „Про ставлення до людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом”, а 2009 р. – „Як ставитись до людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом”. 2007 р. – „Про особливості лікування ВІЛ-інфекції”, а 2009 р. – „Яким чином можна лікувати ВІЛ-інфекцію”. 2007 р. – „Про АРВ-терапію”, а 2009 р. – „Що таке АРВ-терапія”. Формулювання 2009 р. є більш простими і зрозумілими. Певний вплив цього чинника на розподіл відповідей респондентів виключати не можна.

суджені, які перебувають у виправних колоніях (52%), ніж особи, які тримаються у виховних колоніях, (71%). Більшу увагу на зовнішні носії інформації звертають засуджені жінки (61%), ніж чоловіки (51%).

Протягом останніх років неурядові організації завдяки коштам Глобального фонду досить активно впроваджують проекти профілактики ВІЛ в установах КВС. Наприклад, впродовж року з 1.10.2008 р. по 30.09.2009 р. гранти від Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні на реалізацію профілактичної діяльності в 55 установах виконання покарань отримали 19 НУО. Характерним для їх діяльності є застосування різноманітних форм просвітницької роботи із фокусом на активне інформування засуджених щодо ВІЛ/СНІД та інтерактивні заходи із привернення уваги до різних аспектів епідемії. З огляду на це, вперше за період моніторингу до анкети 2009 р. були включені запитання про охоплення засуджених заходами, які були організовані представниками НУО.

Майже половина (45%) опитаних засуджених зазначили, що брали участь в подібних заходах під час ув'язнення. Незначні розбіжності між частками тих, кому пропонували взяти в них участь, і кількістю реальних учасників свідчить про неабиякий інтерес засуджених до таких заходів (табл. 1.1.5). Більшість з опитаних, які не брали участі у заходах НУО, перебували в установах, де проекти вторинної профілактики не впроваджувалися.

Одним із ключових завдань, яке ставлять перед собою співробітники НУО, - це привернення уваги засуджених до проблематики ВІЛ/СНІДу. Для цього застосовуються такі форми, як організація тематичних театральних вистав, спектаклів, творчих конкурсів та занять, спортивних змагань (табл. 1.1.5).

Таблиця 1.1.5

Розподіл відповідей на запитання у 2009 р.: «У яких із нижче зазначених заходах з профілактики ВІЛ/СНІД Вам пропонували взяти участь представники громадських або релігійних організацій?», %

	Пропонували взяти участь	Брали участь
Спеціальні заняття (тренінги), де засуджені обговорюють питання ВІЛ/СНІДу тощо	31	27
Театральні вистави, спектаклі	9	7
Творчі конкурси (підготовка стінгазет, плакатів з теми ВІЛ/СНІДу, малювання, заняття з танців)	9	8
Спортивні змагання	11	11
Заняття груп допомоги, де засуджені обговорюють проблеми, спілкуються	15	16
Спеціальні заняття для волонтерів	11	12
Спеціальні заняття для наркозалежних, які хочуть позбутися наркозалежності	9	9
Інше	3	4
Не пропонували нічого/ не брав/ла участі	50	55

Для визначення охоплення засуджених такими заходами нами було розраховано показник «Відсоток осіб, охоплених заходами привернення уваги до проблематики ВІЛ/СНІД», де враховувалась кількість респондентів, які взяли участь хоча б в одному із зазначених нижче заходів, а саме:

- заняття з танців, малювання;

- театральні вистави, спектаклі;
- творчі конкурси (підготовка стінгазет, плакатів з теми ВІЛ/СНІДу);
- спортивні змагання.

Отже, у 2009 р. зазначеними вище заходами було охоплено 12% засуджених. Значно вищим показник охоплення виявився серед засуджених, що відбувають покарання у виховних колоніях, (30%), тоді, як серед неодноразово засуджених він становив 12%, а вперше – всього 9%.

Важливим напрямком протидії поширенню ВІЛ/СНІД у кримінально-виконавчій системі є активне інформування засуджених. Адже саме цей різновид просвіти вважається більш ефективним видом профілактики. До переліку активних форм інформування про ВІЛ/СНІД під час опитування у 2009 р. було включено:

- лекції про ВІЛ/СНІД;
- індивідуальні консультації медичних працівників, психологів;
- усна інформація від засуджених;
- проповіді/ бесіди представників релігійних організацій;
- відеолекції про ВІЛ/СНІД.

Зазначений перелік був доповнений навчальними заходами, що реалізують у деяких колоніях НУО, а саме:

- тренінги;
- заняття у групах взаємодопомоги;
- заняття для волонтерів;
- заняття для наркозалежних.

Для розрахунку загального показника **«Відсоток осіб, охоплених активним інформуванням»**, враховувались ті респонденти, які брали участь хоча б в одному із зазначених вище заходів.

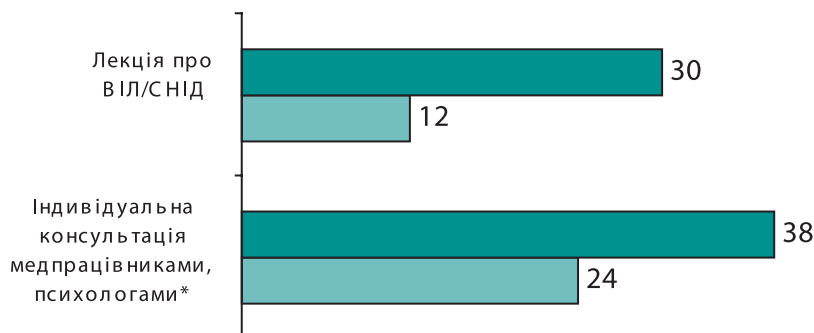
В цілому, усіма видами активного інформування у 2009 р. охоплено 49% опитаних засуджених, у тому числі 61% жінок і 46% чоловіків. Найвищим даний показник виявився у виховних колоніях (70%). Суттєвих розбіжностей між охопленням вперше та неодноразово засуджених, що відбувають покарання у виправних колоніях, не з'ясовано: 48 і 46% відповідно.

Розподіл відповідей за віком опитаних засвідчив, що частіше за всіх у просвітницьких заходах бере участь молодь віком 16-19 років (58%), а найрідше – 20-24 річні засуджені (43%). Серед респондентів віком 25 років і старші активним інформування охоплено 49%.

Нажаль, аналіз даних щодо активного інформування у динаміці обмежений. Через зміни в інструментарії результати опитування 2009 р. неможливо порівняти з даними 2004 р. й лише частково з 2007 р. Виходячи із наявних даних, за останніх два роки вдвічі зросла частка респондентів, які отримали інформацію про ВІЛ/СНІД під час індивідуального консультування: з 12% у 2007 р. до 24% у 2009 р. Поступово зростає і кількість респондентів, які згадують про участь у тематичних лекціях (рис. 1.1.4).

У цілому, за результатами опитування 2009 р., хоча б однією з форм інформування про ВІЛ/СНІД (пасивне, активне інформування або заходи привернення уваги до проблеми ВІЛ/СНІДу) охоплено 68% опитаних засуджених, у тому числі 79% жінок, 66% чоловіків. За типом установ виконання покарань, обсяги просвіти у виховних колоніях (84%) значно випереджають аналогічний показник у виправних для неодноразово (68%) та вперше (65%) засуджених. Найменше охоплені інформуванням щодо ВІЛ/СНІД засуджені віком від 18 до 25 років, які відбувають покарання у виправних колоніях, (55%). Саме на них варто звернути особливу увагу при плануванні подаль-

шої інформаційно-просвітницької роботи. Показник охоплення інформуванням для старшої вікової групи (25 років і старші) засуджених, що відбувають покарання у виправних колоніях, становить 70%.



*у 2007 р. даний варіант відповіді в анкеті був представлений у формі «Індивідуальне консультування».

Рис. 1.1.4. Розподіл відповідей на запитання „В якому вигляді Ви отримували інформацію про ВІЛ/СНІД під час перебування у колонії“, % до тих, хто отримував інформацію про ВІЛ/СНІД/ІПСШ під час відбування покарання

20

Отже, аналіз даних засвідчив активізацію інформаційно-просвітницької щодо ВІЛ/СНІД роботи в установах КСВ у порівнянні з 2004 р. Посилюється вплив активного й дещо зменшуються обсяги пасивного інформування.

Як і в попередні роки, основним джерелом інформації з питань ВІЛ/СНІД для засуджених залишаються медпрацівники колоній. Водночас помітною є тенденція щодо збільшення обсягів інформування засуджених представниками НУО, особливо у виховних і виправних колоніях для вперше засуджених.

У порівнянні з попередніми роками засуджені частіше почали згадувати, що під час профілактичних заходів вони отримували інформацію про більш специфічні питання, а саме щодо лікування ВІЛ-інфікованих, АРВ-терапії та толерантного ставлення до ЛЖВ.

Разом з тим варто враховувати, що участь у інформаційних заходах може бути випадковою/разовою, що не гарантує засвоєння базових знань щодо ВІЛ/СНІДу. До того ж отримання лише інформації не є надійною запорукою попередження ВІЛ-інфекції серед засуджених.

1.2. Розповсюдження безплатних презервативів та дезінфектантів

Важливою складовою профілактичних щодо ВІЛ/СНІД заходів в установах кримінально-виконавчої служби є забезпечення засуджених засобами індивідуального захисту: презервативами, дезінфікуючими розчинами. Донедавна розповсюдження безкоштовних презервативів здійснювалось лише неурядовими організаціями як компонент програм зменшення шкоди, а доступ засуджених до дезінфекційних засобів забезпечувався за рахунок бюджетних коштів. Завдяки позиці Світового Банку впродовж 2009 р. Держдепартаментом централізовано закуплено і передано до установ майже 600 тисяч презервативів для подальшого їх безкоштовного розповсюдження в УВП.

Доступність презервативів

Не зважаючи на значну кількість переданих в установи КВС презервативів, яка могла б належним чином задовольнити потреби засуджених, лише 22% респондентів зазначили, що протягом останніх 12 місяців отримували презервативи. Це вдвічі більше, ніж у 2007 р., коли таких було лише 11%. Як і в попередні роки, більш доступними презервативи залишаються для чоловіків (25%), ніж для жінок (15%) (рис. 1.2.1).

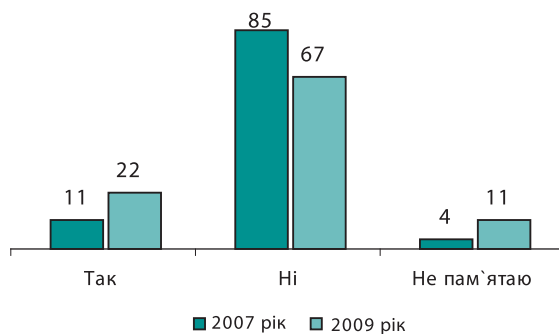


Рис. 1.2.1. Розподіл відповідей на запитання: „Чи отримували Ви протягом останніх 12 місяців безоплатно презервативи?“, %

21

Про нестабільність у забезпеченні презервативами свідчить те, що частка опитаних засуджених, які отримували презервативи протягом останнього року, суттєво зростає зі збільшенням терміну перебування їх у колонії: з 10% для тих, хто перебуває у колонії менше 3 місяців, до 26% - 2 і більше роки.

Аналіз доступу до презервативів свідчить про відсутність розбіжностей з-поміж виправних колоній для вперше та неодноразово засуджених. Що стосується виховних колоній, то лише 1 респондент із цих установ (1%) отримав протягом останнього року безоплатний презерватив. Цілком ймовірно, що розповсюдження презервативів у виховних колоніях не передбачено програмами профілактики ВІЛ/СНІД.

В цілому, серед усіх опитаних у ході дослідження засуджених лише 11% мають постійний доступ до презервативів, тобто знають де та за яких умов, у разі необхідності, можна взяти презерватив в УВП. Серед тих, хто отримував в установі КВС протягом останніх 12 місяців презерватив таких половина (56%). Інші ж вказали, що презервативи видають з певною регулярністю (табл. 1.2.1).

Таблиця 1.2.1

Розподіл відповідей на запитання: «Як часто Ви отримуєте безоплатні презервативи?», % до тих, хто отримував протягом останніх 12 місяців презервативи (n=252)

	2009 рік		
	Жінки	Чоловіки	Всього
Один раз на тиждень та частіше	4	18	17
Кілька разів на місяць	8	16	15
Рідше одного разу на місяць	31	11	13
У разі необхідності, я завжди можу взяти презерватив	58	56	56

За даними опитування, чоловіки мають більш регулярний доступ до презервативів, особливо ті, хто відбував покарання неодноразово. В УВП, де відбувають покарання засуджені чоловіки, третина (34%) повідомила про практику отримання презервативів з частотою від одного разу на тиждень до кількох разів на місяць, тоді як серед жінок таких було 12% (табл. 1.2.1). Наявні розбіжності частково можна пояснити значно меншою потребою жінок у презервативах. Проте з огляду на високі показники інфікування ВІЛ саме у жіночих ВК найбільш прийнятною була б для респонденток відповідь «у разі необхідності, я завжди можу взяти презерватив».

Зазвичай в установах застосовуються кілька шляхів розповсюдження презервативів. Частіше за все їх можна взяти з коробки у медсанчастині колонії (35%) або у представника громадської організації (31%). Значно рідше презервативи отримують від працівників колонії (18%), інших засуджених зі свого відділення (12%) або під час відвідування лазні або ларьку (10%). Рідше за іншого опитані засуджені згадували кімнати для довгострокових побачень (8%) як місце, де можна було взяти презерватив. Одиницям їх приносили родичі під час побачень (2%).

Моделі розповсюдження презервативів в установах КВС, де відбувають покарання жінки та чоловіки, мають певні розбіжності. Засуджені чоловіки отримували презервативи від представників громадських організацій (22%), так і в інші способи, що застосовують працівники Департаменту для розповсюдження цих засобів, наприклад, із коробки у медсанчастині (29%) або лазні/ ларьку. Засудженим жінкам головним чином презервативи потрапляють від представників громадських організацій. Лише по одній жінці було серед тих, хто брав презервативи в кімнаті для довгострокових побачень або в медсанчастині. Скоріше за все, це свідчить про те, що централізовано закупленими презервативами здебільшого були забезпечені УВП, де тримаються засуджені чоловіки.

Важливим з огляду на профілактику ВІЛ/СНІД/ІПСШ в умовах установ виконання покарань є організація вільного доступу до презервативів у кімнатах для довгострокових побачень. Але двом із трьох опитаних засуджених (65%) не відомо, чи є там презервативи. Зрозуміло, що чимало засуджених втрачають соціальні зв'язки або взагалі не мають подружжя. Тому був проведений аналіз відповідей респондентів, яких впродовж останніх півроку перебування в УВП відвідували із довгостроковими побаченнями жінка/чоловік. Таких виявилось 11% або 141 респондент, які перебували у 25 УВП. Більшість з них або не знають, чи є у кімнатах для побачень презервативи, (40%), або заперечують їх наявність (36%). Лише 20% із зазначеної групи опитаних дали ствердну відповідь, а саме що презервативи зазвичай є в кімнатах для побачень. Причому у 8 установах виконання покарань (7 з них чоловічі) не виявилось жодного респондента, який би підтвердив наявність презервативів у кімнатах для побачень. У решті УВП (17) засуджені із цільової групи обирали як ствердні відповіді, так і ті, що спростовують наявність презервативів в кімнатах для побачень, або «не знаю». Це свідчить, з одного боку, про погане інформування засуджених стосовно доступності безоплатних презервативів, з іншого – про проблеми в її забезпеченні у значній кількості УВП (рис. 1.2.3).



Рис. 1.2.3. Розподіл відповідей за статтю на запитання: «Чи є у кімнатах для довгострокових побачень безоплатні презервативи», %

Взагалі, за даними опитування, у сексуальні зносини із подружжям або іншими засудженими за останні півроку вступало 14% опитаних. Лише третина (34%) з них впродовж цього періоду отримували хоча б один безоплатний презерватив. Водночас чимало презервативів потрапляють до засуджених, які тривалий період не вступають у сексуальні контакти. Наприклад, впродовж останніх 6 місяців таких було 78% від усіх, хто отримував презервативи. Це свідчить про недоліки в існуючій моделі розповсюдження безоплатних презервативів в УВП. Адже часто вони опиняються у засуджених, яким презервативи взагалі не потрібні, тоді, як до більшості сексуально активної частини засуджених презервативи залишаються недоступними.

Доступність дезінфектантів

Децю схожою є ситуація із доступом засуджених до дезінфектантів, якими можна обробляти приладдя для гоління, манікюру, татуювання, іншого інструментарію, що контактує із кров'ю й втім за умов спільного користування становить загрозу передачі ВІЛ-інфекції, гепатитів В, С, інших інфекцій. Відповідно до відомчих документів, дезрозчинами мають бути забезпечені усі відділення СПС. Тому, занепокоєння викликають відповіді частини респондентів, які вважають, що дезінфектанти їм не доступні або вкрай рідко доступні. Можливо, що не всі засуджені знають про наявність дезрозчинів у відділеннях або хотіли б мати ці деззасоби в індивідуальній упаковці, наприклад, стерильні салфетки, які раніше дозволялось закуповувати НУО в межах реалізації програм зменшення шкоди. Разом з тим не виключеною є ситуація, що в деяких колоніях такими розчинами забезпечені не усі відділення через брак бюджетних коштів.

За результатами дослідження, для третини опитаних засуджених безоплатні дезінфектанти є доступними, у тому числі завжди – для 22% та інколи – 8% респондентів. Натомість недоступними вважають дезінфікуючі розчини 41% опитаних засуджених. Звертає на себе увагу 29%, які взагалі не зрозуміли, про які дезінфектанти йдеться в запитанні.

Молодь віком 16-19 років (40%) частіше схильна вважати дезінфектанти доступними, ніж ті, кому 25 і більше років (19%). Ймовірно, що для молодих засуджених дезінфікуючі засоби є більш актуальними, ніж для доросліших, або саме молодь активніше інформується з питань профілактики інфікування ВІЛ та інших інфекцій, які передаються через кров.

Таким чином, на відміну від ситуації з презервативами, дезінфікуючі засоби найбільш доступні для засуджених, що відбувають покарання у виховних колоніях, (50%), найменше - ВК для вперше засуджених (14%). Серед установ, де засуджені відбувають покарання неодноразово, цей показник склав 27% (рис. 1.2.4).

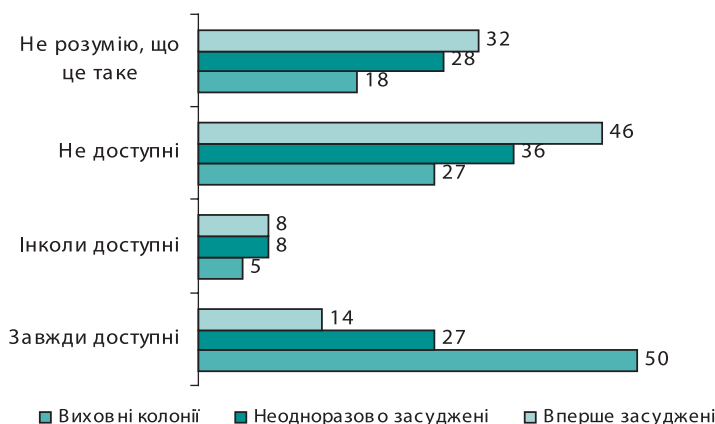


Рис. 1.2.4. Розподіл відповідей УВП на запитання: «Чи доступні Вам безплатні дезінфікуючі розчини, якими Ви можете обробити леза для гоління, шприці тощо», за типом, %

Виходячи із отриманих відповідей, значно більше уваги питанням доступності дезінфектантів Департамент приділяє в установах, де тримаються засуджені чоловіки. Завжди або інколи доступними дезінфектанти є для третини (32%) опитаних чоловіків. У жіночих колоніях цей показник майже вдвічі нижчий (18%).

Таким чином, попри позитивну тенденцію щодо значного покращення забезпечення засуджених засобами індивідуального захисту, значна частина осіб, які тримаються в УВП, вважають, що вони не мають вільного доступу до дезінфектантів (дві третини опитаних) і презервативів (отримували 22% респондентів протягом останнього року). Чоловіки значно частіше отримували засоби індивідуального захисту, ніж жінки. Вкрай обмеженим є доступ до презервативів осіб, які тримаються у виховних колоніях. Проте в цих установах засуджені мають найкращий доступ до дезінфектантів.

Нагальною є потреба щодо покращення інформування засуджених про те, що таке дезінфектанти, умови їх застосування, можливості отримання безкоштовних презервативів, надання конкретних практичних порад щодо зниження ризику інфікування ВІЛ/ПСС та іншими інфекціями, що передаються через кров, в умовах КВС. Співробітникам УВП спільно з представниками ВІЛ-сервісних НУО також варто переглянути моделі розповсюдження презервативів, віддати перевагу тим, які забезпечують їх максимальну доступність, враховуючи психологічні особливості засуджених, наприклад, використовувати контейнери з презервативами у лазнях, туалетних кімнатах і ларьках.

1.3. Добровільне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію

В рамках заходів у відповідь на епідемію ВІЛ/СНІДу в установах Державної кримінально-виконавчої системи актуальним є мотивування засуджених до добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію. Передумовою для прийняття засудженими усвідомленого рішення про проходження ДКТ є якісне інформування медичними працівниками і представниками ВІЛ-сервісних організацій про умови і переваги отримання цих послуг.

Аналіз наявних даних засвідчив негативну тенденцію щодо зменшення частки обізнаних про те, де можна пройти тестування на ВІЛ-інфекцію. Якщо у 2007 р. 68% опитаних засуджених знали про місця та умови проходження ДКТ, то у 2009 р. таких виявилось на 11% менше (57%). Найменш обізнані з цього питання засуджені віком 16-19 років, які тримаються у виправних колоніях, (40%)⁶, найкраще - молодь, яка відбуває покарання у виховних колоніях, 75%.

В цілому по масиву даних 2009 р. будь-коли проходили тестування на ВІЛ 44% засуджених, у т.ч. 44% засуджених, які тримаються у виправних колоніях, 37% - у виховних. Таким чином, показник охоплення послугами ДКТ протягом всього періоду моніторингу майже не змінився, адже у 2004 р. він становив 41%, а у 2007 р. – 44%.

Відносна кількість осіб із представників уразливих груп, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останнього року і знають свій результат, на думку національних і міжнародних експертів, відноситься до важливих характеристик національної відповіді на епідемію. Тому цей показник включений до переліку національних, за якими Україна кожні два роки звітує міжнародній спільноті про ефективність заходів з протидії епідемії ВІЛ/СНІД. Він розраховується окремо для кожної із уразливих до ВІЛ-інфікування груп, зокрема для засуджених (табл. 1.3.1).

Отже, протягом останніх 12 місяців 12% опитаних засуджених пройшли тестування на ВІЛ та одержали його результати. Для жінок цей показник становить 17%, для чоловіків – 11%. Розбіжностей за віковими групами немає: значення цього показника для 16-24-річних респондентів становить 11%, для осіб віком 25 років і старше – 12% (табл. 1.3.1).

Таблиця 1.3.1

Обчислення національного показника №8 «Відсоток осіб, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати, серед засуджених»

Чисельник	Жінки		Чоловіки		Всього	
	осіб	%	осіб	%	осіб	%
1. Чи робили Ви протягом останніх 12 місяців тест на ВІЛ	40	20	147	15	187	16
2. Ми не запитуємо про результат тесту на ВІЛ, але чи отримали Ви його	88	44	270	27	358	30
3. Кількість респондентів, які дали відповідь „так” на запитання 1 і 2	34	17	105	11	139	12

⁶ При розрахунку загальних показників за 2009 рік не враховувалися дані по виховних колоніях, оскільки в ході дослідження 2004 та 2007 років вони до вибірки не включалися. Відповіді респондентів виховних колоній проаналізовані окремо.

За 2004–2009 рр. цей показник виявився найнижчим, причому, порівняно із 2007 р., коли він становив 25%, зменшення відбулось майже вдвічі. Рівень охоплення послугами ДКТ міг би бути значно вищим, якщо б досліджуваний період не був обмежений 12 місяцями: 44% опитаних протягом останніх кількох років проходили ДКТ, з їх числа два із трьох знають свій результат.

Водночас значення національного показника, розрахованого на основі відповідей засуджених, нижче від офіційних даних щодо охоплення тестуванням. Відповідно до них, впродовж року ДКТ пройшло 20% осіб, які відбувають покарання в установах КВС України. Можливо, що саме на них припадає більшість «відмов» взяти участь в дослідженні, адже мотивація до повторного проходження тестування впродовж одного року має бути досить сильною. Варто також згадати про певні об'єктивні чинники затримок в процесі з-поміж взяттям зразків крові у засуджених і їх ознайомленням із лабораторними результатами: чималу віддаленість багатьох УВП від обласних або Українського центру профілактики і боротьби зі СНІД, нестабільне відомче фінансування витрат на охорону здоров'я Департаментом тощо.

Серед опитаних засуджених, які коли-небудь проходили тестування на ВІЛ, переважна більшість (71%) останнього разу проходила його в УВП. Третина (27%) респондентів зазначили, що тестувалися до ув'язнення. Серед них частіше зустрічаються ті, хто відбуває покарання відносно недовго (до 6 місяців). Не пам'ятають, де проходили ДКТ, 2% опитаних.

З віком частка засуджених респондентів, хто проходив впродовж життя тестування до ув'язнення, дещо збільшується. Якщо серед 16-19 річних таких 14%, то тим, кому 25 років і більше, вже 29%.

У 2009 р. перелік основних запитань щодо проходження ДКТ був розширений. Нові індикатори дають можливість провести аналіз умов проходження респондентами тестування на ВІЛ, а саме дотримання принципу добровільності та наявності до- та післятестового консультування.

Отримані дані засвідчили, що як до ув'язнення, так і в умовах перебування в установах КВС, принцип добровільності під час тестування на ВІЛ-інфекцію, за оцінками респондентів, зазвичай дотримується. Лише 2% засуджених, які коли-небудь проходили тестування на ВІЛ, вважають, що їх примусили до цього. Переважна більшість (80%) проходили ДКТ не лише добровільно, а за власною ініціативою, 11% зробили діагностику за направленням лікаря. Решта (7%) не пам'ятають, за яких умов проходило тестування.

Статистично значущих розбіжностей про мотиви тестування у відповідях респондентів, які проходили ДКТ в УВП, та тих, хто це робив за межами колонії, немає.

Згідно з Протоколом проведення ДКТ, окрім безпосереднього забору крові, з пацієнтом обов'язково проводиться як до-, так і післятестове консультування. У рамках дотестового консультування лікар має пояснити пацієнту, що означає „позитивний” та „негативний” результат тесту. При отриманні результатів під час післятестового консультування пацієнту повторно нагадують про відмінності між „позитивним” та „негативним” результатом, а також в залежності від визначеного ВІЛ-статусу пояснюють, як слід себе поводити.

Серед тих, хто коли-небудь проходив тестування на ВІЛ, отримали дотестове консультування 69% опитаних засуджених, не отримали – 19%, утруднились з відповіддю 12%. Частіше без основної інформації, що має бути надана, опинялися пацієнти, які проходили тестування в УВП, (22%), рідше ті, хто його проходив до ув'язнення, (12%).

Післятестове консультування отримало менше респондентів, ніж дотестове – 62%, у тому числі 76% з тих, хто уже знає свій результат тесту. Не

отримали відповідну інформацію 9% серед респондентів, які проходили тестування до ув'язнення, та 16% - хто тестувався в колонії.

Результати опитування засвідчили, що незалежно від місця проходження респондентами ДКТ основна інформація в рамках до- та післятестового консультування здебільшого надається. Разом з тим, в УВП частіше, ніж „на волі”, можна стикнутися із випадками неякісного консультування. Разом з тим, варто нагадати про складність консультативної роботи із контингентом засуджених через їх психо-соціальні особливості, включаючи низький освітній рівень, недовіру та упередження до персоналу УВП, поширені острахи і фобії тощо. Також слід враховувати брак медичного персоналу в установах КВС і високу інтенсифікацію праці лікарів-консультантів з питань ВІЛ/СНІД, функції яких досить часто покладені на начальників медсанчастин УВП.

Важливим з огляду на формування прихильності до проходження ДКТ є аналіз мотивації засуджених, а також причин, що стали перешкодою до діагностики. За отриманими даними, для значної частини засуджених (не менше 33% від респондентів, які проходили ДКТ) рішення пройти ДКТ не було свідомим вибором (рис. 1.3.1). Саме кожен третій обрав відповідь «навколо багато хворих, про всяк випадок». Більш популярною є ця відповідь у чоловіків (34%), ніж жінок (26%), а також серед молоді. Якщо серед 16-19 річних респондентів цей варіант обрали 40%, то серед тих, кому 25 і більше років, – 31%.



Рис. 1.3.1. Розподіл відповідей на запитання: «Чому Ви вирішили пройти тестування на ВІЛ? (мова йде про випадок, коли Ви тестувалися на ВІЛ останній раз до цього опитування)», % тих, хто коли-небудь проходив тестування на ВІЛ (n=569)

Рідше засуджені пов'язують своє рішення із власною ризикованою поведінкою, наприклад, досвідом вживання наркотиків (23%) або незахищеними сексуальними контактами (4%). Частіше усвідомлюють загрозу інфікування ВІЛ жінки, які мають досвід вживання наркотиків, (30%), ніж чоловіки з таким досвідом (21%), а також респонденти старші 25 років (25%).

Результати опитування засвідчили, що у 18% респондентів поштовхом до проходження ДКТ стало направлення лікаря під час лікування. Цей варіант частіше обирали респонденти віком 16-19 років.

Менш вагомими для опитаних засуджених стали інші причини, наприклад, етична мотивація, зокрема побоювання заразити жінку/чоловіка (11%).

Разом з тим, серед основних причин, які стали на заваді пройти тестування на ВІЛ у місцях позбавлення волі (СІЗО, УВП), виявились несформована потреба (40%), брак відповідної пропозиції (31%) та власна необізнаність з цих питань (14%) (рис. 1.3.2).



Рис. 1.3.2. Розподіл відповідей на запитання: «Якщо Ви раніше не проходили тестування на ВІЛ, то чому Ви не зробили цього у місцях позбавлення волі (СІЗО, УВП)», % тих, хто ніколи не проходив тестування на ВІЛ (n=731)

Найрідше опитані зазначали такі причини, як побоювання дізнатися свій ВІЛ-статус (4%), розголосу інформації щодо цього (1%) та негативний досвід відмов (2%).

Чоловіки частіше схильні обирати варіант «не було потреби» (41%) тоді, як жінки – «не пропонували» (40%).

Отже, формування мотивації щодо усвідомленого проходження ДКТ у осіб, які тримаються в установах виконання покарань, залишається актуальним завданням відповіді на епідемію у кримінально-виконавчій системі. При цьому особливу увагу варто звернути на молодих чоловіків, які відбувають покарання у виправних колоніях. Попри поширеність серед 16-19-річних засуджених осіб з досвідом ризикованої поведінки, саме серед них найменшою є кількість обстежених й тих, хто приймав свідомі рішення про проходження ДКТ. Нагальною виявляється і потреба у покращенні якості до- й **особливо післятестового консультування засуджених**, прискорення процесу ознайомлення засуджених із результатом тестування через оптимізацію логістики доставки зразків крові до лабораторій й повернення результатів аналізів.

1.4. Охоплення засуджених профілактичними програмами

Одне із головних завдань дослідження полягало в оцінці охоплення засуджених профілактичними програмами – одного із показників ССГАООН, який входить до національного звіту із виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. За методикою ЮНЕЙДС, для розрахунку цього показника визначається кількість засуджених, які знають, де можна пройти добровільне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію, і разом з тим, протягом останніх 12 місяців отримували презервативи, у тому числі від громадських організацій (табл. 1.4.1).

Відсоток засуджених, охоплених профілактичними програмами, у 2009 р. становив 15%, що майже вдвічі більше, ніж у 2007 р., коли він дорівнював

8%. Значний прогрес за цим показником досягнутий завдяки суттєвому покращенню забезпечення установ КВС презервативами за рахунок коштів Глобального фонду і позики, наданої Україні Світовим банком. Якщо у 2007 р. лише 11% опитаних отримували протягом останніх 12 місяців хоча б один безкоштовний презерватив, то у 2009 р. таких було 21%. Водночас частка засуджених, які знають, де можна пройти добровільне тестування на ВІЛ, скоротилась від 67% 2007 року до 58% у 2009 р.

Таблиця 1.4.1

Розрахунок національного показника №9 „Відсоток осіб, яких охоплено профілактичними програмами, серед засуджених“

Чисельник	Жінки		Чоловіки		Всього	
	2007	2009	2007	2009	2007	2009
1. Чи знаєте Ви, де можна пройти добровільне тестування на ВІЛ?	64	65	68	57	67	58
2. Чи отримували Ви презервативи протягом останніх 12 місяців, у тому числі від громадських організацій	3	15	13	22	11	21
3. Частка респондентів, які дали відповідь „так” на запитання 1 і 2	1	13	10	16	8	15

Хоча жінки краще, ніж чоловіки обізнані про місця, де можна пройти тестування, рівень охоплення профілактичними програмами засуджених чоловіків є вищим (16%), ніж жінок (13%). Це пов'язано із кращим забезпеченням чоловічих виправних колоній безкоштовними презервативами. За віковими групами значимих розбіжностей не спостерігається: рівень охоплення 16-24-річних засуджених становить 14%, засуджених віком 25 років і старші – 16%.

Отримані дані свідчать про позитивну тенденцію щодо збільшення відсотку засуджених, охоплених профілактичними заходами. Водночас обсяги охоплення залишаються недостатніми. При цьому особливої уваги потребують покращення доступу засуджених, особливо жінок, до безкоштовних презервативів і поліпшення якості інформування засуджених про умови і порядок проходження ДКТ в установах Державної кримінально-виконавчої служби.

Проте, на нашу думку, методика ЮНЕЙДС не досить точно відображає мінімальний обсяг профілактичних заходів, необхідних для відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу в установах виконання покарань. Дискусійним є включення до розрахунку національного показника охоплення засуджених профілактичними щодо ВІЛ/СНІД заходами індикатору „кількість засуджених, які знають, де можна пройти добровільне тестування на ВІЛ”. Адже, він є лише одним з елементів санітарної просвіти, в рамках якої обов'язковим є також надання інформації про шляхи передачі ВІЛ, методи запобігання інфікуванню тощо. Разом з тим, у числі респондентів, яким відомо, де можна пройти ДКТ на ВІЛ-інфекцію, можуть опинитися ті, хто мав на увазі і колонію, і/або „волю”. Тому запитання про добровільне тестування в УВП не варто включати до розрахунку національного показника.

Аналогічною є ситуація із включенням до розрахунку національного показника охоплення профілактичними програмами індикатору „кількість засуджених, які отримували інформацію про ВІЛ/СНІД під час перебування у виправній колонії”. Адже, інформацію про різні аспекти ВІЛ/СНІДу (шляхи

передачі, методи запобігання тощо) засуджені можуть отримувати в розмові з іншими засудженими, родичами, які їх відвідують, працівниками колонії, які не пройшли спеціальну підготовку з інформування засуджених щодо цих питань. Тобто така інформація може бути неповною або недостовірною.

Тому більш показовим, на нашу думку, індикатором може бути кількість засуджених, які отримували друковані інформаційні матеріали з проблем ВІЛ/СНІДу та ІПСШ (буклети, брошури) або проходили індивідуальне консультування із спеціалістом у ВК.

Отже, в обчисленні національного показника «Відсоток осіб, яких охоплено профілактичними програмами серед засуджених», на нашу думку, мають враховуватись:

- кількість засуджених, які отримували за останні 12 місяців презервативи;
- кількість засуджених, які отримували буклет/брошуру про ВІЛ/СНІД та ІПСШ, або проходили індивідуальне консультування з цього приводу.

За результатами проведеного дослідження, відсоток засуджених, які отримували презервативи, і, разом з тим, друковані матеріали з ВІЛ/СНІД або індивідуальну консультацію, у порівнянні з 2007 роком збільшився вдвічі – з 6% до 12% у 2009 р. На відміну від попереднього року, практично не значущими виявились розбіжності між охопленням профілактичними програмами жіночих та чоловічих ВК – 13 та 10% відповідно.

Значущих розбіжностей за типом колоній (для вперше та неодноразово засуджених) за розрахованим показником не зафіксовано. Виключення становлять виховні колонії, де не виявилось жодного охопленого профілактичними програмами опитаного засудженого, передусім через відсутність серед респондентів тих, хто протягом останніх 12 місяців отримував презерватив.

Отримані нами дані щодо охоплення профілактикою хоча і є дещо нижчими за аналогічні, розраховані за методикою ЮНЕЙДС (12% проти 15%), але вони, на нашу думку, більш точно відображають рівень доступу осіб, які тримаються в установах Державної кримінально-виконавчої служби України, до мінімального пакету профілактичних щодо ВІЛ/СНІД заходів.

2. Поінформованість засуджених щодо ВІЛ/СНІД та ставлення до ЛЖВС

2.1. Рівень знань засуджених про ВІЛ/СНІД та ІПСШ

Поінформованість 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.

Що стосується зниження ризику інфікування ВІЛ статевим шляхом, то респонденти досить добре обізнані про захисні властивості презервативів (86%). Помітно менше опитаних (66%) погодились з тим, що зменшити ризик інфікування можна також, обмеживши свої сексуальні контакти одним вірним неінфікованим партнером. Відносно низький відсоток правильних відповідей на це запитання пов'язаний із особливостями подачі просвітницької інформації контингенту осіб, які перебувають в установах Державної кримінально-виконавчої служби. У зв'язку з тим, що значна частка засуджених має досвід ризикованої поведінки і не має постійних статевих партнерів, у них формують настанови на відмову від незахищеного сексу.

Переважна більшість ствердних відповідей про необхідність регулярно використовувати презервативи задля зменшення ризику інфікування ВІЛ стосується лише вагінальних сексуальних контактів. Про те, що ВІЛ передається під час орального сексу або анальних сексуальних контактів без використання презервативів, знають відносно менше: 71% та 73% опитаних відповідно.

Рівень поінформованості респондентів про те, що наявність у людини ІПСШ підвищує ризик інфікування ВІЛ, порівняно з рештою запитань, присвячених профілактиці ВІЛ/СНІДу, є помітно нижчим і становить 55%.

В цілому засуджені досить добре обізнані щодо ін'єкційного шляху інфікування ВІЛ та дещо менше – про передачу ВІЛ-інфекції від матері до дитини. Зокрема, понад 90% опитаних знають про те, що ВІЛ передається при спільному використанні шприців та голки для внутрішньовенних ін'єкцій (92%) або через нестерильний інструментарій для татуювання (93%). Щоправда, про можливість інфікуватися ВІЛ через спільні інструменти та матеріали для приготування наркотику або його розчину знає істотно менше респондентів – 73%. Про те, що ВІЛ передається від ВІЛ-позитивної матері до її майбутньої дитини, відомо 81% респондентів.

Актуальними залишаються також деякі хибні уявлення про ВІЛ/СНІД. Зокрема, 78% респондентів знають, що ВІЛ-інфікована людина може виглядати здоровою, решта це заперечує (9%) або вагається з відповіддю (13%). Певна частина засуджених поділяє

стереотипи про можливість інфікування ВІЛ побутовим шляхом, зокрема, через спільне користування посудом або туалетом/банею із ВІЛ-інфікованою людиною (11%) або через укуси комах (14%). Натомість знають, що ВІЛ подібним чином не передається, 74-77% та 67% опитаних відповідно.

З метою порівняльного та комплексного аналізу рівня поінформованості засуджених щодо ВІЛ/СНІД були розраховані національний та інтегральний показники знань. Зокрема, частка засуджених, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ та знають, як він не передається (національний показник №14⁶) становить 41%. Це свідчить, що рівень знань засуджених порівняно із 2007 р., коли він складав 42%, істотно не змінився. Разом з тим спостерігається підвищення рівня знань засуджених жінок, який у 2009 році становив 43%, що більше на 5% рівня 2007 р. Серед чоловіків цей показник впродовж двох років майже не змінився і становить 41% (у 2007 р. – 43%). Як і раніше, засуджені віком 16 – 24 роки демонструють нижчий рівень поінформованості (38%), ніж особи віком 25 років і старші (43%). При цьому, для виховних колоній вказаний показник складає 54%, тоді як для ВК для вперше та неодноразово засуджених – 41% та 40% відповідно. Найгірші знання мають засуджені віком 18-24 роки, які перебувають у виправних колоніях. Для зазначеної групи національний показник знань становить 38%.

Більш точно характеризує рівень поінформованості засуджених інтегральний показник. Він розраховувався як частка респондентів, які правильно відповіли на 13 запитань⁷ стосовно шляхів передачі та способів профілактики ВІЛ-інфекції. В цілому по масиву він становить 13%, при чому значимих розбіжностей між чоловіками (14%) і жінками (12%) не виявлено. Найбільш обізнаними виявилися респонденти віком 36-50 років, а найменш обізнаними – 18-25-річні; значення інтегрального показника для цих груп становить 20% та 9% відповідно. Для неодноразово засуджених цей показник є дещо вищим (17%), ніж для вперше засуджених (11%). Досить низьким є інтегрований показник у виховних колоніях (7%) за рахунок того, що частка правильних відповідей на одне із 13 запитань – щодо підвищеного ризику інфікування ВІЛ для людей, які вже мають ІПСШ, – була істотно нижчою, ніж у «дорослих» колоніях.

Проаналізуємо більш детально рівень поінформованості засуджених залежно від демографічних і соціальних ознак. За окремими типами УВП, у засуджених, які перебувають у виховних колоніях, рівень знань за більшістю запитань є вищим, ніж у засуджених виправних колоній. Це пояснюється більшими обсягами просвітницької роботи персоналу і, можливо, впровадженням інтерактивної учбової програми з питань ВІЛ/СНІДу у виховних колоніях, реалізованої за підтримки ЮНІСЕФ (табл. 2.1.1).

⁶ Розраховується на основі 5 запитань. Більш детально див. Додаток 2.

⁷ Ці питання містяться у таблицях 2.1.1-2.1.3.

Рівень знань засуджених щодо ВІЛ/СНІДу, за типом колонії,
% правильних відповідей

ПОКАЗНИК	Вперше засуджені (n=650)	Неодноразово засуджені (n=550)	Виховні колонії (n=100)
Ризик інфікування ВІЛ можна знизити, якщо мати статеві контакти з одним вірним неінфікованим партнером*	65	65	72
Ризик інфікування ВІЛ можна знизити, якщо правильно використовувати презерватив під час кожного сексуального контакту*	85	89	83
Здорова на вигляд людина може бути ВІЛ-інфікованою*	77	78	85
Не можна інфікуватися ВІЛ через укуси комах	66	64	85
Не можна інфікуватися ВІЛ, якщо пити з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною*	76	76	88
Не можна інфікуватися ВІЛ через спільне користування туалетом/банею з ВІЛ-інфікованою людиною*	73	73	92
Можна інфікуватися ВІЛ через спільне користування ін'єкційним інструментарієм з ВІЛ-інфікованою людиною	92	92	90
ВІЛ може передаватися від вагітної ВІЛ-позитивної жінки до її майбутньої дитини	82	78	90
Людина, у якої є сифіліс або гонорея, має більший ризик інфікування ВІЛ	55	60	37
ВІЛ може передаватися через спільні інструменти та матеріали для приготування наркотику, розчину наркотику	71	74	74
Можна інфікуватися ВІЛ під час оральних сексуальних контактів без використання презерватива	69	74	74
Можна інфікуватися ВІЛ під час анальних сексуальних контактів без використання презерватива	70	75	78
Можна інфікуватися ВІЛ, якщо використовувати нестерильні інструменти для татування	92	93	94
Національний показник*	41	40	54
Інтегральний показник**	11	17	7

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

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

Зокрема, респонденти із виховних колоній значно краще обізнані із таким шляхом поширення ВІЛ як передача від матері до дитини, частіше заперечують популярні стереотипні твердження щодо можливості інфікуватися ВІЛ побутовим шляхом та щодо того, що здорова на вигляд людина не може

бути ВІЛ-інфікованою. Єдине запитання, щодо якого рівень обізнаності серед дорослих засуджених виявився істотно вищим, ніж серед респондентів із виховних колоній, стосувалося підвищення ризику інфікування ВІЛ у випадку, якщо людина вже має ЗПСШ. Водночас між вперше та неодноразово засудженими істотних відмінностей практично не виявлено.

Аналіз рівня знань респондентів за гендерною ознакою свідчить, що в цілому рівень знань чоловіків і жінок у 2009 р. був приблизно однаковим, хоча щодо частини запитань жінки демонструють невелику перевагу порівняно із чоловіками. Винятком є лише поінформованість про те, що регулярне використання презервативів допомагає зменшити ризик інфікування ВІЛ, а також про те, що ВІЛ передається при незахищених анальних сексуальних контактах. Останні показники є дещо вищими для чоловіків (табл. 2.1.2)

Таблиця 2.1.2

Рівень знань засуджених щодо ВІЛ/СНІДу, за статтю, % правильних відповідей

ПОКАЗНИК	Чоловіки (n=1100)	Жінки (n=200)
Ризик інфікування ВІЛ можна знизити, якщо мати статеві контакти з одним вірним неінфікованим партнером*	66	64
Ризик інфікування ВІЛ можна знизити, якщо правильно використовувати презерватив під час кожного сексуального контакту*	87	81
Здорова на вигляд людина може бути ВІЛ-інфікованою*	77	82
Не можна інфікуватися ВІЛ через укуси комах	66	72
Не можна інфікуватися ВІЛ, якщо пити з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною*	76	79
Не можна інфікуватися ВІЛ через спільне користування туалетом/банею з ВІЛ-інфікованою людиною*	75	71
Можна інфікуватися ВІЛ через спільне користування ін'єкційним інструментарієм з ВІЛ-інфікованою людиною	91	96
ВІЛ може передаватися від вагітної ВІЛ-позитивної жінки до її майбутньої дитини	79	89
Людина, у якої є сифіліс або гонорея, має більший ризик інфікування ВІЛ	55	60
ВІЛ може передаватися через спільні інструменти та матеріали для приготування наркотику, розчину наркотику	72	78
Можна інфікуватися ВІЛ під час оральних сексуальних контактів без використання презерватива	72	69
Можна інфікуватися ВІЛ під час анальних сексуальних контактів без використання презерватива	74	65
Можна інфікуватися ВІЛ, якщо використовувати нестерильні інструменти для татуювання	92	95
Національний показник*	41	43
Інтегральний показник**	14	12

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

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

Динаміка рівня знань за роками є неоднозначною, проте за більшістю окремих індикаторів виявляється тенденція щодо його зростання. Зокрема, це стосується обізнаності про підвищений ризик інфікування для людей, які вже мають ЗПСШ, можливості передачі ВІЛ через спільні інструменти та матеріали для приготування наркотику або нестерильні інструменти для татуювання, а також стереотипів про можливість інфікуватися ВІЛ побутовим шляхом або через укуси комах (табл. 2.1.3).

Таблиця 2.1.3

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

ПОКАЗНИК	2004 р.	2007 р.	2009 р. ⁸
Ризик інфікування ВІЛ можна знизити, якщо мати статеві контакти з одним вірним неінфікованим партнером*	76	72	65
Ризик інфікування ВІЛ можна знизити, якщо правильно використовувати презерватив під час кожного сексуального контакту*	86	80	86
Здорова на вигляд людина може бути ВІЛ-інфікованою*	82	80	77
Не можна інфікуватися ВІЛ через укуси комах	58	60	65
Не можна інфікуватися ВІЛ, якщо пити з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною*	66	69	76
Не можна інфікуватися ВІЛ через спільне користування туалетом/банею з ВІЛ-інфікованою людиною*	59	68	73
Можна інфікуватися ВІЛ через спільне користування ін'єкційним інструментарієм з ВІЛ-інфікованою людиною	93	82	92
ВІЛ може передаватися від вагітної ВІЛ-позитивної жінки до її майбутньої дитини	78	79	80
Людина, у якої є сифіліс або гонорея, має більший ризик інфікування ВІЛ	50	50	57
ВІЛ може передаватися через спільні інструменти та матеріали для приготування наркотику, розчину наркотику	62	70	72
Можна інфікуватися ВІЛ під час оральних сексуальних контактів без використання презерватива	67	66	71
Можна інфікуватися ВІЛ під час анальних сексуальних контактів без використання презерватива	76	68	72
Можна інфікуватися ВІЛ, якщо використовувати нестерильні інструменти для татуювання	88	84	93
Національний показник*	39 ⁹	42	41
Інтегральний показник**	***	13	13

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

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

*** Розрахунок показника був неможливим через зміни у інструментарії.

⁸ При розрахунку показників за 2009 рік не враховувалися дані по виховних колоніях, оскільки в ході дослідження 2004 та 2007 років вони до вибірки не включалися.

⁹ У 2004 р. помилкові судження були сформульовані інакше: «Чи можна заразитися ВІЛ-інфекцією через укуси комах?», «Чи можна заразитися ВІЛ, якщо їсти їжу, яку Вам приготувала ВІЛ-інфікована людина?»

Кожен другий респондент (51%) вважає свої знання про ВІЛ/СНІД достатніми. Зокрема, серед вперше та неодноразово засуджених таких було близько половини (49-51%), а серед засуджених, які відбувають покарання у виховних колоніях, – 72%; серед чоловіків – 53%, жінок – 41%. Значно оптимістичніше оцінюють свою поінформованість представники найстаршої (51–62 роки) – 68% і, особливо, наймолодшої (16–17 років) вікових груп – 84%, проти 48–54% серед решти засуджених. Як виявилось, засуджені, які вважають свої знання достатніми, мають певні підстави для оптимістичної оцінки. Як національний (51%), так і інтегральний (18%) показники знань у цій групі респондентів помітно вищі, ніж аналогічні по масиву (40 і 13% відповідно), але все ж таки є недостатньо високими.

Як раніше зазначалось, одним із найбільш підступних для засуджених виявилось запитання про ризик інфікування ВІЛ при наявності ІПСШ. Дані опитування свідчать, що взагалі рівень поінформованості засуджених щодо ІПСШ є досить низьким. Зокрема, 38% опитаних проігнорували запитання: «Які ознаки захворювань, що передаються статевим шляхом, Ви знаєте?». Враховуючи, що це запитання було відкритим, отримана кількість відповідей є непоганою й не є безперечним доказом браку знань. Проте, про низький рівень знань свідчать інші індикатори. Зокрема, майже половина (48%) респондентів з числа тих, хто відповів на це запитання, вказали не симптоми ІПСШ, а назви самих захворювань; 22% відповіли «не знаю», а ще 5% – зазначили, що знають багато ознак, але не вказали жодної з них (табл. 2.1.5).

Таблиця 2.1.5

Розподіл відповідей респондентів на запитання: «Які ознаки захворювань, що передаються статевим шляхом, Ви знаєте?», % до тих, хто дав відповідь (n=80) *

Надмірні виділення	16	Виразки	3
Висипання на тілі	7	Температура	3
Дискомфорт (різь) при сечовипусканні	6	Неприємний запах	1
Свербіж	5	Шанкр	1
Запальний процес (запалення лімфовузлів)	3	Грибок	1
Ослаблення імунітету, загальна слабкість	3	Гнійні висипання	1
<i>Знаю, але ознаки не вказані</i>			5
<i>Не знаю</i>			22
<i>Зазначені назви самих ЗПСШ</i>			48

* Сума перевищує 100%, оскільки респонденти могли вказувати кілька ознак

Узагальнюючи дані опитування, зазначимо, що лише чверть респондентів серед тих, хто намагався відповісти на це запитання, або 15% в цілому по масиву дали «правильну» відповідь (вказали ті чи інші симптоми одного або кількох ЗПСШ). Разом з тим при оцінці цього показника необхідно враховувати, що ознаки ІПСШ є різними для різних захворювань, а деякі з них можуть протікати майже безсимптомно, і 83% респондентів знають про це (у тому числі 82% чоловіків та 91% жінок). Отже, брак знань опитаних з питань профілактики, діагностики і лікування ІПСШ є очевидним. Це є серйозною перешкодою для належного засвоєння засудженими інформації про попередження інфікування ВІЛ.

З метою оцінки впливу обсягів і видів профілактичних втручань на рівень знань засуджених було проаналізовано низку чинників, зокрема зв'язок між різними моделями інформування засуджених і показниками їх знань. А саме, було проведено аналіз розподілу національного та інтегрального показників в залежності від того, чи отримував респондент інформацію про ВІЛ/СНІД від представників НУО.

Для засуджених, з якими працювали представники НУО, національний показник знань становить 57%, тоді як для решти опитаних – 44%. Значення інтегрального показника для представників вказаних груп становить 19% та 15% відповідно.

В цілому респонденти, охоплені інформаційними заходами, мають порівняно із рештою засуджених вищий щодо ВІЛ/СНІД рівень знань. Але попри гіпотези дослідження, обізнаність учасників інформаційних заходів не залежить від форми, у якій вони отримували знання. Розбіжності між національними показниками знань групи засуджених, які отримували інформацію про ВІЛ/СНІД лише у пасивній формі (спеціальний стенд/плакат/листів на території колонії, стінах гуртожитку, у медсанчастині, буклет/брошура про ВІЛ/СНІД), і тих, хто був охоплений додатково активним інформуванням (відвідування лекцій, індивідуальних консультацій медпрацівників/психологів, тренінгів тощо), не є значущими: 51 і 48%. Брак розбіжностей в рівні знань зазначених груп підтверджує і розрахунок інтегральних показників: 18 і 16%.

З одного боку, цей висновок частково можна пояснити участю у навчальних з питань ВІЛ/СНІД заходах саме тих засуджених, які погано орієнтуються в цій темі. З іншого боку, отримані дані свідчать про необхідність перегляду змісту інформації, що надається засудженим під час активних інформаційних заходів, а саме лекцій, індивідуальних консультацій медпрацівників/психологів, бесід з іншими засудженими, представниками церкви, відеолекцій, тренінгів, груп взаємодопомоги, занять для волонтерів, наркозалежних, та підвищення їх якості.

Водночас, за проведеними розрахунками, взаємозв'язок між охопленням засуджених профілактичними щодо ВІЛ/СНІД програмами і їхнім рівнем знань про статевий шлях передачі ВІЛ, розрахованих за методикою ЮНЕЙДС¹⁰, є дуже слабким. Коефіцієнт Пірсона (r) у даному випадку складає 0,12 при рівні значимості 0,01. Тобто зазначені показники мало залежать один від одного.

Дещо кращою (але все ж слабою) виявилась кореляція між профілактичними заходами та інтегральним показником знань засуджених. Це пов'язано із більшою кількістю запитань щодо основних шляхів передачі ВІЛ-інфекції, (всього 13), включених до інтегрального показника знань. Коефіцієнт Пірсона склав 0,16 при значимості 0,01.

¹⁰ Охоплення профілактичними програмами – НП №9. Рівень знань – НП №14.

Кореляція охоплення профілактичними програмами та рівнем знань засуджених

Показники знань	Охоплення профілактичними щодо ВІЛ/СНІД програмами	
	Коефіцієнт Пірсона (r)	Рівень значимості
Національний показник рівня знань засуджених	0,12	0,01
Інтегральний показник рівня знань засуджених	0,16	0,01

Такі результати свідчать, з одного боку, що методика розрахунку національного показника охоплення профілактикою не достатньо враховує завдання з просвіти засуджених про шляхи передачі ВІЛ і засобів попередження інфікування. Разом з тим, підтверджують недостатню увагу організаторів профілактичних заходів, яка б мала приділятися висвітленню питання щодо проходження засудженими тестування на ВІЛ-інфекцію. До того ж компонент програм зменшення шкоди - розповсюдження презервативів – часто-густо реалізується у відриві від якісної просвіти.

Таким чином, рівень обізнаності респондентів щодо більшості профілактичних аспектів ВІЛ/СНІДу (шляхи передачі, умови попередження інфікування, діагностика) у порівнянні з 2007 роком дещо підвищився. Попри позитивну динаміку рівень знань засуджених залишається недостатньо високим. Це підтверджує порівняльний аналіз національного та інтегрального показників. При цьому найнижчим виявився рівень знань респондентів віком 18-25 років, які відбувають покарання у виправних колоніях. Профілактична робота з такими засудженими ускладнюється через їх низький освітній рівень, брак позитивного досвіду соціалізації і спілкування, що пов'язано часто-густо із раннім прилученням до вживання наркотиків. Цей чинник суттєво погіршує засвоєння інформації щодо ВІЛ/СНІД, унеможлиблює усвідомлену відмову від ризикованої поведінки. Серед усіх питань з ВІЛ/СНІД, щодо яких вивчалась обізнаність засуджених, найгірші знання вони мають про ризики, що становлять ІПСШ. Зокрема менше половини респондентів знають, що їх наявність значно збільшує уразливість людини до інфікування ВІЛ статевим шляхом.

2.2. Ставлення засуджених до людей, які живуть із ВІЛ/СНІДом

Важливим компонентом інформаційно-просвітницької роботи з питань ВІЛ/СНІД є формування толерантного ставлення до ЛЖВ. Адже певна частина засуджених з упередженням ставиться до ВІЛ-позитивних людей, що проявляється у небажанні взаємодіяти з ними у повсякденному житті. При чому стигматизоване сприйняття ЛЖВ є більш поширеним серед чоловіків, ніж серед жінок.

Зокрема, 15% опитаних зазначили, що проситимуть перевести їх в іншу бригаду або на іншу роботу, щоб не працювати разом із ВІЛ-позитивними засудженими (17% чоловіків та 4% жінок). Подібним чином, 16% респондентів зізналися, що намагатимуться пересісти за інший стіл у їдальні, якщо дізнаються, що хтось із сусідів по столу є ВІЛ-інфікованим, (18% чоловіків і 5% жінок). Близько 3/4 опитаних зазначили, що не робитимуть цього.

Більшість опитаних (87%) висловили готовність допомагати і підтримувати своїх друзів, якщо виявиться, що вони ВІЛ-інфіковані (86% чоловіків і 92% жінок).

Рівень толерантності щодо ЛЖВ досить істотно залежить від віку опитаних: 16-24 річні більш упереджено ставяться до ЛЖВ, ніж представники старших вікових груп. Зокрема, 20% молодих респондентів зазначили, що намагалися б змінити бригаду/роботу, щоб не працювати разом з ВІЛ-позитивними людьми; 23% – попросилися б пересісти за інший стіл у їдальні, якщо виявиться, що хтось із сусідів по столу – ВІЛ-інфікований. Серед респондентів віком 25 років і старші аналогічні показники становлять 12%. Водночас рівень готовності допомагати своїм друзям, якщо виявиться, що вони ВІЛ-інфіковані, є однаковим для представників обох вікових груп, становлячи 86-87%.

Значимих відмінностей щодо досліджуваних показників між ВК для вперше та повторно засуджених виявлено не було. Щоправда, представники виховних колоній, демонструють дещо більше упередженості щодо ЛЖВ, ніж решта опитаних, але це вочевидь пояснюється їхньою належністю до молодшої вікової групи.

Також варто зазначити, що протягом досліджуваного періоду рівень толерантності засуджених щодо ВІЛ-позитивних людей дещо підвищився. Згідно результатів опитування 2004 року, частка респондентів, які намагалися б змінити роботу/бригаду, щоб не працювати разом із ВІЛ-інфікованою людиною, становила 24%, а частка засуджених, готових підтримувати ВІЛ-інфікованого друга, – 68%, тоді як у поточному році аналогічні показники склали 15% та 85% відповідно¹¹. В ході дослідження 2007 року запитання, присвячені стигматизації ЛЖВ, формулювалися по-іншому, тому отримані дані не підлягають порівнянню.

Таким чином, більшість опитаних досить толерантно ставляться до ЛЖВ, принаймні не збираються уникати побутових контактів з ними (74–78%). Ще більшою є частка тих, хто готовий прийти на допомогу знайомому, якщо виявиться, що він ВІЛ-інфікований. Толерантність має тенденцію щодо поширення: протягом моніторингового періоду частка осіб, які готові взаємодіяти із ЛЖВС у повсякденному житті, співчуває їм, поступово зростає. Але дискримінаційні щодо ВІЛ-позитивних людей настрої, які відображаються у проективних моделях поведінки, на кшталт «намагаюсь триматися від них подалі», дотепер мають місце. Так, інтегральний показник толерантності, розрахований як частка респондентів, які висловили готовність допомагати ВІЛ-інфікованому другу, і водночас сказали, що не збираються змінювати місце роботи або стіл у їдальні, щоб уникнути сусідства з ЛЖВ, становив у 2009 р. 64%.

При цьому, проблема формування толерантного ставлення до ЛЖВ найбільш актуальна для підлітків та молоді віком до 25 років (інтегральний показник толерантності становить 57% проти 68% для респондентів старшого віку), а також для чоловіків (61%), які виявилися значно менш терпимими, ніж жінки (82%).

¹¹ При розрахунку цих показників не враховувалися дані по виховних колоніях, оскільки в ході дослідження 2004 та 2007 років вони до вибірки не включалися.

3. Ризиковані поведінкові практики засуджених

Аналізуючи отримані дані щодо поширеності ризикованих моделей поведінки серед засуджених, необхідно враховувати, що вони виявились занадто оптимістичними. Адже в установах Державної кримінально-виконавчої служби гомосексуальні зв'язки засуджуються, а вживати наркотики та зберігати шприци і інструменти для татування заборонено «Правилами внутрішнього розпорядку». Саме тому частина респондентів або не дає відверті відповіді на запитання, присвячені ризикованим моделям поведінки, або не відповідає на них взагалі. В даному дослідженні цей блок запитань проігнорувало здебільшого 3–6% опитаних, а запитання щодо досвіду вживання різних типів психоактивних речовин, навіть більше (11–28%). Крім того, при відповіді на запитання, які потребували оцінити рівень поширеності тих чи інших ризикованих поведінкових практик в установах КВС, поряд зі своїм варіантом відповіді деякі респонденти дописували: «В нашій колонії такого немає».

3.1. Вживання наркотиків ін'єкційним шляхом

Більшість засуджених мають досвід вживання різноманітних психоактивних речовин: 56% опитаних підтвердили досвід вживання будь-яких наркотиків, у тому числі 35% - таких, які вводяться ін'єкційним шляхом. Певна частина засуджених продовжує вживати психоактивні речовини, навіть перебуваючи в УВП (табл. 3.1.1).

Підтвердили вживання наркотиків ін'єкційним шляхом протягом останніх 12 місяців 9% опитаних¹¹, впродовж останніх 30 днів – 2%. При цьому відмінності за першим із вказаних показників між чоловіками (10%) та жінками (6%), а також між вперше (8%) та повторно засудженими (12%) незначні. У виховних колоніях випадки ін'єкційного вживання наркотиків є поодинокими (2 із 100 опитаних). Також досить рідко повідомляють про подібну поведінку представники наймолодшої (16–17 років) та найстаршої (51–62 роки) вікових груп, тоді як серед решти засуджених частка респондентів, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом, істотно не відрізняється, становлячи 8–11%.

При чому «перше знайомство» з наркотиками, особливо неін'єкційними, відбувається у досить ранньому віці (рис. 3.1.1).

Найбільш ризикованою з огляду на інфікування ВІЛ є практика спільного використання шприців і голок. Більше половини засуджених (55%) з числа тих, хто протягом останніх 12 місяців вживали наркотики ін'єкційним шляхом, використовували для цього нестерильний інструментарій (рис. 3.1.2).

¹¹ Цей показник співпадає з часткою опитаних, які зізналися, що вживали опіати, стимулятори або метамфетамін, перебуваючи у колонії.

Розподіл відповідей на запитання: «Які психоактивні речовини Ви будь-коли вживали?», % респондентів, які дали відповідь

	На волі та колонії	Лише на волі	Лише в колонії	Ніколи не вживав
Алкоголь (вино, горілка, брага, спирт, пиво)	17	70	1	12
Каннабіс (травка, анаша, гашиш, конопля, марихуана)	17	43	2	38
Опіати (трамадол/ трамал, героїн, ширка, чорна)	9	31	0	60
Стимулятори (кокаїн, амфетамін («фен»))	4	15	1	80
Метамфетамін («вінт», «первінтин», «джефф», «бовтушка», «мулька», «екстезі», MDMA, інше)	6	21	1	72
Галюциногени (ЛСД, інше)	3	12	0	85

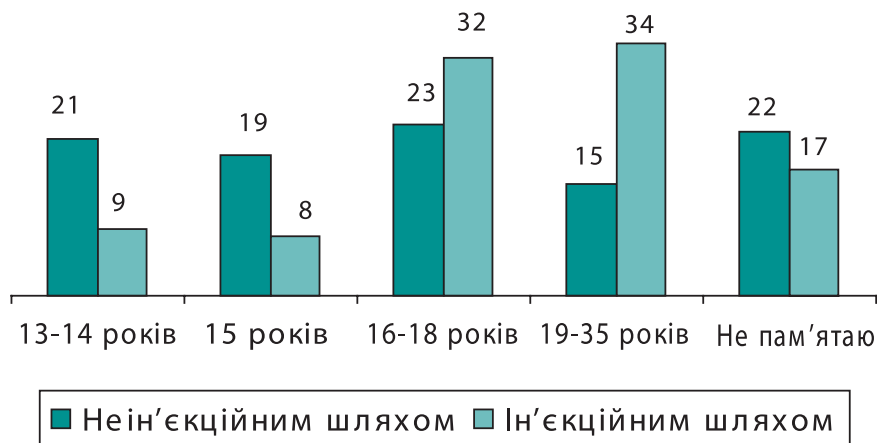


Рис. 3.1.1. Розподіл відповідей на запитання: «У якому віці Ви вперше вжили наркотик?», % до тих, хто вживав наркотики протягом останніх 12 місяців (n=122)

Використання саморобного інструментарію для ін'єкцій практикується, за даними опитування, досить рідко: ним користувалися 4 із 122 опитаних, які вживали протягом останніх 12 місяців наркотики ін'єкційним шляхом (3%), при чому 3 із них користувалися цим інструментарієм спільно з іншими засудженими.

В цілому, 5% опитаних підтвердили наявність досвіду ризикованого введення наркотиків, а саме спільне з іншими засудженими використання шприца або саморобного інструментарію для ін'єкцій, в УВП. Частіше вдаються до зазначеного різновиду ризикованої практики засуджені, які відбувають покарання неодноразово, (8%), ніж вперше засуджені (4%). Жодного подібного випадку не зафіксовано у виховних колоніях.

Що стосується поширеності ризикованих моделей поведінки, пов'язаних із вживанням ін'єкційних наркотиків, за роками, то частка засуджених, які вживають наркотики в УВП, протягом 2004–2009 р. практично не змінюється, перебуваючи на рівні 7–10%¹³. Також майже стабільною залишається частка тих, хто піддає себе ризику інфікування ВІЛ, спричиненому використанням спільного ін'єкційного інструментарію: у 2004 році таких було 59%¹⁴ з числа тих, хто вживав ін'єкційні наркотики, у 2007 – 60%, у поточному досліді-

дженні – 62%, а після повторного запитання-фільтра до тих, хто сказав, що ніколи не користувався чужими шприцами/голками: «Пригадайте ще раз, чи був випадок, коли Ви використовували шприц іншої людини?», останній показник у 2009 р. становив 58%.

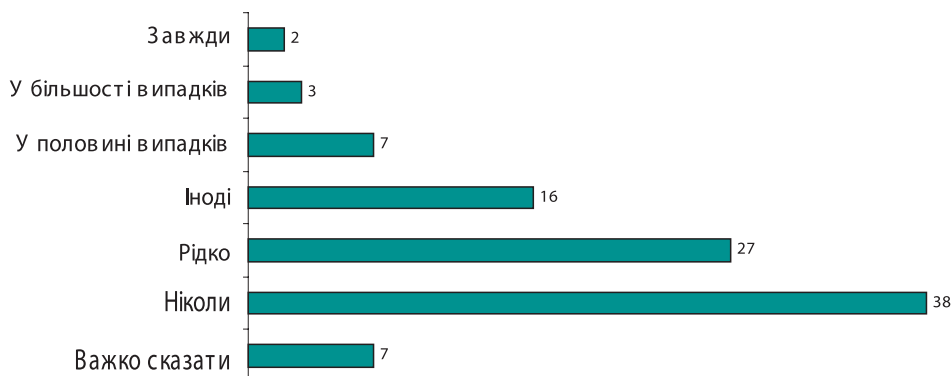


Рис. 3.1.2. Розподіл відповідей на запитання: «Як часто впродовж останніх 12 місяців Ви використовували шприц або голку іншої людини?», % до тих, хто вживав наркотики ін'єкційним шляхом протягом 12 місяців (n=122)

Загально відомо, що наявність досвіду введення наркотиків ін'єкційним шляхом значно підвищує ризик інфікування ВІЛ. Це підтверджують і дані біоповедінкового дослідження. Серед засуджених, які коли-небудь вживали ін'єкційні наркотики, 31% отримали позитивний результат тесту на ВІЛ-інфекцію. Серед решти засуджених цей показник становить 6%. Значно менше розбіжності у рівнях ВІЛ-інфікованості серед респондентів, які вживали ін'єкційні наркотики протягом останнього року, (28%) й тих, хто заперечив наявність такої практики, (13%). Можливо, це пов'язано із меншою відвертістю респондентів, коли йдеться про вживання наркотичних речовин в тюрмах. Водночас це може бути непрямим свідченням суттєво обмеженого доступу засуджених до наркотиків через застосування в УВП належного контролю та регулярних оперативних заходів.

3.2. Татуювання

Ще однією ризикованою щодо інфікування ВІЛ моделлю поведінки є татуювання з використанням нестерильних інструментів. Так, 12% респондентів зазначили, що робили собі татуювання протягом останніх 12 місяців. При цьому три чверті з них вважають, що інструменти були стерильними. Вочевидь ця оцінка є занадто оптимістичною, адже здатність засуджених адекватно оцінити стерильність інструментарію викликає сумнів.

Нанесення татуіровок більш поширено серед чоловіків, особливо – представників молодших вікових груп. Зокрема, серед опитаних чоловіків частка тих, хто прикрасив своє тіло тату, становить 14% порівняно з 1% опитаних жінок; для 16-24-річних засуджених вона складає 19%, тоді як для респондентів старшої вікової групи (25-62 роки) – 8%. Найбільш активно звертаються за цими послугами засуджені в проміжок перебування в УВП від 3 до 6 місяців, 16%.

Крім того, поширеність практики татуювання в установах КВС певною мірою залежить від типу колонії. Так, серед неодноразово засуджених тату

¹³ Тут і далі при розрахунку показників для порівняння за роками не враховувалися дані по виховних колоніях, оскільки в ході дослідження 2004 та 2007 років до вибірки вони не включалися.

¹⁴ Цей показник розраховувався як частка тих, хто не заперечив практику спільного використання ін'єкційного інструментарію (варіант відповіді «ніколи не користуюсь чужими шприцами/голками»)

практикуються майже вдвічі частіше (15%), ніж серед тих, хто відбуває покарання вперше, (8%). Щоправда, у виховних колоніях цей показник навіть дещо вищий, ніж у ВК для неодноразово засуджених (19%), але це швидше за все пов'язано із віком респондентів.

В ході опитувань 2004 та 2007 років запитання, присвячені практиці татуювання, формулювалися дещо по-іншому, що унеможливило коректний моніторинг отриманих даних за роками.

Порівняльний аналіз результатів тестування та відповідей опитаних щодо татуювання свідчить, що зазначена ризикована практика не суттєво впливає на перебіг епідемії серед засуджених. Із усіх ВІЛ-позитивних респондентів лише 6,5% (або 10 осіб) зазначили, що робили собі тату під час відбування покарання. Більшість із цих ЛЖВС мають досвід інших ризикованих моделей поведінки, наприклад, вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (7 із 10 опитаних), ризикованих сексуальних контактів (5 осіб лікували ЗПСШ). Лише 2 опитаних, які отримали позитивний результат тесту, із усіх ризикованих практик в анкеті зазначили татуювання.

3.3. Ризиковані моделі сексуальної поведінки

З огляду на те, що наявність інфекцій, які передаються статевим шляхом, є зазвичай наслідком ризикованої сексуальної поведінки і водночас підвищує ризик інфікування ВІЛ, важливим є аналіз поведінки засуджених щодо їх діагностики та лікування.

Відповідно до результатів опитування, діагностику на ІПСШ коли-небудь проходили 39% засуджених, у тому числі 53% жінок і 36% чоловіків. Про відсутність такого досвіду повідомила половина респондентів (51%). Решта утруднились з відповіддю (9%) або відмовились її надати (1%). Отримані низькі показники проходження тестування на ІПСШ викликають деяке здивування, адже, згідно з Порядком медико-санітарного забезпечення осіб, які тримаються в слідчих ізоляторах та виправно-трудових установах Департаменту, в обов'язковому порядку тестують¹⁵ на основні ІПСШ (сифіліс та гонорея). Скоріше за все, отриманий розподіл відповідей свідчить про неналежну якість консультування засуджених із зазначених питань. Це непрямо підтверджують і інтерв'юери. Згідно їх звітів, респонденти часто звертались за роз'ясненням поняття «діагностика» під час анкетування.

За соціологічними даними, з віком частка респондентів, що проходили діагностику на ІПСШ, зростає з 26% серед молоді 16-24 років до 45% - засуджених 25 років і старші.

Серед респондентів, які підтвердили проходження діагностики на ІПСШ, отримали лікування 37%, або кожен п'ятий респондент. Здебільшого це опитані віком 25 років і старші. Серед них 43% отримували лікування ІПСШ. Серед молоді до 25 років таких всього 16%.

Виходячи із наявних даних, жінки уважніше ставляться до стану власного репродуктивного здоров'я та є більш поінформованими з питань діагностики ІПСШ. Вони частіше підтверджують досвід тестування (53%) і лікування ІПСШ (28%), ніж чоловіки із числа засуджених (36 і 20% відповідно). В цілому отримані досить високі показники поширеності ЗПСШ, свідчать водночас про те, що значна частка засуджених має досвід ризикованої сексуальної поведінки.

Що стосується ризику інфікування ВІЛ статевим шляхом саме в установах виконання покарань, то він здебільшого пов'язаний із незахищеними

¹⁵ Ув'язнених – при надходженні в СІЗО та щорічно – засуджених під час відбування покарання.

сексуальними контактами між засудженими та подружніми партнерами, що відвідують їх. За соціологічними даними, сексуальні контакти між самими засудженими є менш поширеними. Так, про досвід сексуальних зв'язків з іншими засудженими повідомили загалом 54 респонденти, що складає 4% опитаних. При цьому, понад третина з них (21 особа) зазначили, що користувалися презервативом під час останнього статевого контакту.

Відсутність усталеної практики сексуальних контактів між засудженими в УВП підтверджує оцінка рівня поширеності даної моделі поведінки самими засудженими (рис. 3.3.1).

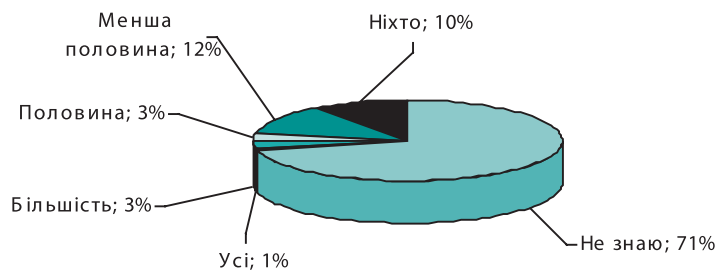


Рис. 3.3.1. Розподіл відповідей на запитання: «Яка частина засуджених, на Вашу думку, має сексуальні контакти з іншими засудженими?», %

44

Через те, що засуджених чоловіків частіше відвідують їхні дружини, ніж засуджених-жінок їхні чоловіки, ризиковані сексуальні практики є більш поширеними у чоловічих УВП. Так, статеві контакти зі своїм шлюбним партнером протягом останніх 6 місяців мали загалом 11% опитаних: 12% чоловіків та 5% жінок. Значимих відмінностей між вперше та неодноразово засудженими не виявлено. Що стосується віку респондентів, то статеві контакти зі своїми подружніми партнерами є найбільш поширеними серед респондентів віком 26-35 років (рис. 3.3.2).

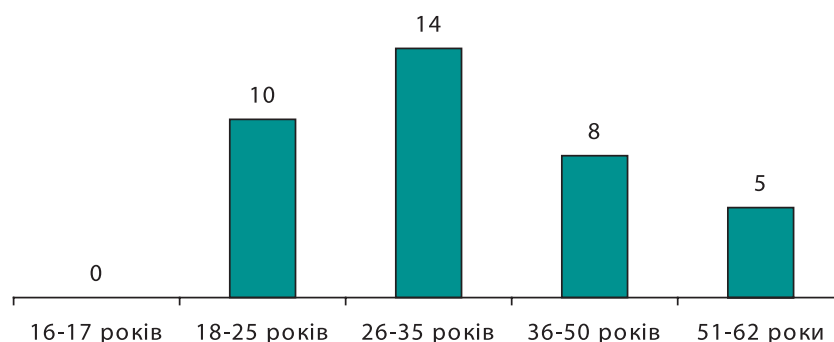


Рис. 3.3.2. Частки засуджених, що протягом останніх 6 місяців мали статеві контакти зі своїми подружніми партнерами, залежно від віку опитаних, %

Лише 15% опитаних з числа тих, хто мав статеві контакти з дружиною/чоловіком протягом останніх 6 місяців, практикували безпечну сексуальну поведінку, тобто постійно користувалися презервативами. Ще 15% використовували їх час від часу, решта ж (70%) – не використовували взагалі або не побажали відповідати на це запитання. Лише 18% опитаних зазначили,

16 Не увійшли до розрахунку 8% з числа тих, хто не дав відповідь на запитання щодо використання презервативів під час статевих контактів із чоловіком/жінкою.

що користувалися презервативом під час останнього статевого контакту із чоловіком/дружиною.

Тож, виходячи із отриманих даних, щонайменше 10% опитаних засуджених практикують незахищені сексуальні контакти із подружніми партнерами, що відвідують їх, та/або іншими засудженими у колоніях¹⁶.

Рівень поширеності ризикованої сексуальної поведінки дещо зростає з часом за рахунок поширення незахищених сексуальних контактів з подружніми партнерами. Водночас частка засуджених, які практикують сексуальні контакти з іншими засудженими, залишається практично незмінною. Так, згідно даних опитування 2004 року, про досвід сексуальних зв'язків з іншими засудженими повідомили 6% респондентів, у 2007 та 2009 роках таких було по 4%. В 2004 році постійно використовували презервативи близько третини засуджених з числа тих, хто мав статеві контакти зі своїми дружинами/чоловіками; у 2007 році аналогічний показник становив 13%, а у 2009 – 15%.

Зазначена тенденція є дещо неочікуваною, оскільки забезпеченість засуджених презервативами у 2009 р. порівняно з 2007 р. зростає вдвічі. Відсутність очевидного прогресу, а саме зниження рівня ризикованої поведінки, на нашу думку, пов'язана із неефективними моделями розповсюдження презервативів в УВП. Про це свідчать, зокрема, такі дані:

- Значна частка засуджених немає вільного доступу до презервативів. Навіть серед тих опитаних, які хоча б раз протягом останнього року отримували безкоштовні презервативи, лише половина зазначила, що у разі необхідності вони завжди можуть взяти презерватив. Решта залежить від візитів представників громадських організацій або/та умов роботи медсанчастин тощо.
- Чимало презервативів потрапляють засудженим, які не вступають у сексуальні зносини. Лише 22% із числа респондентів, які хоча б раз протягом останнього року отримували безкоштовні презервативи, повідомили про досвід сексуальних стосунків із подружжям або іншими засудженими впродовж останніх 6 місяців, 2% не дали відповідь на це запитання.
- Розповсюдження презервативів не супроводжується переконливим інформуванням щодо переваг безпечного сексу, адже здебільшого респонденти, які регулярно (не рідше 1 разу на тиждень) протягом останнього року отримували безкоштовні презервативи або завжди мають до них доступ, не користувались ними під час останнього сексуального контакту. Це зазначило 31 із 45 респондентів, які вступали у такі контакти із подружжям та/або іншими засудженими.

Отже, виходячи із даних опитування, незахищені статеві контакти зі шлюбними партнерами є найбільш поширеною з точки зору можливості інфікування ВІЛ ризикованою практикою серед засуджених в установах виконання покарань. За роками частка респондентів, які зазначають цю модель поведінки, зростає. Разом з тим відсоток опитаних, які підтверджують практику використання нестерильного ін'єкційного інструментарію в УВП або незахищені сексуальні контакти з іншими засудженими, залишається стабільною.

Інтегральний показник ризикованої поведінки (частка респондентів, які практикували принаймні одну модель поведінки, ризиковану щодо інфікування ВІЛ) становить 17%, у тому числі 18% – для чоловіків та 10% – для жінок. Що стосується представників різних вікових груп, то значимої різниці між молоддю віком до 25 років (16%) та рештою опитаних (18%) не виявлено. За більш детальною віковою класифікацією, найвищим – 22% – виявився цей показник для респондентів віком 26-35 років, тоді як для молодших та старших опитаних він становить 15% та 12% відповідно.

4. Поширеність ВІЛ-інфекції в установах КВС і чинники інфікування

Відповідно до методології біо-поведінкове дослідження передбачало проведення добровільного консультування та тестування на ВІЛ засуджених, що потрапили до вибірки та погодились взяти участь у дослідженні. За результатами тестування, поширеність ВІЛ-інфекції серед засуджених, що відбували покарання в установах Державної кримінально-виконавчої служби, у 2009 р. склав 15%. Рівень поширеності є вищим серед опитаних жінок (32%), ніж серед респондентів-чоловіків (12%).

Майже дві третини випадків ВІЛ-інфекції (63%) припадає на засуджених віком 26–35 років. Це відповідає тенденціям розвитку епідемії серед загального населення: середній вік ЛЖВС зростає.

Рівень інфікування ВІЛ в УВП, де засуджені відбувають покарання неодноразово, вищий (18%), ніж серед вперше засуджених (14%). Жодного ВІЛ-інфікованого не виявлено серед респондентів, що перебувають у виховних колоніях.

З числа виявлених ВІЛ-позитивних засуджених, які взяли участь у дослідженні, половина пройшли тестування вперше.

Для проведення детермінаційного аналізу поширення ВІЛ-інфекції в УВП було використано метод мультиномінальної логістичної регресії. За допомогою логістичних моделей перевірялася низка гіпотез про чинники зараження ВІЛ серед засуджених, а саме:

- Частка ВІЛ-позитивних є більшою серед засуджених жінок через певні фізіологічні та соціальні фактори.
- Частка ВІЛ-позитивних є більшою у старшій віковій групі засуджених.
- Ймовірність інфікуватися ВІЛ є значно більшою у тих, хто має досвід вживання наркотиків ін'єкційним шляхом.
- Ймовірність інфікуватися ВІЛ залежить від ризикованих практик засуджених в УВП, а саме: використання нестерильного інструментарію при введенні наркотику, татуюванні, незахищеного сексу з дружиною/чоловіком та іншими засудженими під час відбування покарання.
- Ймовірність інфікуватися ВІЛ є більшою для неодноразово засуджених, ніж для тих, хто відбуває покарання вперше.
- Ймовірність інфікуватися ВІЛ зростає із збільшенням разів відбування покарання.

З метою перевірки цих гіпотез побудовано чотири моделі, які відрізняються за кількістю включених до них змінних. Побудова

кількох моделей пов'язана з тим, що низка змінних, які були проаналізовані, корелюють між собою, а саме:

- вік засуджених і кількість строків позбавлення волі ($r=0,3$);
- тип УВП і кількість строків позбавлення волі ($r=0,4$);
- досвід вживання ін'єкційних наркотиків протягом життя та ризикована практика введення ін'єкційних наркотиків під час відбування покарання ($r=0,3$).

Це означає, що включення цих змінних до однієї моделі призвело б до нестабільності рівняння, спричиненої так званою проблемою мультиколінеарності. Тому їх значення перевірялося в окремих моделях.

Отже, за допомогою першої моделі (табл. 4.1) проаналізовано вплив статі, віку, наявності досвіду вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, тобто змінних, які між собою не корелюють. До другої моделі замість віку було включено кількість строків позбавлення волі. За допомогою третьої і четвертої моделі (табл. 4.2) проаналізовано вплив типу колонії. У зв'язку з тим, що в УВП, де утримуються неповнолітні засуджені, не було виявлено жодного випадку інфікування ВІЛ, то вплив типу колонії розглядався лише на масиві повнолітніх респондентів, які утримуються в УВП для вперше або неодноразово засуджених. Третя модель окрім статі, віку та типу УВП, включала в себе змінну «ризиковане вживання ін'єкційних наркотиків в колонії». Остання змінна у четвертій моделі була замінена на «досвід вживання ін'єкційних наркотиків протягом життя». Такий підхід дозволяв порівняти вплив споріднених, але все-таки різних змінних.

Фінальні моделі було побудовано на основі значної кількості змінних, від яких залежить ризик інфікування ВІЛ у досліджуваній сукупності. Метою пошуку була оптимальна модель з точки зору її пояснювальної сили як для цілої вибірки, так і для окремих типів колоній. Тобто, у фінальних моделях залишилися тільки змінні, які є статистично значимими предикторами зараження ВІЛ і не корелюють між собою: стать, вік, тип колонії (для вперше і неодноразово засуджених), кількість термінів відбування покарання (вперше, вдруге, втретє та більше разів), наявність досвіду вживання наркотиків ін'єкційним шляхом та ризикованого вживання ін'єкційних наркотиків в УВП. До фінальних моделей не ввійшли питання щодо інших ризикованих практик, а саме сексуальних контактів з чоловіком/дружиною та іншими засудженими без презервативу, нанесення татуювання нестерильним інструментом в УВП впродовж останніх 12 місяців, а також досвід лікування ІПСШ впродовж життя. Це пов'язано з тим, що зазначені вище чинники виявилися не значимими, або наповнюваність даних груп була надто низькою, що унеможливило розрахунок статистично значимих коефіцієнтів. Не вдалося знайти статистично підтвердженого зв'язку між ВІЛ-статусом та строком перебування в УВП, досвідом лікування ІПСШ.

Моделі побудовані на вибірках від 1278 до 1198. З них виключено респондентів, які не дали відповідей на певні запитання. При цьому, кількість ВІЛ-позитивних в усіх моделях однакова (190 респондентів), тобто моделі різняться лише набором факторів ризику, а внутрішня структура вибірки (з огляду на характеристики ВІЛ-інфікованих) залишилася фактично ідентичною.

Шанси інфікуватися ВІЛ оцінювалися у порівнянні до так званих референтних груп:

- 1) Шанси чоловіків інфікуватися ВІЛ порівнювалися із шансами для жінок.
- 2) Усі вікові групи порівнювалися з віковою групою 35 років і старші.

3) Засуджені, які відбувають покарання в УВП неодноразово, порівнювалися з групою тих, хто відбуває покарання вперше.

4) За кількістю разів позбавлення волі: група тих, хто відбуває покарання вдруге, втретє та більше разів, порівнювалася із вперше засудженими.

5) Засуджені, які мають досвід вживання ін'єкційних наркотиків, порівнювалися з групою тих, хто не мав такого досвіду протягом життя.

6) Засуджені, які зазначили практику ризикованого введення ін'єкційних наркотиків під час відбування покарання в УВП, порівнювалися із засудженими, які заперечили наявність такого досвіду.

Нижче наведено результати логістичної регресії.

Таблиця 4.1

Результати логістичної регресії на ймовірність інфікування ВІЛ, усі коефіцієнти (exp(B))

	Модель 1 (N=1278)	Модель 2 (N=1211)
Чоловіки (у порівнянні з жінками)	0.388***	0.312***
Вікова група 16-19 років (у порівнянні з групою 35 років і старші)	0.211***	-
Вікова група 20-24 роки (у порівнянні з групою 35 років і старші)	0.311***	-
Вікова група 25-34 роки (у порівнянні з групою 35 років і старші)	1.358*	-
Вдруге засуджені (у порівнянні з вперше засудженими)	-	1.797**
3 або більше разів позбавлення волі (у порівнянні з вперше засудженими)	-	2.543***
Засуджені з досвідом вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (у порівнянні з групою, яка заперечує такий досвід)	7.067***	6.814***
Intercept (B)	-1.884***	-2.204***
Pseudo R-sq: Cox & Snell	0.159	0.145
Pseudo R-sq: Nagelkerke	0.280	0.258

Рівень значимості: *: <0.1, **: <0.01, ***: <0.001

У всіх моделях чоловіки мають меншу мати ВІЛ-інфекцію, ніж жінки. В середньому шанси виявити ВІЛ у чоловіків є на 61–69% нижчими у порівнянні з жінками.

Вік респондентів також є сильним предиктором, який пояснює значну частину варіації першої моделі. Виявилось, що шанси виявити ВІЛ-інфекцію серед 25–34-річних засуджених є в 1,3 рази більшими, ніж у віковій групі 35 років і старше. Меншими за референтну групу є шанси інфікування ВІЛ у засуджених 16–19 та 20–24 роки – на 79 та 69% відповідно.

При заміні у другій моделі віку на кількість строків відбування покарань вплив останньої змінної виявився значно сильнішим. У порівнянні із групою засуджених, які вперше відбувають покарання, ймовірність виявити ВІЛ для вдруге засуджених зростає майже у два рази (1,8). Ще більшими є шанси виявити ВІЛ-інфекцію серед засуджених втретє й більше разів (у 2,5 вище, ніж серед вперше засуджених). Крім цього, у другій моделі посилюється ризик інфікування ВІЛ у жінок (табл. 4.1).

Проте найсильнішим предиктором наявності ВІЛ серед засуджених виявився досвід вживання ін'єкційних наркотиків протягом життя. Шанси у представників зазначеної групи мати ВІЛ в середньому у 7 разів є вищими, ніж у тих, хто ніколи не вживав наркотики ін'єкційним шляхом.

З метою перевірки гіпотези про вплив типу УВП і ризикованого вживання ін'єкційних наркотиків у колоніях на ймовірність інфікування ВІЛ до третьої та четвертої моделей було введено відповідні змінні та виключено змінну «кількість строків відбування покарань» (через наявність кореляції зі змінною «тип УВП») (табл. 4.2).

Для третьої моделі найсильнішим предиктором інфікування ВІЛ є ризиковане вживання наркотиків ін'єкційним шляхом в УВП тоді, як у 4-ій – досвід вживання ін'єкційних наркотиків протягом життя. При цьому, останній чинник втричі сильніший за попередній. У засуджених, які практикують введення наркотичних речовин нестерильним інструментом в УВП, шанси виявити ВІЛ-інфекцію є у 2,4 рази вищими, ніж у тих, хто заперечив наявність такого досвіду, (3-я модель). Натомість ймовірність виявити ВІЛ-інфекцію у засуджених з досвідом вживання ін'єкційних наркотиків протягом життя, є у 7 разів вищою, ніж у тих, хто не повідомив про такі практики, (4-а модель).

Значні розбіжності у пояснювальних можливостях двох показників ризикованих щодо ВІЛ практик, частково обумовлені невідвертими відповідями респондентів на запитання, пов'язані із досвідом введення ін'єкційних наркотиків нестерильним інструментом під час відбування покарання в установах КВС. Водночас об'єктивним фактором, що обмежує доступ засуджених до наркотиків, є контроль та оперативні заходи, які застосовуються в УВП.

Таблиця 4.2

Результати логістичної регресії на ймовірність інфікування ВІЛ, усі коефіцієнти (exp(B), для респондентів 18 років і старше

	Модель 3 (N=1198)	Модель 4 (N=1198)
Чоловіки (у порівнянні з жінками)	0.313***	0.350***
Вікова група 18-24 роки (у порівнянні з групою 35 років і старші) ¹⁷	0.404***	0.382***
Вікова група 25-34 роки (у порівнянні з групою 35 років і старші)	1.523*	1.411*
УВП для неодноразово засуджених (у порівнянні з групою вперше засуджених)	1.464*	1.375*
Засуджені з досвідом вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (у порівнянні з групою, яка заперечує такий досвід)	-	6.938***
Засуджені, які підтвердили ризиковане вживання наркотиків ін'єкційним шляхом в УВП (у порівнянні з групою, яка заперечує наявність такого досвіду)	2.440***	-
Intercept (B)	-1.061***	-1.988***
Pseudo R-sq: Cox & Snell	0.070	0.157
Pseudo R-sq: Nagelkerke	0.121	0.270

Рівень значимості: *: <0.1, **: < 0.01, ***: < 0.001

¹⁷ Через низьку наповнюваність наймолодшої вікової групи (18-19 років) у моделях 3 та 4, вона була об'єднана із групою 20-24 річних.

Вплив типу УВП на ймовірність виявлення ВІЛ-інфекції у засуджених є менш значимим за ризиковані практики. У респондентів, які відбувають покарання в УВП для неодноразово засуджених, шанси виявити ВІЛ-інфекцію у 1,4–1,5 рази більше, ніж в УВП для вперше засуджених, й пов'язано це здебільшого із кумуляцією ризиків. Проте рівень значимості коефіцієнта, на відміну від решти, є меншим і становить +-10%.

Приблизно такою ж, як і тип УВП, є пояснювальна сила віку. Так, у 25–34-річних засуджених шанси мати ВІЛ-інфекцію у 1,4–1,5 рази вище, ніж у найдорослішій групі (35 і більше років). Для наймолодшої групи (18–24 роки) така ймовірність на 60–62% є нижчою.

Отже, результати логістичної регресії показали, що більш уразливими до інфікування ВІЛ є засуджені жінки, ніж чоловіки. Гіпотеза про те, що старші вікові групи мають більший ризик інфікування ВІЛ підтвердилася лише частково. Найвищою ймовірність інфікування ВІЛ є для засуджених віком 25–34 роки, тоді як після 35 років цей ризик знижується.

Значимим фактором інфікування ВІЛ є кількість строків відбування покарання й дещо менш значимим – тип УВП (для повнолітніх засуджених).

Найсильнішим предиктором щодо ймовірності мати ВІЛ-інфекцію в усіх моделях виявився досвід вживання ін'єкційних наркотиків протягом життя. Досить сильним є предиктор використання нестерильного інструментарію при введенні наркотику ін'єкційним шляхом в УВП. Проте цей чинник впливає відносно менше попереднього, що, зокрема, пов'язано із суттєво обмеженим обігом наркотиків в установах виконання покарань.

У логістичних моделях не вдалося знайти підтвердження впливу ризикованих сексуальних практик і татуювання в УВП на ймовірність інфікування ВІЛ засуджених. Водночас слід враховувати недостатньо відверті або суперечливі відповіді засуджених респондентів на усі запитання щодо ризикованих практик в УВП.

ВИСНОВКИ

Епідемія ВІЛ/СНІД в Україні залишається концентрованою серед груп найвищого ризику. З-поміж цих груп особи, які перебувають в установах виконання покарань, є однією із найбільш значимих у поширенні ВІЛ-інфекції. У 2009 р. 12% всіх нових офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ в Україні припадала на ув'язнених і засуджених.

За результатами тестування в ході біоповедінкового дослідження рівень інфікування ВІЛ серед засуджених становив 15%, у т.ч. 32% серед жінок і 12% чоловіків. Відносно вищим є рівень інфікування ВІЛ осіб, які відбувають покарання неодноразово, 18%, ніж серед вперше засуджених - 14%. Серед осіб, які тримаються у виховних колоніях, не виявлено жодного випадку ВІЛ-інфекції.

Попри зростання у 2009 р. на чверть кількості обстежень на ВІЛ, частка вперше виявлених ВІЛ-позитивних осіб, які перебувають в УВП, протягом останніх п'яти років залишається на рівні 8-9%. Це може розглядатися як ознака певної стабілізації поширення ВІЛ-інфекції в установах КВС.

Вирішальну роль у розвитку епідемії грає профілактична діяльність. Позитивною є тенденція щодо поступового збільшення обсягів просвітницької щодо ВІЛ/СНІД роботи в установах КВС. Впродовж останніх 6 років зросла (+13%) частка засуджених, які під час відбування покарання у виправних колоніях отримували інформацію про ВІЛ/СНІД/ІПСШ, – з 57% у 2004 р. до 70% у 2009 р. Найвищим цей показник виявився у виховних колоніях – 87%.

Як і в попередні роки, провідним джерелом інформації про ВІЛ/СНІД для засуджених залишаються медпрацівники колоній. Їх зазначили 54% засуджених респондентів. Поступово збільшуються обсяги інформування засуджених представниками НУО, передусім у виховних і виправних колоніях для вперше засуджених. Порівняно з 2007 р. майже вдвічі збільшилась частка засуджених, які отримували інформацію про ВІЛ/СНІД від представників НУО, і сягнула у 2009 р. 34%. Залишаються осторонь від організації профілактичних заходів у багатьох виправних колоніях начальники/співробітники СПС. Це джерело інформації зазначили лише 19% респондентів.

Випереджаючими темпами збільшуються обсяги активного інформування з питань ВІЛ/СНІД (лекції, індивідуальне консультування, тренінги для волонтерів, заняття груп взаємодопомоги для наркозалежних тощо). Значно рідше засуджені стали згадувати про пасивні форми інформування (тематичні стенди/плакати на території УВП, у гуртожитках або медсанчастинах, розповсюдження буклетів/брошур). Якщо у 2004 р. таких було 77%, то у 2009 р. – 53%. Скоріше за все, це прояв ефекту звикання респондентів щодо зовнішніх носіїв інформації, які регулярно не оновлюються.

Поступово розширюється коло питань, які активно обговорюються із засудженими під час профілактичних заходів, включаючи діагностику, лікування ВІЛ-інфікованих, АРВ-терапію, толерантне ставлення до ЛЖВ тощо.

Позитивною є тенденція щодо покращення доступу осіб, які тримаються в УВП, до презервативів і дезінфікуючих засобів. У порівнянні з 2007 р. частка засуджених, які протягом останнього року безоплатно отримували презервативи в колоніях, зросла вдвічі – з 11% до 22% у 2009 р. За оцінками респондентів, покращилась доступність дезінфікуючих засобів – з 15% до 30% у 2009 р. Але, як і в попередні роки, чоловіки мають кращий доступ до засобів індивідуального захисту, ніж жінки. Розповсюдження презервативів не організовано у виховних колоніях.

Саме покращення забезпечення колоній презервативами призвело до зростання національного показника охоплення засуджених профілактичними щодо ВІЛ/СНІД програмами, розрахованого за методикою ЮНЕЙДС. Так, у 2009 р. 15% опитаних засуджених знали, де пройти тестування на ВІЛ-інфекцію, та разом з тим отримували протягом останніх 12 місяців презерватив. Аналогічний показник у 2007 р. був вдвічі нижчим – 8%.

На відміну від другого перший компонент розрахунку національного показника охоплення профілактикою має негативну тенденцію, а саме зменшилась частка засуджених, обізнаних з тим, де можна пройти добровільне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію – з 68% у 2007 р. до 57% у 2009 р. При цьому найменш обізнаною виявилась молодь 16–19 років, що відбуває покарання у виправних колоніях. Водночас серед їх однолітків у виховних колоніях – обізнаних найбільше. Жінки краще знають про те, де можна пройти тестування, ніж чоловіки.

Впродовж періоду моніторингу рівень охоплення осіб, які тримаються в УВП, послугами добровільного консультування та тестування є досить високим. Згідно звіту ДДУПВП, у 2009 р. пройшли тестування на ВІЛ 20% спецконтингенту. За даними опитування, національний показник тестування на ВІЛ виявився нижчим: 12% опитаних засуджених пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати, у тому числі жінок – 17%, чоловіків – 11%. Відносно нижчий рівень національного показника частково пояснюється затримками з-поміж взяттям зразків крові у засуджених і їх ознайомленням із лабораторними результатами через віддаленість багатьох УВП від обласних або Українського центрів профілактики і боротьби зі СНІД. Проте більшою мірою це пов'язано із неналежною якістю до- і післятестового консультування. Чимало засуджених респондентів, які проходили тестування на ВІЛ-інфекцію в УВП, повідомили про те, що не отримали послуги із дотестового (22%) і післятестового (16%) консультування, а також не розуміли, за свідченням інтерв'юерів, такі поняття як «діагностика» та «тестування».

У 2007 році національний показник тестування був вдвічі вищим і становив 25% (тобто перевищував офіційні річні дані щодо кількості тестувань у КВС). Ймовірно, що це, зокрема, пов'язано із особливостями нинішнього дослідження: необхідністю здати кров на ВІЛ. Можливо, що саме на засуджених, які впродовж останнього року пройшли тест на ВІЛ й знають його результат, припадає чимало «відмов» від участі в дослідженні, адже мотивація до повторного проходження тестування впродовж одного року має бути досить сильною.

Рівень обізнаності респондентів щодо більшості аспектів попередження інфікування ВІЛ дещо підвищився порівняно з 2007 роком. Попри це рівень знань засуджених залишається невисоким, що підтверджує відсутність

динаміки національного показника знань. Частка засуджених, які в 2009 р. правильно визначали шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ та знали, як він не передається, становила 41%. Майже стільки ж було 2007 р. – 42%. Разом з тим спостерігається підвищення рівня знань засуджених жінок, який у 2009 році становив 43%, що більше на 5% рівня 2007 р. Серед чоловіків цей показник впродовж двох років майже не змінився і становить 41% (у 2007 р. – 43%). Як і раніше, засуджені віком 16–24 роки демонструють нижчий рівень поінформованості (38%), ніж особи віком 25 років і старші (43%). При цьому, для виховних колоній вказаний показник становить 54%, тоді як для ВК для вперше та повторно засуджених – 41% та 40% відповідно. Таким чином, найгірші знання щодо ВІЛ/СНІД мають молоді засуджені віком до 24 років, які тримаються у виправних колоніях.

Хоча незначна кількість запитань, присвячених ІПСШ, не дала змоги детально проаналізувати цей аспект, але отримані дані свідчать: поінформованість засуджених щодо інших статевих інфекцій є гіршою, ніж щодо ВІЛ/СНІДу.

Більшість опитаних досить толерантно ставляться до ЛЖВ, принаймні не збираються уникати побутових контактів з ними (74–78%). Ще більшою є частка тих, хто готовий прийти на допомогу знайомому, якщо виявиться, що він ВІЛ-інфікований. Рівень толерантності має тенденцію щодо поступового зростання. Водночас дискримінаційні щодо ВІЛ-позитивних людей проєктивні моделі поведінки і, зокрема, намагання «триматися від них подалі», все ще мають місце (інтегральний показник толерантності становить 64%).

Проблема формування толерантного ставлення до ЛЖВ найбільш актуальна для підлітків та молоді віком до 25 років (інтегральний показник толерантності становить 57% проти 68% для респондентів старшого віку), а також для чоловіків (61%), які виявилися менш терпимими, ніж жінки (82%).

Незахищені статеві контакти зі шлюбними партнерами – найбільш поширена (9%), за даними опитування, модель ризикованої практики засуджених і поступово зростає з часом. Частка респондентів, які підтверджують використання нестерильного ін'єкційного інструментарію для введення наркотиків (5% респондентів зазначили спільне використання шприців або саморобного інструментарію для ін'єкцій) або незахищені сексуальні контакти з іншими засудженими (3%), залишається досить стабільною. Досить ймовірно, що показники ризикованої поведінки виявились заниженими. Чимало респондентів не дають відверті відповіді щодо досвіду ризикованої поведінки або взагалі відмовляються давати відповідь. Проте непокоїть той факт, що навіть серед засуджених, які були охоплені профілактичним програмами й впродовж року отримували презервативи, значна кількість не користувалась ними регулярно.

До ризикованих практик більш прилучені чоловіки, ніж жінки. Ризикована поведінка, пов'язана з ін'єкційним вживанням наркотиків, приблизно однаковою мірою поширена у віковому інтервалі 18–50 років. Більший ризик інфікування ВІЛ та іншими інфекціями, які передаються через кров, внаслідок татуювання має молодь віком 16–24 роки, незахищених статевих контактів – особи віком 25–35 років.

Інтегральний показник ризикованої поведінки становить 17%, у тому числі 18% – для чоловіків та 10% – для жінок. За віковими групами, найвищим – 22% – виявився цей показник для респондентів віком 26–35 років, для молодших і старших опитаних він становить 15% та 12% відповідно.

Співставлення результатів опитування і тестування свідчить, що ризиковані сексуальні практики є менш актуальними щодо перебігу епідемії

серед засуджених, ніж парентеральний шлях. Більшість із ВІЛ-позитивних засуджених мають досвід вживання будь-яких наркотичних речовин (81%), коли-небудь вживали наркотики ін'єкційним шляхом 74%. Водночас значно менше – 32% ВІЛ-позитивних засуджених – коли-небудь лікувались від захворювань, які передаються статевим шляхом.

Щодо чинників поширення ВІЛ-інфекції серед засуджених безпосередньо в УВП, то об'єктивно оцінити ситуацію дуже складно через відмови або суперечливі відповіді респондентів саме стосовно ризикованих практик у тюрмах. За наявними даними, з усіх ВІЛ-позитивних засуджених 9% мали протягом останніх півроку хоча б одного сексуального партнера/партнерку, у т.ч. лише 6% – підтвердили досвід ризикованих сексуальних практик, менше 4% – повідомили про вживання ін'єкційних наркотиків спільно із іншими засудженими. Навіть, якщо дані біо-поведінкового дослідження щодо ризикованих практик в УВП вважати певним чином заниженими, то в будь-якому разі більшість засуджених інфікуються ВІЛ до ув'язнення.

Отже, збільшення обсягів профілактики серед осіб, які тримаються в установах виконання покарань, дотепер не забезпечило помітного прогресу ані в знаннях засуджених, ані у зменшенні обсягів ризикованої поведінки. Це актуалізує серйозний перегляд стратегії та тактики профілактики поширення ВІЛ-інфекції в КВС з фокусом не стільки на збільшенні обсягів інформування та розповсюдження презервативів, а дійсно ефективних превентивних втручаннях, що реалізуються на регулярній основі.

РЕКОМЕНДАЦІЇ

Виходячи із відсутності прогресу в показниках поінформованості та ризикованої щодо ВІЛ/СНІД поведінки засуджених впродовж 2004–2009 рр., аналізу взаємозв'язку результатів тестування на ВІЛ-інфекцію та відповідями респондентів, можна констатувати, що ефективність програм профілактики в установах виконання покарань залишається низькою. Це вимагатиме ретельного перегляду вже діючих програм і заходів, підтримки найбільш результативних з них, подолання прогалин і перешкод для їх розширення.

Вирішення цих завдань не можливо без скоординованої політичної підтримки та зміцнення лідерства як на національному (з боку співробітників центрального апарату ДДУПВП), так і регіональному, місцевому рівнях (з боку керівників обласних управлінь Департаменту, начальників і персоналу УВП).

Це передбачає:

- включення до усіх регіональних програм забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД та операційних планів із їх реалізації системних просвітницьких заходів для ув'язнених і засуджених, розповсюдження серед них буклетів, листівок, презервативів, забезпечення доступу засуджених до послуг ДКТ і лікування ВІЛ-інфекції та опортуністичних захворювань;
- включення представників ДДУПВП до регіональних координаційних рад з питань протидії ВІЛ/СНІДу, більш активна їх взаємодія з членами коордрад – представниками бюджетних медичних закладів, передусім СНІД-центрів, наркологічних і шкірно-венерологічних диспансерів, центрів СССДМ;
- більш активне застосування механізму створення консультаційних, експертних і робочих груп для поточного аналізу регіональних тенденцій розвитку епідемії та моніторингу виконання заходів з протидії ВІЛ/СНІД в УВП;
- проведення на регулярній основі освітніх заходів для персоналу УВП, включаючи висвітлення питань сучасної стратегії протидії епідемії серед засуджених;
- активну взаємодію керівників УВП із неурядовими ВІЛ-сервісними організаціями, укладання з ними угод про співробітництво у царині інформування з питань ВІЛ/СНІД серед засуджених, забезпечення їх засобами індивідуального захисту, догляду і підтримки ЛЖВС.

Нагальною є потреба в інтенсифікації профілактичних програм з фокусом на найбільш ефективні інформаційні заходи і моделі попередження ризикованої поведінки серед засуджених. Тож

важливими компонентами профілактичної щодо ВІЛ/СНІД роботи серед засуджених мають стати:

- Регулярне інформування усіх засуджених з попередження ВІЛ-інфекції. Враховуючи чинну нормативно-правову базу, варто більш активно порушувати питання з ВІЛ/СНІД/ІПСШ під час бесід, які проводяться медичними працівниками для знов прибулих у карантинному відділенні. Не менш важливо періодично транслювати радіолекції та оновлювати тематичні стенди на території УВП, у гуртожитках для засуджених тощо. Особливо гострою є потреба у забезпеченні установ виконання покарань тематичними відеофільмами. У порівнянні із радіолекціями і брошурами вони є більш прийнятним і простим джерелом інформації для засуджених.
- Поширене застосування інтерактивних методів навчання за умов поєднання зусиль співробітників соціально-психологічної та медичної служби УВП, неурядових організацій. Зокрема, варто розглянути можливості щодо використання для засуджених виправних колоній навчальних методик, які розроблені за допомогою Дитячого фонду ООН та застосовуються у виховних колоніях, (за умов їх вікової адаптації). Ефективність цих методик доведена значно вищим рівнем знань осіб, які тримаються у виховних колоніях, порівняно із іншими засудженими. При цьому першочергову увагу слід звернути на організацію просвіти серед засуджених віком 18-25 років, які тримаються у виправних колоніях, адже вони мають найнижчий рівень знань стосовно ВІЛ/СНІД.
- Більше уваги під час масових інформаційних заходів і індивідуального консультування приділяти питанням, на які дотепер отримано незначну кількість правильних відповідей засуджених, а саме особливості статевого шляху передачі ВІЛ, передача ВІЛ від матері до дитини та умови попередження інфікування ВІЛ зазначеними шляхами, ІПСШ, їх симптоми, виявлення, наслідки, зокрема теза про те, що наявність ІПСШ збільшує ризик інфікування ВІЛ.
- Просвітницька робота, яка має на меті не лише підвищення рівня знань засуджених, проте й формування у них мотивації щодо уникнення ризикованої поведінки (щонайменше регулярного користування дезінфектантами при можливих контактах із «брудним» інструментарієм і презервативами при будь-яких видах проникаючого сексу).
- Актуальним виявляються підвищення якості до- і післятестового консультування та тестування на ВІЛ і основні ЗПСШ, організація заходів позитивної профілактики, збільшення доступності наркологічної допомоги, покращення інформування засуджених про наявність і доступність засобів індивідуального захисту (дезінфікуючі засоби, презервативи), включаючи місце та умови отримання. Особливо потребує інформації про умови та можливість отримання ДКТ засуджена молодь 16-19 років.
- Більш раціональне використання наявних засобів індивідуального захисту. Найбільш доцільним виявляється поєднання активної стратегії їх розповсюдження (роздача презервативів медичними працівниками під час ДКТ, представниками НУО, СПС,

волонтерами серед бажаючих після інформаційних заходів) і пасивної (розміщення в таких місцях, як кімната побачень, баня або туалет, де засуджені можуть взяти презервативи, не поміченими іншими засудженими або персоналом).

- З огляду на високі показники інфікування ВІЛ серед жінок, усі УВП, де відбуваються покарання жінки, мають бути забезпечені презервативами. Особливу увагу слід приділити забезпеченню презервативами кімнат для побачень
- Не припустимим є збір підписів засуджених за отримання презервативів.
- Забезпечення регулярного тестування засуджених на основні ІПСШ (сифіліс та гонорею) в УВП і їх якісне лікування.

Актуальним завданням залишається вдосконалення співпраці ДДУПВП із міжнародними, національними і місцевими ВІЛ-сервісними НУО.

З метою оптимізації впливу програм зменшення шкоди, які реалізують місцеві НУО за підтримкою МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», та в умовах обмежених ресурсів в першу чергу слід підтримувати профілактичні заходи в УВП з найнижчими показниками знань і найгіршим доступом до засобів індивідуального захисту. Другорядним має стати територіальний принцип (коли пріоритетними визначаються регіони з найвищими показниками поширення ВІЛ), адже саме установи виконання покарань є концентрованим середовищем найбільш уразливих до ВІЛ-інфекції людей.

НУО, які реалізують програми зменшення шкоди в УВП, слід намагатися забезпечити роботу постійного складу мультидисциплінарної команди впродовж всього проекту. Бажано, щоб до засуджених протягом року приїжджали не лише ті ж самі соціальні працівники, але й юристи, психологи, які відносно рідше відвідують колонію. До проведення лекцій та бесід, розрахованих на широку аудиторію, обов'язково слід залучати професіоналів - лікарів-інфекціоністів. Дотримання цих умов сприятиме підвищенню довіри та інтересу засуджених і працівників ВК до профілактичної діяльності НУО.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК 1

Статистичні дані щодо ВІЛ/СНІД за даними Державної кримінально-виконавчої служби України

осіб

Рік	Вперше виявлено ВІЛ	З них хворі на СНІД	Померло від СНІДу	Кількість обстежень на ВІЛ	% ВІЛ+ від к-ті обстежених
2004	2588	267	88	24170	11
2005	2033	322	147	21697	9
2006	1848	357	130	24145	8
2007	2190	312	155	24742	9
2008	2127	299	138	22453	9
2009	2318	422	169	28625	8

Розрахунок національних показників моніторингу і оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль за станом епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу¹⁸

Показник №8: «Відсоток осіб, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати, серед засуджених – 12%»

Протягом останніх 12 місяців 12% засуджених пройшли тестування на ВІЛ та одержали його результати. Для жінок цей показник становить 17%, для чоловіків – 11%. Розбіжностей за віковими групами немає: значення цього показника для 16-24-річних респондентів становить 11%, для осіб віком 25 років і старші – 12%.

За 2004-2009 рр. цей показник виявився найнижчим, причому порівняно із 2007 р., коли він становив 25%, зменшення відбулось майже вдвічі. Рівень охоплення тестуванням міг би бути значно вищим, якщо б досліджуваний період не був обмежений 12 місяцями: 44% опитаних протягом останніх кількох років проходили ДКТ, з їх числа два із трьох знають свій результат.

Водночас значення показника тестування, розрахованого на основі відповідей засуджених, наближається до офіційних даних. Відповідно до них впродовж року пройшло ДКТ 15% осіб, які утримуються у пенітенціарних закладах України.

Показник №9 „Відсоток осіб, яких охоплено профілактичними програмами, серед засуджених –15%“

Відсоток засуджених, охоплених профілактичними програмами, у 2009 р. становив 15%, що майже вдвічі більше, ніж у 2007 р., коли він дорівнював 8%. Значний прогрес за цим показником досягнутий завдяки суттєвому покращенню забезпечення пенітенціарних закладів презервативами за рахунок коштів Глобального фонду і позики, наданої Україні Світовим банком. Якщо у 2007 р. лише 11% опитаних отримували протягом останніх 12 місяців хоча б один безкоштовний презерватив, то у 2009 р. таких було 21%. Водночас частка засуджених, які знають, де можна пройти добровільне тестування на ВІЛ, скоротилась від 68% до 58% у 2009 р.

Хоча жінки краще, ніж чоловіки, обізнані про місця, де можна пройти тестування, рівень охоплення профілактичними програмами засуджених чоловіків є вищим (16%), ніж жінок (13%). Це пов'язано із кращим забезпеченням чоловічих виправних колоній безкоштовними презервативами. За віковими групами значимих розбіжностей не спостерігається: рівень охоплення 16-24-річних засуджених становить 14%, засуджених віком 25 років і старші – 16%.

Отримані дані свідчать про позитивну тенденцію щодо збільшення відсотку засуджених, охоплених профілактичними заходами. Водночас обсяги охоплення залишаються недостатніми. При цьому особливої уваги потребують покращення доступу засуджених, особливо жінок, до безкоштовних презервативів і поліпшення якості інформування засуджених про умови і порядок проходження ДКТ у пенітенціарних закладах.

¹⁸ Здійснюється відповідно до Розпорядження Кабінету Міністрів України від 13 грудня 2004 року №890-Р „Про моніторинг і оцінку ефективності заходів, що забезпечують контроль стану епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу за національними показниками” та Наказу МОЗ України від 17 травня 2006 р. №280 (у редакції наказу МОЗ від 28.12.2007 №870),

Показник №14: «Відсоток осіб, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається, серед засуджених – 41%»

Відсоток засуджених, які правильно визначають шляхи запобігання статевої передачі ВІЛ та знають, як він не передається, становить 41%. Це свідчить, що рівень знань засуджених порівняно із 2007 р., коли він складав 42%, істотно не змінився. Разом з тим спостерігається підвищення рівня знань засуджених жінок, який у 2009 році становив 43%, що більше на 5% рівня 2007 р. Серед чоловіків цей показник впродовж двох років майже не змінився і становить 41% (у 2007 р. він дорівнював 43%). Як і раніше, засуджені віком 16 – 24 роки демонструють гірше знання (38%), ніж особи віком 25 років і старші (43%).

Аналіз отриманих відповідей респондентів свідчить про досить високий рівень обізнаності засуджених щодо способів запобігання ВІЛ статевим шляхом. Про зниження ризику інфікування ВІЛ за умов використання презерватива під час кожного статевого акту знають 86%.

Помітно менше опитаних (66%) погодились із тим, що знизити ризик передачі ВІЛ можна, якщо мати статеві контакти лише з одним вірним неінфікованим партнером. Відносно низький відсоток правильних відповідей на це запитання пов'язаний із особливостями подачі просвітницької інформації контингенту осіб, які перебувають у пенітенціарних закладах. У зв'язку з тим, що значна частка засуджених має досвід ризикованої поведінки і немає постійних статевих партнерів, у них формують настанови на регулярне застосування презервативів.

Високим є рівень обізнаності респондентів про те, що здорова на вигляд людина може бути інфікованою, 78%. Цей показник порівняно із попередніми роками залишився незмінним.

Впродовж останніх двох років зменшився відсоток засуджених, які поділяють хибні уявлення про можливість інфікування ВІЛ побутовим шляхом. Нині знають про те, що ВІЛ не передається під час спільного користування посудом, 77%, туалетом, банею – 74%, що відповідно на 8 і 6% більше, ніж у 2007 р.

Оскільки чимало засуджених мають досвід вживання наркотичних речовин, а ін'єкційне вживання наркотиків залишається одним із провідних шляхів передачі ВІЛ-інфекції, анкета, за якою проводилось опитування засуджених, включала також і твердження, що ВІЛ-інфекцією можна заразитись, користуючись голкою для ін'єкцій, якою користувалась інша людина. Про це відомо 92% опитаних, що на 11% більше, ніж у 2007 р. Правильні відповіді про ін'єкційний шлях передачі ВІЛ дало 97% жінок і 91% чоловіків, 90% респондентів віком до 25 років і 94% у групі 25 років і старше. Проте ці дані не використовувались для розрахунку показника.

Враховуючи досить високу мобільність контингенту засуджених за звітний період, рівень їх обізнаності може оцінюватися як досить задовільний і свідчить про значні обсяги просвітницької роботи, яку здійснюють медичні та соціальні працівники пенітенціарних закладів спільно з представниками громадських організацій. Разом з тим, значна диференціація рівня знань засуджених за окремими закладами свідчить про можливість досягнення значного прогресу за цим показником, якщо інформаційні заходи будуть впроваджуватися на належному рівні в усіх виправних і виховних колоніях.

Опис вибіркової сукупності

для проведення національного опитування засуджених у 2009 році

Тип вибірки: багатоступенева, стратифікована, індивідуальна, з використанням квотного методу відбору респондентів на останньому ступені. При опитуванні респондентів витримані квоти за наступними параметрами: вік, стать, кількість разів відбування покарання у виді позбавлення волі (особи, вперше засуджені до позбавлення волі та повторно засуджені).

Генеральна сукупність: особи, засуджені до позбавлення волі, які відбувають покарання в установах Державної кримінально-виконавчої служби України у віці від 16 і старші.

Вибіркова сукупність: 1300 респондентів у 24 виправних і 2 виховних колоніях. Випадкова (теоретична) помилка вибірки складає +/- 3% .

На першому етапі вибірки визначено види установ виконання покарання, в яких відбувають покарання засуджені відповідно до передбачених квот. Згідно із типологізацією, визначеною кримінально-виконавчим законодавством (стаття 18 Кримінально-виконавчого кодексу України), повнолітні особи, засуджені до позбавлення волі відбувають покарання у виправних колоніях:

- мінімального рівня безпеки з полегшеними умовами утримання;
- мінімального рівня безпеки із загальними умовами утримання;
- середнього рівня безпеки;
- максимального рівня безпеки.

Неповнолітні особи, засуджені до позбавлення волі, віком 16 - 18 років відбувають покарання у виховних колоніях. Їх загальна кількість становить близько 1,5 тис. осіб.

Відповідно до статичних даних Державного департаменту України з питань виконання покарань, лівова частина чоловіків, засуджених до позбавлення волі, відбувають покарання саме у виправних колоніях середнього рівня безпеки (близько 109 тис. осіб або 70% від загальної кількості засуджених, які утримуються в кримінально-виконавчих установах).

Виправні колонії середнього рівня безпеки поділяються на колонії для вперше засуджених до позбавлення волі та тих, хто раніше вже відбував зазначене покарання. Співвідношення кількості засуджених в даних установах складає близько 1:1:

- у виправних колоніях середнього рівня безпеки для вперше засуджених до позбавлення волі утримується близько 53 тис. осіб;
- у виправних колоніях середнього рівня безпеки для неодноразово засуджених до позбавлення волі утримується близько 56 тис. осіб.

Вибір цих установ виконання покарань виправдовується не лише значенням репрезентативності нашої вибіркової сукупності, але й забезпеченням отримання надійної інформації в процесі проведення опитування. В установах інших рівнів безпеки зазначене б унеможлиблювалося у зв'язку із певними режимними вимогами (розміщення засуджених, обмеженість у доступі до деяких категорій засуджених та інше).

Щодо засуджених жінок, то для проведення опитування доцільно визначити виправні колонії мінімального рівня безпеки із загальними умовами утримання, які також, як і установи для чоловіків, поділяються для вперше

засуджених до позбавлення волі та неодноразово. Загальна кількість засуджених жінок в даних установах складає близько 6 тис. осіб, у тому числі близько 4,5 тис. – вперше засуджені, 1,5 тис. – неодноразово. Тобто пропорція для жінок за типами установ складає 3:1.

Виходячи із кількості осіб генеральної сукупності вибіркова сукупність склала приблизно один відсоток від генеральної або 1300 респондентів. Стратифікація вибіркової сукупності проводиться через пропорційне відношення визначених категорій засуджених у генеральній сукупності і була розподілена наступним чином:

виправні колонії середнього рівня безпеки (серед чоловіків):

500 осіб - вперше засуджені до позбавлення волі;

500 осіб - неодноразово засуджені до позбавлення волі;

виправні колонії із загальними умовами утримання (серед жінок):

150 осіб - вперше засуджені до позбавлення волі;

50 осіб - неодноразово засуджені до позбавлення волі.

виховні колонії (для підлітків):

100 осіб

На другому етапі вибірки визначено регіони України, в яких дислокуються зазначені виправні колонії. Цей крок побудови вибірки здійснено виходячи із адміністративно-територіального розподілу та представленості основних регіонів. При відборі регіонів був врахований показник поширеності ВІЛ-інфекції серед засуджених, які утримуються в установах кримінально-виконавчої служби. Тому відносно збільшена частка засуджених, які відбувають покарання у ВК, розташованих у Південному і Східному регіонах.

Таким чином визначено наступні регіони:

1. Центральна частина – Полтавська, Черкаська області.
2. Північна частина – Житомирська область.
3. Східна частина – Луганська, Донецька, Харківська області.
4. Південна частина – Одеська, Миколаївська області, АР Крим.
5. Західна частина - Львівська область.

На третьому етапі вибірки виходячи із запропонованих квот у відібраних областях було виділено по дві виправні колонії для засуджених чоловіків. Кількісний розподіл 1000 осіб розраховувався в рівних частках - по 50 осіб в кожній установі:

2 виправні колонії * 50 респондентів = 100 осіб у кожній області.

Дорослі засуджені жінки утримуються у 8 виправних колоніях, у тому числі 5 для вперше засуджених і 3 повторно засуджених.

Для опитування засуджених жінок було визначено дві виправні установи:

1. Чорноморська виправна колонія Одеської області №74 - вперше засуджені до позбавлення волі (50 респондентів).
2. Виправна колонія Харківської області №54 - вперше засуджені до позбавлення волі (50 респондентів).
3. Виправна колонія Чернігівської області №44 - вперше засуджені до позбавлення волі (50 респондентів).
4. Збаразька виправна колонія Тернопільської області - неодноразово засуджені до позбавлення волі (50 респондентів).

У даному випадку необхідно зазначити, що не в усіх обраних нами регіонах відбувають покарання ці дві категорії засуджених жінок (вперше та повторно). Тому було запропоновано провести опитування жінок в колоніях, які дислокуються в основних регіонах: південному, північному, східному та західному.

Неповнолітні засуджені утримуються у 9 виправних колоніях, у тому числі 8 для хлопчиків і 1 - дівчат. Проте виховні колонії розташовані не в усіх регіонах дослідження, а їх наповненість є значно меншою, ніж у дорослих. Тому для опитування неповнолітніх засуджених було визначено дві виховні установи для юнаків:

Кременчуцька Полтавської області (50 респондентів)
Бережанська Тернопільської області (50 респондентів).

Таким чином, загальний обсяг вибірки – 1300 респондентів, у т.ч.:

1000 респондентів у 20 виправних чоловічих колоніях,
200 респондентів у 4 виправних жіночих колоніях,
100 респондентів у 2 виховних колоніях

На четвертому етапі проводиться відбір респондентів у самій установі.

Виправні колонії мінімального і середнього рівня безпеки складаються із наступних структурних дільниць:

1. дільниця карантину, діагностики і розподілу;
2. дільниця ресоціалізації;
3. дільниця посиленого контролю;
4. дільниця соціальної реабілітації.

Основна маса засуджених тримається в дільниці ресоціалізації. В інших дільницях засуджені перебувають нетривалий час і їх кількість практично не могла вплинути на результати опитування.

Засуджені, які утримуються у дільниці ресоціалізації, розподіляються по відділеннях соціально-психологічної служби. Вся житлова зона виправних колоній складається із локальних (обмежених) дільниць, на територіях яких функціонує по декілька відділень соціально-психологічної служби. Як правило, до складу відділення соціально-психологічної служби входить 100 засуджених.

Виходячи з цього, опитуванням охоплюються засуджені, які тримаються в дільниці ресоціалізації. Для проведення опитування в кожній установі визначається по п'ять відділень (в установах для жінок – по шість). Дані відділення відбираються таким чином, щоб вони не дислокувалися в одній локальній дільниці. У кожному відділенні проводиться відбір 10 респондентів.

Для відбору респондентів мають використовуватися списки засуджених відділення соціально-психологічної служби. Оскільки відділення складається з 100 засуджених, то крок вибірки має значення "10", тобто починаючи з "десятого номеру" обирається кожний десятий засуджений зі складу відділення. У разі відмови засудженого від участі в опитуванні відбирається наступний "номер".

Якщо при проведенні відбору засуджених не вистачає необхідної кількості респондентів (10 осіб), то подальший відбір за такою ж схемою має бути продовжено серед засуджених відділення, яке дислокувалося на цій же локальній дільниці. Опитування респондентів проходить в кімнатах виховної роботи, навчальних класах або в клубах.

Таким чином, розрахована вибіркова сукупність відтворює параметри та значимі елементи генеральної сукупності, а саме: засуджених до позбавлення волі, які тримаються в установах кримінально-виконавчої системи.

Регіони	Виправні колонії								Виховні колонії	
	Чоловічі				Жіночі				назва	кількість респондентів
	для вперше засуджених	кількість респондентів	для неодноразово засуджених	кількість респондентів	для вперше засуджених	кількість респондентів	для неодноразово засуджених	кількість респондентів		
АР Крим	№126	50	№102	50						
Донецька область	№32	50	№87	50						
Миколаївська область	№83	50	№53	50						
Харківська область	№12	50	№25	50	№54	50				
Черкаська область	№62	50	№92	50						
Одеська область	№51	50	№14	50	№74	50				
Полтавська область	№64	50	№69	50					Кременчугська	50
Житомирська область	№4	50	№71	50						
Луганська область	№19	50	№36	50						
Львівська область	№110	50	№30	50						
Тернопільська область							№63	50	Бережанська	50
Чернігівська область					№44	50				
Всього		500		500		150		50		100