



ЦЕНТР ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я МОЗ УКРАЇНИ



УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ
СОЦІАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ
імені
Олександра Яременка
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ



Державна кримінально-
виконавча служба України

АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ

за результатами інтегрованого біоповедінкового дослідження серед засуджених у рамках реалізації проекту Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією «Прискорення темпів зменшення рівня захворюваності на туберкульоз та ВІЛ за рахунок забезпечення загального доступу до своєчасної та якісної діагностики і лікування туберкульозу, шляхом розширення доказової медичної профілактики, діагностики та лікування ВІЛ та створення стійкої та життєздатної системи охорони здоров'я»



Проект реалізовано відповідно до Договору № 165 від 25.04.2019 р. про надання послуг з проведення інтегрованого біоповедінкового дослідження серед засуджених.

Авторський колектив:
О.М. Балакірева, канд. соціол. наук;
Т.В. Бондар, канд. соціол. наук;
С.Г. Васильєв;
О.А. Ганюков, канд. філос. наук;
І.О. Тітар, канд. соціол. наук.



Проект реалізовано у тісній співпраці з
Адміністрацією Державної кримінально-виконавчої служби України,
ДУ «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України»,
ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України».

Київ – 2019

ЗМІСТ

Подяки	4
Понятійний апарат, скорочення й аббревіатури	5
Ключові результати. Дані для національної та міжнародної звітності	6
ВСТУП	8
МЕТА, ЗАВДАННЯ ТА МЕТОДОЛОГІЯ	11
Розділ 1. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИЙ ПРОФІЛЬ ЗАСУДЖЕНИХ	25
<i>Резюме</i>	25
1.1. Вік, стать, сімейний стан	25
1.2. Соціальний статус до потрапляння в колонію	26
1.3. Рівень освіти засуджених	27
1.4. Строк перебування у колонії	27
1.5. Попередній досвід ув'язнення	28
Розділ 2. ПОШИРЕНІСТЬ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ СЕРЕД ЗАСУДЖЕНИХ	29
<i>Резюме</i>	29
2.1. Поширеність ВІЛ-інфекції у місцях позбавлення волі	29
2.2. Обізнаність засуджених стосовно їхнього ВІЛ-статусу	32
2.3. Призначення та отримання ВІЛ-інфікованими АРВ-терапії	34
Розділ 3. ПОІНФОРМОВАНІСТЬ ЗАСУДЖЕНИХ ПРО ШЛЯХИ ПЕРЕДАЧІ	
ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ТА ЗАХОДИ З ЇЇ ПРОФІЛАКТИКИ	35
<i>Резюме</i>	35
3.1. Обізнаність щодо ВІЛ/СНІДу та самооцінка достатності знань	35
3.2. Обізнаність засуджених щодо шляхів поширення ВІЛ-інфекції	36
Розділ 4. РИЗИКОВАНІ ПОВЕДІНКОВІ ПРАКТИКИ	39
<i>Резюме</i>	39
4.1. Вживання психоактивних речовин у місцях позбавлення волі	40
Алкоголь	40
Неін'єкційні наркотики	40
Доступність неін'єкційних наркотиків	40
Досвід вживання неін'єкційних наркотиків	42
Вік першого споживання неін'єкційних наркотиків	42
Ін'єкційні наркотики	43
Доступність	43
Досвід вживання ін'єкційних наркотиків	44
Вік першого споживання ін'єкційних наркотиків	44

Практики використання саморобного інструментарію та спільного використання інструментарію й посуду при приготуванні ін'єкційних наркотиків	45
4.2. Ризиковані статеві практики	45
Статеві практики у місцях позбавлення волі	45
Статеві партнери	46
Використання презервативів	47
4.3. Досвід татуювання	48
4.4. Вплив ризикованих поведінкових практик на поширення ВІЛ-інфекції	50
Розділ 5. ОХОПЛЕННЯ ЗАСУДЖЕНИХ ПОСЛУГАМИ З ПРОФІЛАКТИКИ, ДОГЛЯДУ ТА ЛІКУВАННЯ	52
<i>Резюме</i>	52
5.1. Самооцінка стану здоров'я	52
5.2. Наявність і джерела інформування засуджених щодо інфекційних захворювань	53
5.3. Практики звернення по медичну допомогу	55
5.4. Охоплення тестуванням на наявність інфекційних захворювань	56
5.5. Охоплення тестуванням на ВІЛ-інфекцію	57
5.6. Охоплення профілактичними програмами та програмами замісної терапії у місцях позбавлення волі	57
5.7. Охоплення засуджених профілактичними заходами	59
5.8. Лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом	60
Розділ 6. СТУПІНЬ ДОСТУПНОСТІ ТА ЯКОСТІ ПОСЛУГ З ПРОФІЛАКТИКИ, ДОГЛЯДУ ТА ЛІКУВАННЯ ВІЛ	61
<i>Резюме</i>	61
6.1. Доступність медичних послуг	61
6.2. Доступність презервативів і дезінфекційних засобів, практики отримання	62
6.3. Обізнаність щодо місць проведення тестування на ВІЛ	65
6.4. Доступність консультацій для ВІЛ-інфікованих	66
6.5. Доступність тестування на ВІЛ-інфекцію	67
6.6. До- та післятестове консультування	68
6.7. Бар'єри тестування на ВІЛ серед засуджених	70
ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ	71
Висновки	71
Рекомендації щодо протидії поширенню ВІЛ-інфекції у місцях позбавлення волі	73
Пропозиції щодо організації подальших досліджень	74

ПОДЯКИ

Звіт підготовлений колективом авторів за результатами інтегрованого біоповедінкового дослідження, реалізованого ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка».

Партнери проєкту: Адміністрація Державної кримінально-виконавчої служби України, ДУ «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України», ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України».

Автори висловлюють щирю вдячність усім партнерам проєкту за їх цінний внесок і небайдуже ставлення до всіх організаційних, методологічних та етичних аспектів дослідження, зокрема:

Відповідальним особам від Адміністрації та Центру охорони здоров'я ДКВС:

- Олегу Торкунову, заступнику Начальника по правам засуджених та осіб, взятих під варту;
- Євгену Ханюкову, програмному менеджеру Проєктів GF та PATH «Serving life»;
- Валерію Калівошку, начальнику Управління соціально-виховної та психологічної роботи із засудженими Адміністрації Державної кримінально-виконавчої служби України;
- Анатолію Криворуку, начальнику відділу громадського здоров'я ДУ «Центр громадського здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України»;
- Наталії Недашковській, консультанту з програмної звітності проєктів GF;
- Марії Скоропляс, головному спеціалісту Управління соціально-виховної та психологічної роботи із засудженими Адміністрації Кримінально-виконавчої служби України.

Відповідальним особам від ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»:

- Ользі Боканчі – консультанту Глобального фонду з діяльності Державної кримінально-виконавчої служби України;
- Інни Імшенецькій, начальнику відділу координації наукових досліджень ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»;
- Ользі Климовій, лікарю-інфекціоністу відділу управління міжнародними проєктами та міжнародної співпраці ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»;
- Оксані Ковтун, провідному фахівцю з координації наукових досліджень ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України».

Експертам та учасникам Робочої групи проєкту:

- Ірині Андріановій, завідувачці референс-лабораторії з діагностики ВІЛ-інфекції/СНІДу ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»;
- Олександрю Гатіятулліну, голові правління ГО «Україна без тортур»;
- Наталії Салабай, консультанту UNAIDS.

Окрема подяка співробітникам ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка», задіяним у реалізації проєкту (зборі та обробці первинної інформації, її аналізу та підготовці тематичних аналітичних звітів за окремими дослідницькими компонентами): Лілії Матвиєвській, Марії Мошурі, Лідії Романовській, Юлії Арабській.

Щира подяка респондентам – особам, які перебувають у місцях позбавлення волі, за їхню довіру, приділену увагу та бажання долучитися до дослідження.

Понятійний апарат, скорочення й аббревіатури

- Біоповедінкове дослідження – соціологічне поведінкове дослідження та біологічне дослідження, пов'язані в часі та місці з одним і тим самим респондентом
- Вибіркова сукупність – частина генеральної сукупності, об'єкти якої слугують основними об'єктами спостереження. Ця частина генеральної сукупності відбирається за спеціальними правилами таким чином, щоб її характеристики відображали властивості всієї генеральної сукупності та отримати повне уявлення про всю сукупність у цілому
- Генеральна сукупність – об'єкт дослідження або його частина, стосовно якого досліджується проблема і на яку поширюються результати дослідження
- ГО – громадська організація, легалізована згідно із законодавством України
- ДКВС – Державна кримінально-виконавча служба України
- Зв'язане з поведінковим дослідження – скринінгові та підтверджуючі дослідження на антитіла до ВІЛ серед респондентів соціологічного дослідження, результати яких (позитивний чи негативний статус засудженого) пов'язуються з практикуванням певних ризикованих моделей поведінки та поінформованості щодо передачі ВІЛ/СНІДу
- ЗОЗ – заклад охорони здоров'я
- МВ – серологічні маркери ВІЛ
- Польовий етап біоповедінкового дослідження – збір даних методом самозаповнення анкет засудженими під контролем інтерв'юера та тестування респондентів на наявність ВІЛ з використанням швидких тестів
- Самозаповнення анкети – метод отримання інформації, за якого респондент самостійно заповнює опитувальний бланк (анкету)
- ГО «УІСД ім. О. Яременка» – Громадська організація «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка»
- ЦГЗ – Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»
- ЦОЗ ДКВС – Державна установа «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України»
- ШТ – швидкі тести

Ключові результати. Дані для національної та міжнародної звітності¹

(Абсолютна кількість N зазначена для незваженого масиву даних²)

<p>Поширеність ВІЛ-інфекції серед засуджених (за даними тестування), % (Чисельник – кількість позитивних результатів за тестуванням, N = 107; знаменник – кількість засуджених, які пройшли тестування, крім двох колоній³, N=945)</p>	8,9	Стать	Чоловіки, N=645	8,4
			Жінки, N=300	17,0
		Вік ⁴	До 25 років, N=141	2,0
			Старші ніж 25 років, N=793	10,2
		Регіон ⁵	Західний, N=106	8,2
			Південний, N=110	13,6
			Південно-Східний, N=225	15,7
			Північно-Східний, N=260	2,6
Центральний, N=175	6,8			
Центрально-Західний, N=70	6,1			
<p>Охоплення антиретровірусною терапією⁶ засуджених, які є ВІЛ-позитивними одночасно за самодекларацією та результатами тестування⁷, % (Чисельник – кількість засуджених, які повідомили, що отримують АРВ-терапію, знаменник – кількість засуджених, які є ВІЛ-позитивними одночасно за результатами тестування і за самовизначенням), N=65</p>	86,4	Стать	Чоловіки, N=30	86,8
			Жінки, N=35	83,3
		Вік	До 25 років, N=2	0
			Старші ніж 25 років, N=63	86,4
		Регіон	Західний, N=8	100
			Південний, N=10	100
			Південно-Східний, N=21	82,4
			Північно-Східний, N= 8	33,3
			Центральний, N=15	100
			Центрально-Західний, N=3	66,7

¹ Руководство ЮНЕЙДС 2018. Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа 2019. Индикаторы для мониторинга выполнения Политической декларации Организации Объединенных Наций по прекращению эпидемии СПИДа. URL: <https://www.unaids.org/ru/resources/documents/2018/Global-AIDS-Monitoring>

² Докладніше про зважування: див. с. 21–23

³ Докладніше щодо визначення рівня ВІЛ-інфікування та виключення двох колоній: див. с. 21–23.

⁴ Дані наведено серед тих опитаних, які зазначили свій вік; 9 засуджених не вказали свій вік при заповненні анкети.

⁵ Тут і далі регіональний розподіл здійснено за прийнятими у ДКВС України підходами до сегментації регіонів (відповідно до структури міжрегіональних управлінь з питань виконання кримінальних покарань). Детальний розподіл областей за регіонами наведено на с. 13.

⁶ Частина тих, які отримують АРВ-терапію.

⁷ Анкета побудована таким чином, що у разі ненадання засудженим під час самодекларації відповіді про свій ВІЛ-позитивний статус, йому надалі не ставилися запитання про АРВ-терапію.

Засуджені, які живуть з ВІЛ та знають про свій статус⁸, % <i>(за результатами опитування та даними тестування),</i> <i>N=107</i>	53,0	Стать	Чоловіки, N=58	50,7
			Жінки, N=49	66,7
		Вік	До 25 років, N=5	0
			Старше 25 років, N=102	55,0
		Регіон	Західний, N=12	66,7
			Південний, N=16	57,1
			Південно-Східний, N=39	43,2
			Північно-Східний, N=15	50,0
Центральний, N=20	71,4			
Центрально-Західний, N=5	66,7			

Тестування на ВІЛ серед засуджених, % <i>(питома вага засуджених, які повідомили, що проходили тестування на ВІЛ),</i> <i>N=1001</i>	71,9	Стать	Чоловіки, N=701	70,7
			Жінки, N=300	78,3
		Вік ⁹	До 25 років, N=128	74,5
			Старші ніж 25 років, N=864	71,4
		Регіон	Західний, N=131	64,5
			Південний, N=110	65,4
			Південно-Східний, N=225	77,7
			Північно-Східний, N=260	73,5
Центральний, N=175	77,0			
Центрально-Західний, N=70	56,8			

Знання про профілактику ВІЛ-інфекції, % <i>(за результатами опитування, питома вага тих, які надали правильні відповіді на кожне з 5-ти запитань, відповідь «не знаю» реєструвалася як неправильна),</i> <i>N=1001</i>	26,4	Стать	Чоловіки, N=701	26,7
			Жінки, N=300	21,4
		Вік ¹⁰	До 25 років, N=128	20,8
			Старші ніж 25 років, N=864	27,6
		Регіон	Західний, N=131	15,9
			Південний, N=110	29,0
			Південно-Східний, N=255	30,4
			Північно-Східний, N=260	25,7
Центральний, N=175	28,2			
Центрально-Західний, N=70	21,1			

⁸ Довідково: 16,9% ВІЛ-інфікованих (за результатами тестування) відмовилися відповідати на запитання про їх ВІЛ-статус.

⁹ 9 засуджених не позначили свій вік при заповненні анкети.

¹⁰ 9 засуджених не позначили свій вік при заповненні анкети.

ВСТУП

У світі з ВІЛ-інфекцією живе близько 38 мільйонів людей, серед яких 23,3 мільйона отримують антиретровірусне лікування (за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я та ЮНЕЙДС)¹¹.

Україна сьогодні посідає одне з перших місць серед країн європейського регіону за кількістю ВІЛ-позитивних осіб. За оціночними даними, у 2018 р. в країні проживало 360 000 ВІЛ-позитивних людей. Питома вага ВІЛ-інфікованих серед дорослого населення (від 15 до 49 років) становить 1,5%, що є одним з найвищих показників серед країн регіону¹².

За даними Європейського центру з контролю та профілактики захворюваності та Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я, регіон Східної Європи та Центральної Азії, до якого територіально належить Україна, – єдиний у світі, де продовжує зростати кількість нових випадків ВІЛ-інфекції та смертей від СНІДу¹³.

Протягом 2018 р. в Україні щодня реєструвалося 50 випадків захворювання на ВІЛ-інфекцію, 24 – захворювання на СНІД і дев'ять випадків смерті від хвороб, зумовлених СНІДом.

Згідно з офіційними статистичними даними за 1987 р. – травень 2019 р., у країні офіційно зареєстровано 341 084 випадки ВІЛ-інфекції серед громадян України, зокрема 114 487 випадків захворювання на СНІД і 49 751 випадок смерті від захворювань, зумовлених СНІДом.

Станом на 01.04.2019 р. у закладах охорони здоров'я під медичним наглядом перебувало 142 076 ВІЛ-інфікованих громадян України (показник 336,5 на 100 000 населення), зокрема 46 987 хворих із діагнозом «СНІД» (111,3 на 100 000 населення).

За останні п'ять років країна досягла значного прогресу в лікуванні ВІЛ-позитивних осіб. Охоплення антиретровірусною терапією зросло майже вдвічі (з 56 000 до 102 000 осіб), утримання на терапії через 12 і більше місяців від її початку зросло з 69% до 88%.

Відповідно до Стратегії UNAIDS на 2016–2021 роки «На шляху прискорення для подолання СНІДу», для припинення епідемії ВІЛ-інфекції необхідно вжити заходів для того, щоб до кінця 2020 р. 90% ЛЖВ знали про свій ВІЛ-статус, 90% людей, які знають про свій позитивний ВІЛ-статус, отримували відповідне

¹¹ Інформаційний бюлетень – Глобальна статистика щодо ВІЛ за 2018 рік. ЮНЕЙДС. URL: <https://www.unaids.org/ru/resources/fact-sheet>

¹² Україна у 2018 році. ЮНЕЙДС. URL: <https://www.unaids.org/ru/regionscountries/countries/ukraine>

¹³ Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції станом на 01.04.2019. Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilsnid/statistika-z-vilsnidu>

лікування і 90% людей, які лікуються, мали невизначувані рівні вірусного навантаження ВІЛ. Таким чином, в Україні до 2020 р. додатково 97 000 ЛЖВ мають бути охоплені лікуванням, а 87 000 з них – мати невизначувані рівні вірусу в крові¹⁴.

Пенітенціарні установи є закладами підвищеного ризику щодо поширення соціально небезпечних інфекцій, зокрема ВІЛ-інфекції. Станом на 1 березня 2019 р. сфера управління Державної кримінально-виконавчої служби України налічувала 148 установ. Крім того, 29 установ знаходилися на тимчасово непідконтрольних українській владі територіях Донецької та Луганської областей. Ще у 17 установах засуджені не утримувалися внаслідок оптимізації їх діяльності. У цілому на території України в установах виконання покарань і слідчих ізоляторах утримувалися 54 677 осіб¹⁵.

За даними відомчої статистики¹⁶, станом на 01.05.2019 р. у 122 установах ДКВС утримувалося 3880 ВІЛ-інфікованих осіб, зокрема у колоніях середнього та мінімального рівня безпеки – 2269 ВІЛ-інфікованих:

- у колоніях середнього рівня безпеки для чоловіків, які вперше засуджені до позбавлення волі – 412 ВІЛ-інфікованих осіб;
- у колоніях середнього рівня безпеки для чоловіків, які раніше відбували покарання у виді позбавлення волі – 1634 ВІЛ-інфікованих осіб;
- у колоніях мінімального рівня безпеки із загальними умовами тримання для вперше засуджених до позбавлення волі жінок – 117 ВІЛ-інфікованих осіб;
- у колоніях мінімального рівня безпеки із загальними умовами тримання для неодноразово засуджених до позбавлення волі жінок – 106 ВІЛ-інфікованих жінок.

Проведення інтегрованого біоповедінкового дослідження серед засуджених як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління є важливою складовою контролю за епідемічною ситуацією в Україні.

Протягом 2004–2017 рр. у місцях позбавлення волі проведено низку соціологічних та біоповедінкових досліджень з метою визначити рівень поширення ВІЛ-інфекції та залежності показників інфікування від ризикованих поведінкових практик засуджених.

З 2009 р. одночасно з опитуванням засуджених відбувалося зв'язане тестування на наявність ВІЛ-інфекції (табл.1).

¹⁴ Там само.

¹⁵ Загальна характеристика Державної кримінально-виконавчої служби України. URL: <http://kvs.gov.ua/harakteristika/01.03.2019.pdf>

¹⁶ Лист ЦОЗ ДКВС «Щодо надання статистичних даних для біоповедінкового дослідження» від 13.05.2019 р. № 2846/04-09.

**Зведені дані щодо досліджень у місцях позбавлення волі,
проведених у 2004–2017 рр.**

Рік	Виконавець	Кількість установ, в яких проводилося дослідження	Кількість респондентів	Показник ВІЛ-інфікування, %
2004	Аналітичний центр «Соціоконсалтинг» ¹⁷	12	1240	5,0*
2007	Аналітичний центр «Соціоконсалтинг» ¹⁸	12	1234	7,0*
2009	Аналітичний центр «Соціоконсалтинг» ¹⁹	26	1300	15,0
2011	ГО «УІСД ім. О. Яременка» ²⁰	26	1300	14,0
2013	Аналітичний центр «Соціоконсалтинг» ²¹	30	1471	11,0
2017	Аналітичний центр «Соціоконсалтинг» ²²	25	1000	7,6

* У 2004 і 2007 роках тестування засуджених не відбувалося. Респонденти повідомляли про свій ВІЛ-статус, відповідаючи на запитання анкети.

З метою подальшого контролю за епідемічною ситуацією в місцях позбавлення волі у квітні – грудні 2019 р. ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка» проведено інтегроване біоповедінкове дослідження серед засуджених.

¹⁷ Аналитический отчет "Мониторинг осведомленности и поведения осужденных как компонент эпиднадзора за ВИЧ второго поколения". URL: http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2016/08/zr_ru.pdf

¹⁸ Там само.

¹⁹ Аналітичний звіт за результатами зв'язаного дослідження «Моніторинг поінформованості, поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції серед засуджених як компонент епіднадзора за ВІЛ другого покоління». URL: http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2016/08/zvit_zak09.pdf

²⁰ «Моніторинг поінформованості, поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед засуджених як компонент епіднадзора за ВІЛ другого покоління». URL: <http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2012/me/idu2011.pdf>

²¹ Аналітичний звіт «Поширеність ВІЛ-інфекції та ризикованої поведінки серед засуджених». URL: https://i-rc.org.ua/files/ohorona-zdorovya/Brief_Ukr_f.pdf

²² Моніторинг поінформованості, поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції та інших соціально-небезпечних захворювань серед засуджених як компонент епіднадзора за ВІЛ другого покоління. URL: <http://sociocon.org/uk/publications/>

МЕТА, ЗАВДАННЯ ТА МЕТОДОЛОГІЯ

Мета дослідження

Визначити поширеність ВІЛ-інфекції та ризикованих поведінкових практик щодо ВІЛ серед засуджених та оцінити ефективність профілактичних і лікувальних програм в установах Державної кримінально-виконавчої служби України.

Завдання дослідження

- Оцінити рівень поширеності ВІЛ серед засуджених у порівнянні з результатами попередніх досліджень і статистичними даними.
- Визначити рівень поінформованості засуджених про шляхи передачі ВІЛ-інфекції та заходи з її профілактики.
- Виявити рівень поширеності ризикованих поведінкових практик щодо інфікування ВІЛ серед засуджених (татування нестерильними інструментарієм, вживання ін'єкційних наркотиків, незахищені статеві контакти тощо).
- Оцінити рівень охоплення засуджених послугами з профілактики, догляду та лікування, зокрема тестування на ВІЛ.
- Визначити ступінь доступності та якості послуг з профілактики, догляду та лікування ВІЛ для засуджених.
- Розробити рекомендації для прийняття програмних рішень щодо надання послуг з профілактики, догляду та лікування ВІЛ-інфекції та пропозиції відносно подальших досліджень, необхідних для контролю за епідемією ВІЛ/СНІДу та відповіді на неї в установах ДКВС.
- Розрахувати дані для національної та міжнародної звітності (GAM), з дезагрегацією за віком і статтю та інтерпретацією даних, затвердженими ДКВС.

Метод

Інтегроване біоповедінкове дослідження, яке складається з:

- самозаповнення анкети респондентами у групі під контролем інтерв'юера та співробітника установи ДКВС;
- тестування респондентів із використанням швидких тестів на виявлення серологічних маркерів ВІЛ.

Генеральна і вибіркова сукупність

Генеральна сукупність

Засуджені жінки та чоловіки віком від 18 років і старше, які відбувають покарання в установах ДКВС, а саме у виправних колоніях (табл. 2, 3).

Таблиця 2

Розподіл засуджених за типами виправних колоній

Тип виправної колонії	Кількість колоній	Кількість засуджених
Для чоловіків, які вперше засуджені до позбавлення волі	32	12 258
Для чоловіків, які раніше відбували покарання у виді позбавлення волі	30	16 893
Для жінок, які вперше засуджені до позбавлення волі	7	1233
Для жінок, які неодноразово засуджені до позбавлення волі	3	488
РАЗОМ	72	30 872

Таблиця 3

Розподіл областей за макрорегіонами (відповідно до складу Міжрегіональних управлінь з питань виконання кримінальних покарань), кількість колоній і засуджених у макрорегіонах

Макрорегіони	Області	Кількість колоній	Кількість засуджених
Західний	<ul style="list-style-type: none"> ● Волинська ● Закарпатська ● Івано-Франківська ● Львівська ● Рівненська ● Тернопільська 	11	3 529
Південний	<ul style="list-style-type: none"> ● Кіровоградська ● Одеська ● Миколаївська ● Херсонська ● Автономна республіка Крим та м. Севастополь²³ 	10	4 481
Південно-Східний	<ul style="list-style-type: none"> ● Дніпропетровська ● Донецька ● Запорізька 	18	8 319
Північно-Східний	<ul style="list-style-type: none"> ● Луганська ● Сумська ● Харківська ● Полтавська 	12	5 700

²³ Дані щодо АР Крим та м. Севастополь не враховувалися при розрахунку вибіркової сукупності.

Макрорегіони	Області	Кількість колоній	Кількість засуджених
Центральний	<ul style="list-style-type: none"> ● Житомирська ● Київська ● Черкаська ● Чернігівська 	13	6 034
Центрально-Західний	<ul style="list-style-type: none"> ● Вінницька ● Хмельницька ● Чернівецька 	8	2 809
РАЗОМ		72	30 872

Вибіркова сукупність

Вибірка стратифікована, триступенева, квотна з випадковим відбором респондентів на останньому етапі, сформована окремо для кожного макрорегіону дослідження.

При визначенні страт використано надані Адміністрацією Державної кримінально-виконавчої служби України статистичні дані.

До вибірки не включено: слідчі ізолятори (через високу плинність контингенту), виправні центри, виховні колонії (через неможливість для коректного аналізу даних кількість неповнолітніх засуджених), спеціалізовані лікувальні заклади з особливими умовами утримання та лікування засуджених.

Формування вибіркової сукупності відбувалось у чотири етапи:

На першому етапі визначено чотири страти, для кожної з яких задано квоти відповідно до питомої ваги засуджених у кожній із страт, для отримання статистично значущих даних квота респондентів-жінок була збільшена до 300 осіб (табл. 4).

Таблиця 4

Розподіл квот за статтю засуджених і типом колонії

Тип виправної колонії	Кількість респондентів	Всього
Чоловічі колонії, в яких відбувають покарання вперше засуджені	280	700
Чоловічі колонії, в яких відбувають покарання неодноразово засуджені	420	
Жіночі колонії, в яких відбувають покарання вперше засуджені	215	300
Жіночі колонії, в яких відбувають покарання неодноразово засуджені	85	

Розрахунок квот для опитування засуджених чоловіків

Під час розрахунку квот для засуджених чоловіків виключено:

- слідчі ізолятори;
- виховні колонії;

- спеціалізовані лікувальні заклади з особливими умовами утримання та лікування засуджених:
 - Снігурівська спеціалізована туберкульозна лікарня № 5;
 - Голопристанська спеціалізована туберкульозна лікарня № 7;
 - Херсонська спеціалізована туберкульозна лікарня № 61;
 - Покровська спеціалізована туберкульозна лікарня № 17.

Питома вага вперше засуджених до відбування покарання чоловіків становить 42,1%. Питома вага неодноразово засуджених становить 57,9%. При загальному обсязі вибіркової сукупності 700 чоловіків розподіл респондентів здійснено пропорційною до їх питомої ваги у закладах різного типу: колоніях для вперше засуджених – 280 респондентів (40% вибірки), колоніях для неодноразово засуджених – 420 респондентів (60% вибірки).

У системі Державної кримінально-виконавчої служби України на час проведення дослідження функціонувало 62 виправних заклади для засуджених повнолітніх чоловіків, у яких відбували покарання 29 151 засуджених, у тому числі 12 258 – у колоніях для вперше засуджених і 16 893 – у колоніях для неодноразово засуджених.

Питому вагу засуджених чоловіків за макрорегіонами та типом закладу показано у табл. 5.

Таблиця 5

Розподіл засуджених чоловіків за макрорегіоном і типом колонії

Макрорегіони	Колонії для вперше засуджених чоловіків		Колонії для неодноразово засуджених чоловіків		Всього засуджених чоловіків	Питома вага всіх засуджених чоловіків, %
	Кількість		Кількість			
	колоній	засуджених	колоній	засуджених		
Західний	6	1528	3	1650	3178	10,9
Південний	4	1742	5	2587	4329	14,9
Південно-Східний	6	2974	9	4941	7915	27,2
Північно-Східний	6	2513	4	2644	5157	17,7
Центральний	5	2201	6	3562	5763	19,8
Центрально-Західний	5	1300	3	1509	2809	9,6
РАЗОМ	32	12 258	30	16 893	29151	100,0

З урахуванням питомої ваги засуджених за макрорегіонами, а також їх розподілу за колоніями для вперше засуджених і неодноразово засуджених,

дослідження проведено у таких 20 закладах для утримання засуджених чоловіків (табл. 6).

Таблиця 6

Колонії для утримання засуджених чоловіків, в яких проведено дослідження; за макрорегіоном і типом колонії

Макрорегіони	Колонії для вперше засуджених чоловіків		Колонії для неодноразово засуджених чоловіків	
	Установа	Респондентів	Установа	Респондентів
Західний	ДУ «Дрогобицька виправна колонія (№ 40)» – Львівська область, м. Дрогобич	30	ДУ «Личаківська виправна колонія (№ 30)» – м. Львів	41
Південний	ДУ «Північна виправна колонія (№ 90)» – м. Херсон, 2-ге північне селище	25	ДУ «Одеська виправна колонія (№ 14)» – м. Одеса	50
Південно-Східний	ДУ «Жовтоводська виправна колонія № 26)» – Дніпропетровська область, м. Жовті Води	25	ДУ «Солонянська виправна колонія (№ 21)» – Дніпропетровська область, Солонянській район, с. Аполлонівка	40
	ДУ «Криворізька виправна колонія (№ 80)» – Дніпропетровська область, м. Кривий Ріг	25	ДУ «Синельниківська виправна колонія (№ 94)» – Дніпропетровська область, Синельниківській район, с. Шахтарське	40
	ДУ «Біленьківська виправна колонія (№ 99)» – Запорізька область, Запорізькій район, с. Біленьке	25	ДУ «Кам'янська виправна колонія (№ 101)» – Запорізька область, Вільнянській район, смт. Кам'яне	40
Північно-Східний	ДУ «Полтавська виправна колонія (№ 64)» – м. Полтава, промвузол Затурино	30	ДУ «Олексіївська виправна колонія (№ 25)» – м. Харків	45
	ДУ «Диканівська виправна колонія (№ 12)» – м. Харків	30	ДУ «Харківська виправна колонія (№ 43)» – м. Харків	45
Центральний	ДУ «Житомирська виправна колонія (№ 4) – м. Житомир	30	ДУ «Коростеньська виправна колонія (№ 71) – Житомирська область, м. Коростень	40

Макрорегіони	Колонії для вперше засуджених чоловіків		Колонії для неодноразово засуджених чоловіків	
	Установа	Респондентів	Установа	Респондентів
	ДУ «Бориспільська виправна колонія (№ 119) – Київська область, Бориспільській район, с. Мартусівка	30	ДУ «Білоцерківська виправна колонія (№ 35) – Київська область, м. Біла Церква	40
Центрально-Західний	ДУ «Літинська виправна колонія (№ 123)» – Вінницька область, смт. Літин	30	ДУ «Вінницька виправна колонія (№ 86)» – м. Вінниця	40
	РАЗОМ	280		421
	Питома вага у вибірковій сукупності, %	40		60
	<i>Довідково:</i> питома вага у генеральній сукупності, %	42,1		57,9

Розрахунок квот для опитування засуджених жінок

У системі Державної кримінально-виконавчої служби України функціонують 7 закладів, в яких відбувають покарання 1721 повнолітня жінка, зокрема 1233 з них (71,6%) – у колоніях для вперше засуджених, а 488 (28,4%) – у колоніях для неодноразово засуджених.

Питому вагу засуджених жінок за макрорегіонами та типом закладу показано у табл. 7.

Таблиця 7

Розподіл засуджених жінок за макрорегіоном і типом колонії

Макрорегіони	Колонії для вперше засуджених жінок		Колонії для неодноразово засуджених жінок		Всього засуджених жінок	Питома вага всіх засуджених, %
	Кількість		Кількість			
	колоній	засуджених	колоній	засуджених		
Західний	1	277	1	74	351	20,4
Південний	1	152	–	–	152	8,8
Південно-Східний	3	404	–	–	404	23,5
Північно-Східний	1	279	1	264	543	31,6
Центральний	1	121	1	150	271	15,7
Центрально-Західний	–	–	–	–	–	–
РАЗОМ	7	1233	3	488	1721	100

Мінімальна кількість учасників дослідження у страті, достатня для коректного аналізу даних – 300 осіб. Відповідно до питомої ваги засуджених жінок у закладах різного типу, було опитано 215 (72%) жінок у колоніях для вперше засуджених, 85 (28%) – у колоніях для неодноразово засуджених.

Квота для опитування респондентів у кожній колонії розрахована, відповідно до питомої ваги засуджених жінок у колоніях кожного типу. Таким чином, опитано 300 повнолітніх жінок у 6 колоніях (табл. 8).

Таблиця 8

Розподіл опитаних жінок, за макрорегіоном і типом колонії

Макро-регіони	Колонії для вперше засуджених жінок		Колонії для неодноразово засуджених жінок	
	Установа	Кількість респондентів	Установа	Кількість респондентів
Західний	ДУ «Збаразька виправна колонія (№ 63) – Тернопільська область, Збаразький район, с. Доброводи	60	-	-
Південний	ДУ «Чорноморська виправна колонія (№ 74)», м. Одеса	35	-	-
Південно-Східний	ДУ «Кам'янська виправна колонія (№ 34)» – Дніпропетровська область, м. Кам'янське	60	-	-
	ДУ «Качанівська виправна колонія (№ 54)» – Харківська область, м. Харків	60	-	-
Північно-Східний	-	-	ДУ «Надержищинська ВК (№ 65)» – Полтавська область, Полтавський район, с. Божкове	50
Центральний	-	-	ДУ «Чернігівська виправна колонія (№ 44)», м. Чернігів	35
Центрально-Східний	-	-	-	-
РАЗОМ		215		85
Питома вага у вибірковій сукупності, %		72		28
<i>Довідково:</i> питома вага у генеральній сукупності, %		71,6		28,4

Таким чином, обсяг реалізованої вибіркової сукупності становить 1001 респондента, які відбувають покарання у місцях позбавлення волі у 26-ти виправних колоніях 12-ти областей України, у тому числі:

- вперше засуджені чоловіки – 280 осіб;
- неодноразово засуджені чоловіки – 421 особа;
- вперше засуджені жінки – 215 осіб;
- неодноразово засуджені жінки – 85 осіб.

Розподіл респондентів за макрорегіонами та колоніями:

- Західний – 3 колонії, 131 респондент;
- Південний – 3 колонії, 110 респондентів;
- Південно-Східний – 8 колоній, 225 респондентів;
- Північно-Східний – 5 колоній, 260 респондентів;
- Центральний – 5 колоній, 175 респондентів;
- Центрально-Західний – 2 колонії, 70 респондентів.

На другому етапі було здійснено відбір відділення випадковим чином, щоб забезпечити однакову ймовірність потрапляння до вибіркової сукупності для всіх відділень. У кожній колонії було обрано 4–7 відділень (залежно від розташування та комплектації), які територіально знаходяться ізольовано одне від одного.

На третьому етапі було здійснено відбір респондентів із заданим кроком.

Залежно від кількості засуджених у відділенні було розраховано крок відбору респондентів. Так, якщо у відділенні утримується 80 засуджених, серед яких слід опитати 10, то застосовувався крок відбору 8. Крок було розраховано за формулою:

Крок відбору = кількість засуджених / запланована кількість опитаних.

Якщо засуджений відмовлявся від участі в дослідженні, інтерв'юер обирав наступного за списком.

У межах кожного окремого відділення було обрано 10–13 осіб, які знаходяться в зоні ресоціалізації (тобто не перебувають у дільниці карантину, діагностики та розподілу чи посиленого режиму), розуміють українську чи російську мову, є письменними.

Критерії виключення респондентів:

- Відмова надати письмову або усну інформовану згоду на участь у дослідженні.
- Відмова від однієї з двох складових дослідження (заповнення анкети або тестування).
- Незнання української або російської мови.
- Неписемність.

- Перебування у штрафному ізоляторі.
- Перебування у медичному ізоляторі або на стаціонарному лікуванні.
- Залучення до участі у виробничому процесі.

Порядок тестування на ВІЛ-інфекцію

Тестування на ВІЛ використовувалося для визначення рівня поширеності ВІЛ-інфекції серед засуджених. Групове до- та післятестове консультування усім учасникам дослідження було надано медичними працівниками виправних колоній, які пройшли відповідний тренінг з консультування й отримали сертифікат. Повідомляючи засудженому його ВІЛ-статус, медичний працівник колонії проводив індивідуальне післятестове консультування. За бажанням засудженому було запропоновано отримати офіційну довідку про його ВІЛ-статус.

Тести, що використовувались у проєкті:

- 1-й тест (скринінговий етап). WANTAI BIO-PHARM RAPID TEST FOR ANTIBODY TO (HIV 1+2) Card Test) Кат. № WJ-1810EU. Тест-система імунохроматографічна для виявлення антитіл до вірусу імунодефіциту людини типу 1 і типу 2 в сироватці, плазмі чи цільній крові людини (виробництва Wantai Bio-Pharm, Китай), Комплектація: 10 тестів + буфер + спиртові серветки + піпетки + безпечні ланцети).
- 2-й тест (підтверджувальний етап, у разі отримання позитивного результату скринінгового тестування). Тест First Response HIV 1-2.0 Card Test, Premier Medica Corporation Private Limited, Cat. 105FRC05. Комплектація: 5 тестів + буфер + спиртові серветки + піпетки + безпечні ланцети (чут. – 100%, спец. – 100,0%, 20 мкл крові, час обліку 15 хв).

Результати тестування фіксувалися медичним працівником у медичному журналі у прив'язці до унікального коду, наданого кожному з респондентів при прийомі заповнених анкет.

Етичні засади дослідження

Для розробленого Протоколу та інструментарію було отримано позитивний висновок Комісії з професійної етики соціолога Соціологічної асоціації України.

Етичні засади дослідження сформовані на базі Кодексу професійної етики соціолога Соціологічної асоціації України²⁴ та Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження»²⁵. Згадані настанови призначені для дотримання міжнародних етичних принципів, зокрема таких:

²⁴ Кодекс професійної етики соціолога. URL: <http://www.sau.kiev.ua/codex.html>

²⁵ Гельсінська декларація Всесвітньої медичної асоціації "Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження". URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_005

- Інформована згода: перед залученням до дослідження респондентів інтерв'юер інформував їх про умови участі та процедуру дослідження. Усі учасники підтвердили, що вони розуміють і погоджуються з усіма положеннями, та підписали інформовану згоду.
- Добровільна участь: респонденти мали право висловлювати свою точку зору з усіх питань, а також відмовитися від відповіді на будь-які запитання або подальше проведення опитування в будь-який момент.
- Конфіденційність: інтерв'юер інформував всіх учасників про конфіденційність їх участі у дослідженні. Інформація, яку надав респондент, була використана без ідентифікації особи та в узагальненому вигляді. Усі дані дослідження зберігаються в спеціально обладнаних приміщеннях ГО «УІСД ім. О. Яременка». Інтерв'юери не фіксували прізвищ або інших ідентифікаційних даних на анкетах та інших документах дослідження. Після збору даних весь дослідницький інструментарій зберігається в спеціальному приміщенні ГО «УІСД ім. О. Яременка», без доступу сторонніх осіб.

Залучені до дослідження фахівці на кожному з етапів реалізації дослідження (планування, збору даних, обробки та аналізу даних) підписували угоду про нерозголошення інформації, що стане їм відомою завдяки участі в проєкті.

Підготовка персоналу

Для збору необхідної інформації з дотриманням вимог і забезпечення достовірності й надійності даних було організовано й проведено навчальний тренінг зі збору даних для регіональних організаторів та інтерв'юерів. До підготовки та проведення тренінгу були залучені співробітники ГО «УІСД ім. О. Яременка», Адміністрації та Центру охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України, Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України.

Відповідно до програми тренінгу, учасники:

- ознайомлені з метою та методологією дослідження;
- поінформовані щодо етичних засад проведення дослідження;
- навчені відбору відділень і респондентів;
- відпрацювали алгоритм проведення опитування;
- здійснили апробацію анкети для проведення опитування з цільовою групою;
- здійснили апробацію заповнення купонів і всіх польових документів;
- проінструктовані щодо технології збору інформації на рівні колонії;
- ознайомлені з вимогами щодо дотримання правил безпеки під час перебування на режимній території.

Обмеження дослідження

Обмеження дослідження пов'язані з побудовою та реалізацією вибіркової сукупності, а також із специфікою цільової аудиторії.

Недостатній освітній рівень респондентів негативно вплинув на якість заповнення ними анкет. Для деяких засуджених було складно заповнювати таблиці та дотримуватися переходів.

Інколи застосована в опитувальнику термінологія невірно розумілася респондентами. Так, деякі засуджені перепитували, що означає «ВІЛ-негативний» і «ВІЛ-позитивний статус».

Незважаючи на надані гарантії конфіденційності, деякі респонденти недостатньо щиро відповідали на запитання щодо ризикованих поведінкових практик, заборонених правилами внутрішнього розпорядку (вживання психоактивних речовин, зберігання приладдя для татуювання, статеві контакти між засудженими тощо).

Оскільки подібні обмеження характерні для кожної з хвиль біоповедінкових досліджень серед засуджених, їх можна вважати прийнятними для оцінки ситуації у місцях позбавлення волі у динаміці.

Контроль за якістю даних

Контроль за якістю даних у межах дослідження було забезпечено таким чином:

1. Після самозаповнення анкети респондентом інтерв'юер перевіряв повноту заповнення анкет і за потреби пропонував респонденту надати відповіді на пропущені запитання.
2. За необхідності, інтерв'юери надавали респондентам пояснення щодо незрозумілих їм формулювань в анкеті.
3. Наприкінці тестування інтерв'юер разом із медичним співробітником звіряв номери виданих талонів з медичним журналом, який заповнювався медичним працівником. номери, які були відсутні у медичному журналі, вибраковувалися, а дані з відповідної анкети не використовувалися при аналізі результатів.
4. Контроль за послідовністю й правильністю виконання соціологічного компонента здійснювали інтерв'юери ГО «УІСД ім. О. Яременка», а контроль за реалізацією епідеміологічного компонента – медичні працівники колоній. Такий підхід дозволив забезпечити подвійний контроль якості отриманих даних.

5. Представники ГО «УІСД ім. О. Яременка» з метою контролю якості роботи інтерв'юерів і дотримання методики здійснили 9 моніторингових візитів до колоній.
6. Для попередження помилок на етапі введення даних програміст:
 - при розробці макетів для введення задав умови, за яких неможливо ввести цифри, що не відповідають варіантам відповіді на запитання анкети;
 - проводив логічний контроль на етапі обробки масиву даних;
 - перевіряв масив на правильність вводу даних і дотримання переходів та фільтрів, заданих в анкеті;
 - виключив дублювання введених анкет;
 - здійснив розрахунки лінійного та крос-табуляційного розподілу відповідей на запитання анкети для перевірки їх логічності.

Зважування та калібрування даних, похибка вибірки

Відповідно до наданих ДКВС статистичних даних, у виправних закладах утримуються 30 872 ув'язнених, у тому числі 29 151 чоловік (94,4% від загальної кількості) і 1721 жінка (5,6% від загальної кількості). Кількість опитаних становила 1001 особу, у тому числі 701 чоловік (70% від загальної кількості) та 300 жінок (30% від загальної кількості). З метою приведення структури вибіркової сукупності у відповідність із структурою генеральної сукупності, масив даних було зважено за статтю. Відповідно, після процедури зважування кількість спостережень залежно від статевого розподілу становить: чоловіків – 944, жінок – 56 (відповідно 94,4% та 5,6%).

Оскільки структури генеральної та вибіркової сукупності за типом колонії (колонії для вперше засуджених і колонії для неодноразово засуджених) практично збігаються (табл. 9), то зважування масиву за типом колонії не здійснювалося.

Для розрахунків результатів на загальному масиві використано коефіцієнт w_t .

Питома вага ВІЛ-інфікованих, що визначена за статистичними даними ДУ «ЦОЗ ДКВС України»²⁶, у колоніях трьох типів (для неодноразово засуджених чоловіків; для вперше засуджених жінок; для неодноразово засуджених жінок) цілком співвідносна з результатами тестування в межах біоповедінкового дослідження: відмінності сягають значень, які менші за довірчий інтервал з урахуванням кількості опитаних респондентів.

Істотні відмінності між рівнем ВІЛ-інфікування, за даними статистики (Лист ДУ «ЦОЗ ДКВС України») та за результатами біоповедінкового дослідження, зафіксовані для колоній для вперше засуджених до позбавлення волі чоловіків.

²⁶ Лист ЦОЗ ДКВС «Щодо надання статистичних даних для біоповедінкового дослідження» від 13.05.2019 р. № 2846/04-09.

**Структури генеральної й вибіркової сукупності
за типом колонії та статтю**

Тип виправної колонії	Генеральна сукупність		Вибіркова сукупність	
	Кількість засуджених, осіб	Питома вага засуджених, %	Кількість респондентів, осіб	Питома вага респондентів, %
Колонії для чоловіків	29151	100	701	100
<i>У тому числі:</i>				
• колонії для вперше засуджених	12258	2,1	280	40
• колонії для неодноразово засуджених	16893	57,9	421	60
Колонії для жінок	1721	100	300	100
<i>У тому числі:</i>				
• колонії для вперше засуджених	1 233	71,6	215	72
• колонії для неодноразово засуджених	488	28,4	85	28
Колонії для чоловіків	29151	94,4	701	70
Колонії для жінок	1721	5,6	300	30
РАЗОМ	30 872	100	1001	100

Додатковий аналіз результатів, отриманих під час інтегрованого біоповедінкового дослідження, показав, що результати тестування у двох колоніях (№ 26 і № 40) аномально відрізняються від даних, отриманих в інших колоніях цієї підгрупи. (Ці колонії належать до закладів, у яких утримуються вперше засуджені до позбавлення волі чоловіки).

Існуючі практики статистичного аналізу результатів вибірових досліджень передбачають перевірку отриманих даних на «стійкість» і застосування методу «калібрування». Тому для перевірки статистичних гіпотез і пошуку надійного результату було вилучено із загального масиву даних ті, що показали аномальні відхилення від середніх у вибірці (результати тестування 55 засуджених до позбавлення волі у колоніях № 26 і № 40). Це потребувало розрахунку іншого коефіцієнта зважування для розрахунків індикаторів, пов'язаних з рівнем ВІЛ-інфікування (сформовано коефіцієнт зважування wt_test1_new).

За даними зменшеної бази спостережень (N=945)²⁷, розрахунок рівня ВІЛ-інфікування із застосуванням «зважування» вибіркової сукупності, відповідно до описаної в протоколі дослідження процедури, показав, що **рівень ВІЛ-інфікування, за результатами дослідження, становить 8,9%** на вибірці у

²⁷ Для розрахунків на обмеженому масиві в базі даних сформовано змінну «filter_\$».

945 респондентів. За такої кількості респондентів довірчий інтервал отриманих даних становить $\pm 1,88\%$ при співвідношенні змінних від 0,1 до 0,9 (докладніше див. у Розділі 2).

З огляду на це, результати біоповедінкового дослідження (за умов використання процедури виключення «аномальних» результатів рівня ВІЛ-інфікування з бази даних для аналізу) та оцінка методом апроксимації є узгодженими між собою для всіх чотирьох типологічних груп колоній.

У цьому звіті дані щодо показників ВІЛ-інфікування наведені за результатами розрахунків вибірки, що становить 945 респондентів, інші дані – вибірки, що становить 1001 респондент.

При аналізі результатів варто враховувати довірчі інтервали, розраховані з урахуванням кількості спостережень у кожній групі (табл. 10).

Таблиця 10

Наповнення різних груп респондентів і довірчі інтервали

	Кількість респондентів ²⁸ , N = ...	Стандартні відхилення при достовірних 95% і співвідношенні змінних, %	
		від 0,1–0,9	до 0,5–0,5
Засуджені	1001	1,83	3,05
<i>За статтю:</i>			
Чоловіки	701	2,20	3,66
Жінки	300	3,09	5,14
<i>За типом колонії:</i>			
Колонії для засуджених, які відбувають покарання вперше	495	2,59	4,32
Колонії для засуджених, які раніше відбували покарання	506	2,58	4,30
<i>За ВІЛ-статусом:</i>			
ВІЛ-позитивні	107	6,67	9,46
ВІЛ-негативні	838	2,0	3,34
<i>За макрорегіонами:</i>			
Західний	131	5,15	8,58
Південний	110	5,60	9,33
Південно-Східний	255	3,67	6,11
Північно-Східний	260	4,14	6,91
Центральний	175	4,43	7,39
Центрально-Західний	70	7,02	11,7
<i>За досвідом споживання ін'єкційних наркотиків:</i>			
Мають досвід споживання ін'єкційних наркотиків	291	3,43	5,72
Не мають досвіду споживання ін'єкційних наркотиків	710	2,18	3,64

²⁸ Незважені дані, дані щодо ВІЛ-позитивних представлено без врахування колоній № 26 і № 40.

Розділ 1. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИЙ ПРОФІЛЬ ЗАСУДЖЕНИХ

Резюме

1. Середній вік засуджених чоловіків становить 35 років, медіанний вік – 34 роки. Середній вік жінок, які відбувають покарання, становить 40,5 років, медіанний вік – 39 років.
2. Майже половина (46,6%) засуджених чоловіків під час опитування заявили, що вони неодружені, серед жінок незаміжніми є кожна четверта (24,6%).
3. Лише незначна частка ув'язнених до потрапляння в колонію мали умовно благополучний соціальний статус: третина (32,6%) з них мали постійну роботу. 16% засуджених до потрапляння у колонію були безробітними, 31% ув'язнених жінок – «займалися домашнім господарством».
4. Освітній рівень засуджених доволі низький: 30,9% не мають завершеної середньої освіти.
5. Понад 42% засуджених перебувають у виправному закладі понад 2 роки.
6. 41% засуджених відбувають покарання вперше, інші 59% неодноразово потрапляли до виправних закладів.

1.1. Вік, стать, сімейний стан

Середній вік засуджених чоловіків становить 35 років, медіанний вік – 34 роки. Середній вік жінок, які відбувають покарання, становить 40,5 років, медіанний вік – 39 років. До молодшої вікової групи – від 18 до 29 років – належить третина всіх засуджених чоловіків і кожна п'ята засуджена жінка (рис. 1.1.1).

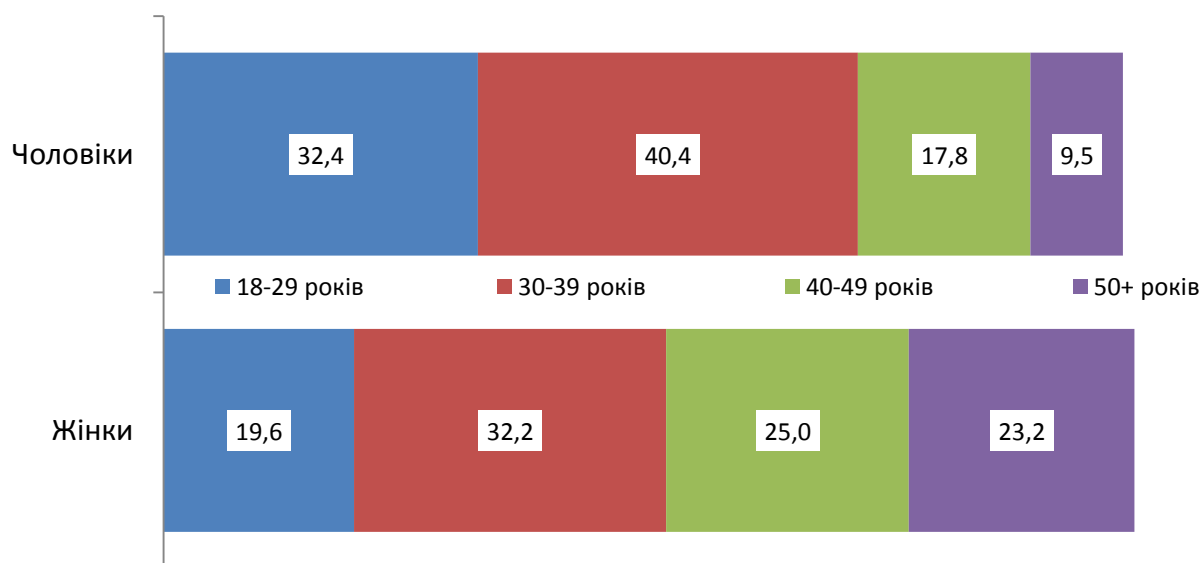


Рис. 1.1.1. Питома вага засуджених різного віку серед чоловіків і жінок, %
Джерела даних: Частка відповідей на запитання: А1. «Ваш вік ___ повних років», N=1001

Майже половина засуджених чоловіків під час опитування заявили, що вони неодружені, серед жінок незаміжніми є лише кожна четверта. Водночас серед жінок високою є питома вага удовиць – понад 19% (рис. 1.1.2).



Рис. 1.1.2. Сімейний стан засуджених за статтю, %

Джерело даних: Частка відповідей на запитання: А3. «Ваш сімейний статус», N=1001

1.2. Соціальний статус до потрапляння в колонію

Лише незначна частка ув'язнених до потрапляння в колонію мали умовно благополучний соціальний статус: менше ніж третина чоловіків (32,8%) та жінок (31,0%) мали постійну роботу, ще 28,2% чоловіків і 18,2% жінок – випадкові заробітки; 12,7% жінок і 16,3% чоловіків при заповненні анкет повідомили, що «на волі» були безробітними. Високою є питома вага жінок, які зазначили, що до потрапляння в колонію «займалися домашнім господарством» – 30,9%, поміж чоловіків цей показник становить 10,8% (рис. 1.2.1).

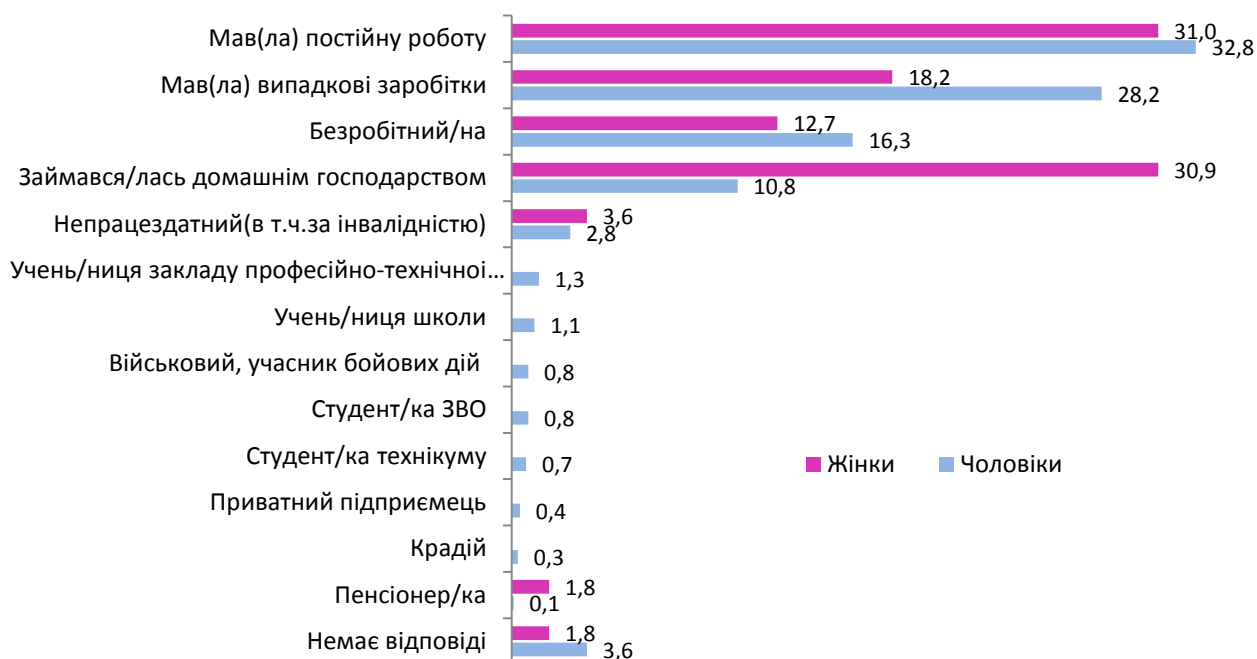


Рис. 1.2.1. Соціальний статус засуджених до потрапляння в колонію, за статтю, %

Джерело даних: Частка відповідей на запитання: А4. «Яким було Ваше основне заняття до потрапляння в колонію?», N=1001

1.3. Рівень освіти засуджених

Освітній рівень засуджених доволі низький: майже третина (30,9%) не мають завершеної середньої освіти, ще приблизно стільки ж спромоглися завершити навчання у середній школі. У цілому лише половина респондентів мають неповну або повну середню освіту. Істотних відмінностей у рівні освіти між ув'язненими чоловіками та жінками не виявлено (рис. 1.3.1).

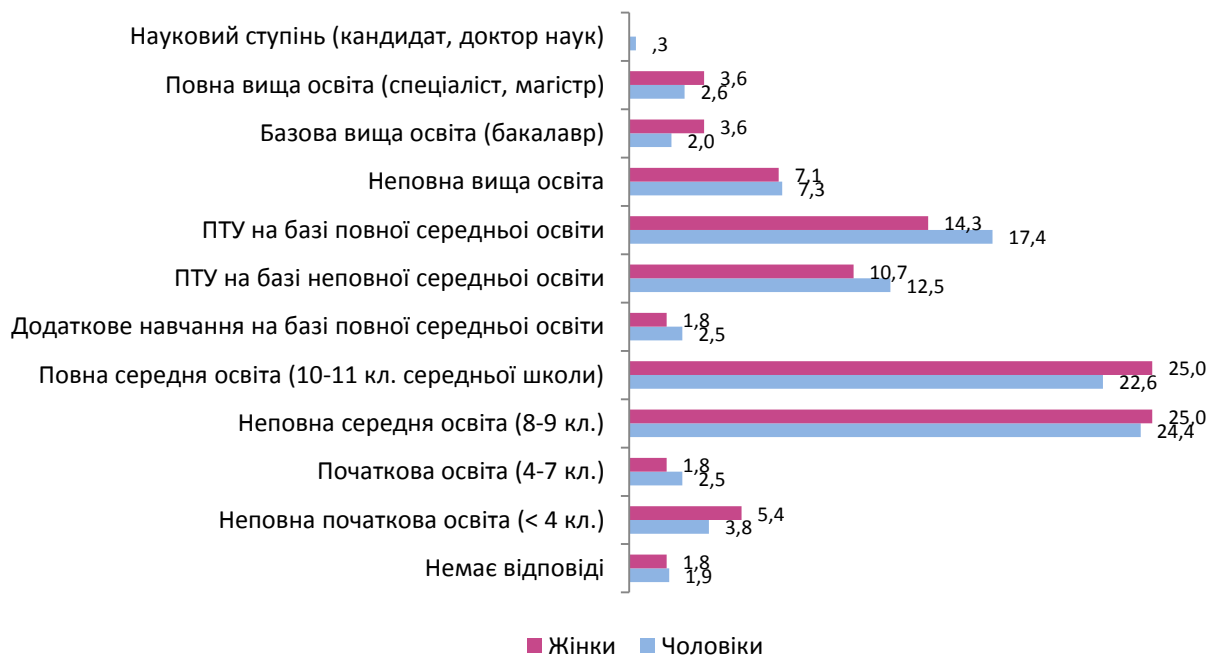


Рис. 1.3.1. Освітній рівень засуджених, за статтю, %

Джерело даних: Частка відповідей на запитання: А5. «Ваша освіта?», N=1001

1.4. Строк перебування у колонії

Понад 42% засуджених перебувають у виправному закладі понад 2 роки, кожен десятий – має досвід перебування у колонії менше ніж 3 місяці (рис. 1.4.1).

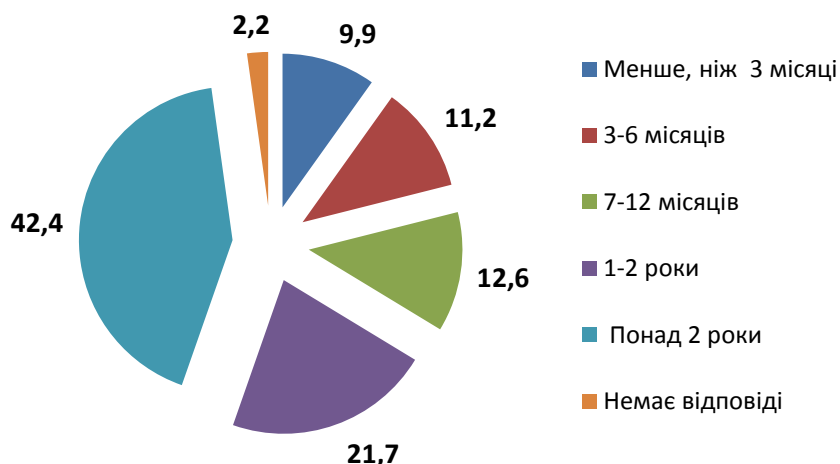


Рис. 1.4.1. Тривалість перебування засуджених у виправному закладі, %

Джерело даних: Частка відповідей на запитання: А6. «Як довго Ви перебуваєте у цій колонії?», N=1001

Серед ув'язнених молодшого віку (18–29 років) питома вага осіб, які перебувають у колонії понад 2 роки, є найменшою – 33,4%, при середньому показнику у вибірці у 42,5%. Розподіл засуджених за терміном їх перебування у виправному закладі практично не залежить від їхньої статі – показники серед засуджених чоловіків і жінок приблизно однакові.

1.5. Попередній досвід ув'язнення

Вперше відбувають покарання 41% засуджених, інші 59% неодноразово потрапляли до виправних закладів; понад дві третини ув'язнених жінок потрапили до колонії вперше, серед чоловіків 61% мають досвід неодноразового відбуття покарання (рис. 1.5.1).

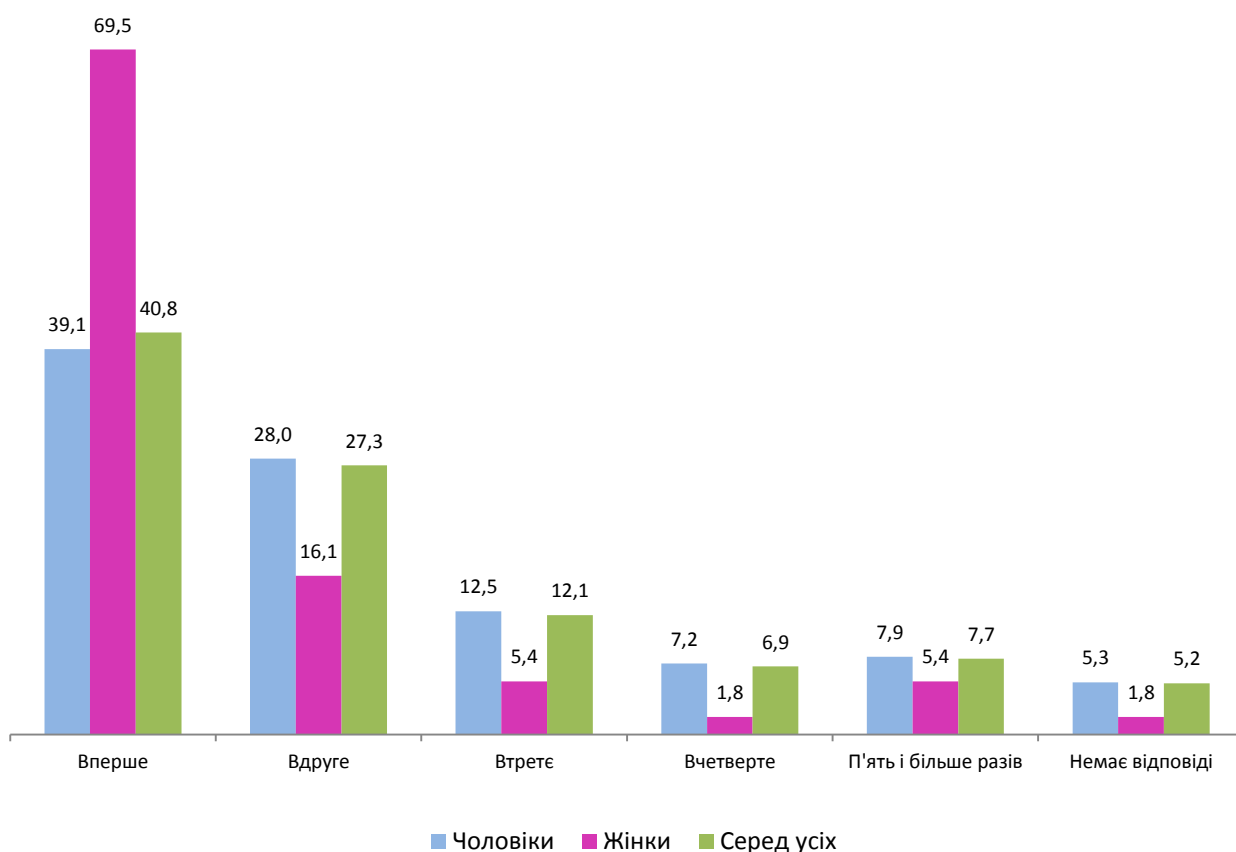


Рис. 1.5.1. Досвід перебування у місцях позбавлення волі, за статтю, %
Джерело даних: Частина відповідей на запитання: А7. «Який раз Ви перебуваєте в колонії?», N=1001

Із віком лінійно збільшується питома вага неодноразово засуджених: від 43% поміж ув'язнених віком 18–29 років до 71% серед осіб віком більше ніж 50 років.

Розділ 2. ПОШИРЕНІСТЬ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ СЕРЕД ЗАСУДЖЕНИХ

Резюме

1. Показник ВІЛ-інфікування у місцях позбавлення волі становить 8,9%, у тому числі серед ув'язнених чоловіків – 8,4%, серед жінок – 17,0%.
2. Серед ВІЛ-інфікованих засуджених 53,0% виявилися обізнаними щодо свого статусу, 14,5% засуджених при заповненні анкети зазначили статус, який суперечить результатам тестування.
3. 10,8% ВІЛ-інфікованих під час опитування заперечували, що коли-небудь проходили тестування на ВІЛ.
4. Серед респондентів, які виявилися ВІЛ-позитивними відповідно до самодекларації та за результатами тестування, 95,5% відповіли, що їм призначили АРВ-терапію, 86,6% – отримують таку терапію, 71,1% – отримують АРВ-препарати вчасно.
5. Про прийняття АРВ-препаратів під час опитування повідомили 45,8% ВІЛ-інфікованих за результатами тестування.

2.1. Поширеність ВІЛ-інфекції у місцях позбавлення волі

За результатами тестування засуджених, показник ВІЛ-інфікування у місцях позбавлення волі становить 8,9%, у тому числі серед ув'язнених чоловіків – 8,4%, серед жінок – 17,0%. Показники інфікування істотно відрізняються серед засуджених, які коли-небудь вживали ін'єкційні наркотики, та серед тих, які такого досвіду не мають (відповідно 15,9% і 5,7%) (рис. 2.1.2). Найвищим рівень інфікування є поміж засуджених віком 40–49 років (14,9%), у віковій групі 18–29 років він найменший і становить 4,9% (рис. 2.1.3).

Питома вага ВІЛ-інфікованих лінійно зростає залежно від кількості ув'язнень: від 3,7% серед тих, які відбувають покарання вперше, до 21,6% поміж тих, які ув'язнені п'ять і більше разів (рис. 2.1.4).

Найвищий рівень інфікування засуджених виявлено у Південно-Східному регіоні (колонії, розташовані у Дніпропетровській і Запорізькій областях) – 15,7%, найнижчий – у Північно-Східному регіоні (Полтавській і Харківській областях) – 2,6% (рис. 2.1.5).

У колоніях для вперше засуджених рівень інфікування ВІЛ становить 4,4%, у колоніях для неодноразово засуджених – 12,2% (рис. 2.1.6).

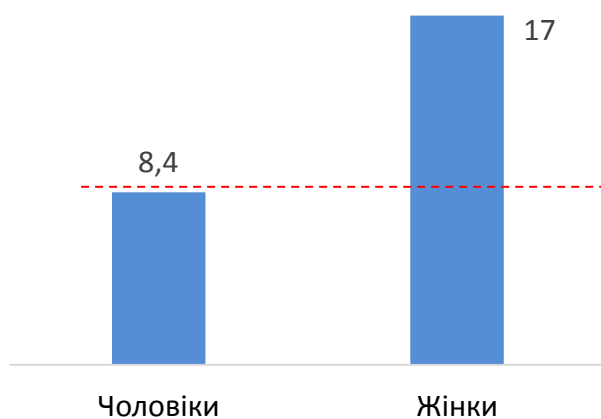


Рис. 2.1.1. Показники ВІЛ-інфікування за результатами тестування, за статтю, %

Джерела даних: Частка відповідей на запитання: А2. «Ваша стать?»; медичні журнали з результатами тестування, N=945

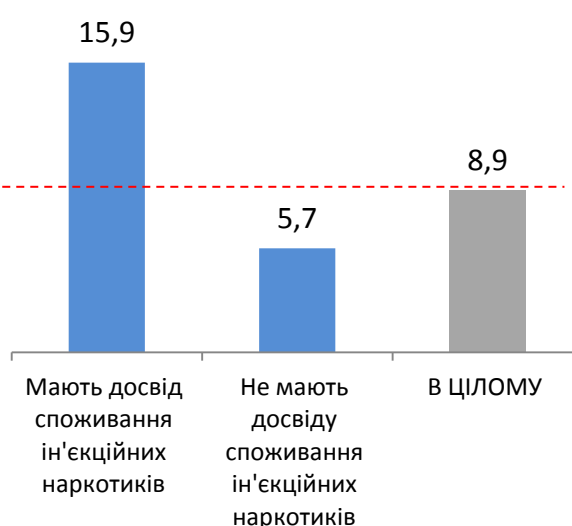


Рис. 2.1.2. Показники ВІЛ-інфікування за результатами тестування, за досвідом споживання ін'єкційних наркотиків, %

Джерела даних: Частка відповідей на запитання: С2. «Які психоактивні речовини Ви особисто коли-небудь вживали?»; медичні журнали з результатами тестування, N=945

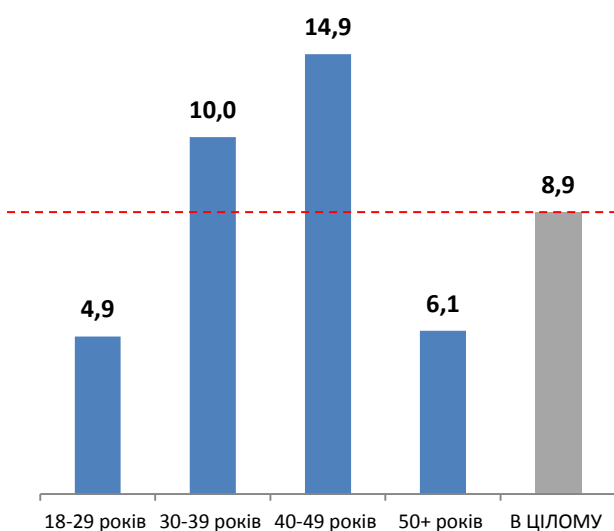


Рис. 2.1.3. Показники ВІЛ-інфікування серед засуджених різного віку, %

Джерела даних: Частка відповідей на запитання: А1. «Ваш вік __повних років?»; медичні журнали з результатами тестування, N=945

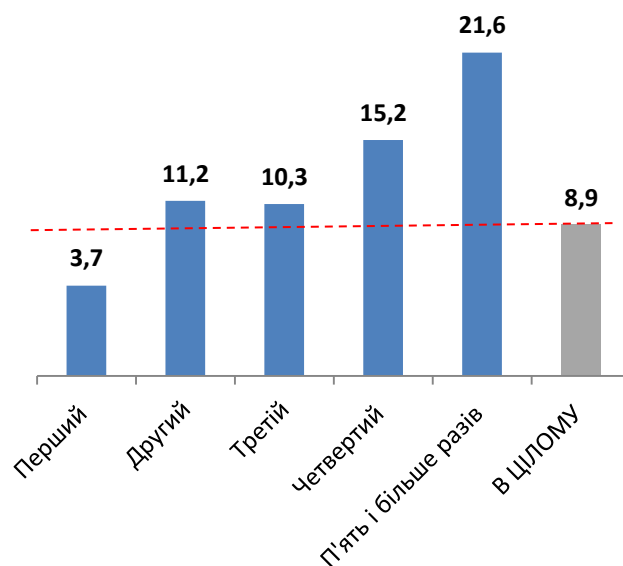


Рис. 2.1.4. Показники ВІЛ-інфікування за кількістю ув'язнень, %

Джерела даних: Частка відповідей на запитання: А7. «Який раз Ви перебуваєте в колонії?»; медичні журнали з результатами тестування, N=945

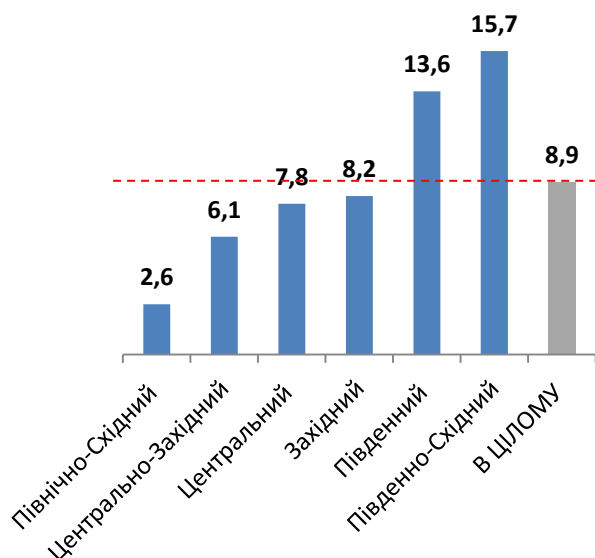


Рис. 2.1.5. Показники ВІЛ-інфікування за макрорегіонами, %

Джерело даних: Медичні журнали з результатами тестування, N=945

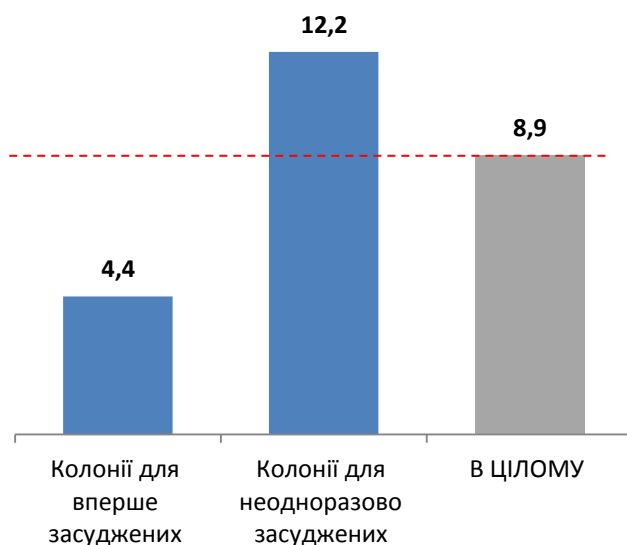


Рис. 2.1.6. Показники ВІЛ-інфікування за типом колонії, %

Джерело даних: Медичні журнали з результатами тестування, N=945

Протягом 2004–2019 рр. у закладах ДКВС було проведено низку досліджень з метою визначення рівня ВІЛ-інфікування засуджених. У 2004 та 2007 роках тестування не відбувалося, засуджені повідомляли свій ВІЛ-статус, відповідаючи на запитання анкети. У 2009, 2011, 2013, 2017 і 2019 роках у виправних закладах були проведені зв'язані біоповедінкові дослідження: разом з анкетуванням засуджених проводилося тестування на ВІЛ-інфекцію. Крім дослідження 2017 р., зафіксовано тенденцію до поступового зниження рівня ВІЛ-інфікування з 15% у 2009 р. до 8,9% у 2019 р. У 2015 р. показник ВІЛ-інфікування засуджених у закладах пенітенціарної системі становив 15%, у 2011 р. – 14%, у 2013 р. – 11,0%, у 2017 р. – 7,6%, у 2019 р. – 8,9% (рис. 2.1.6).

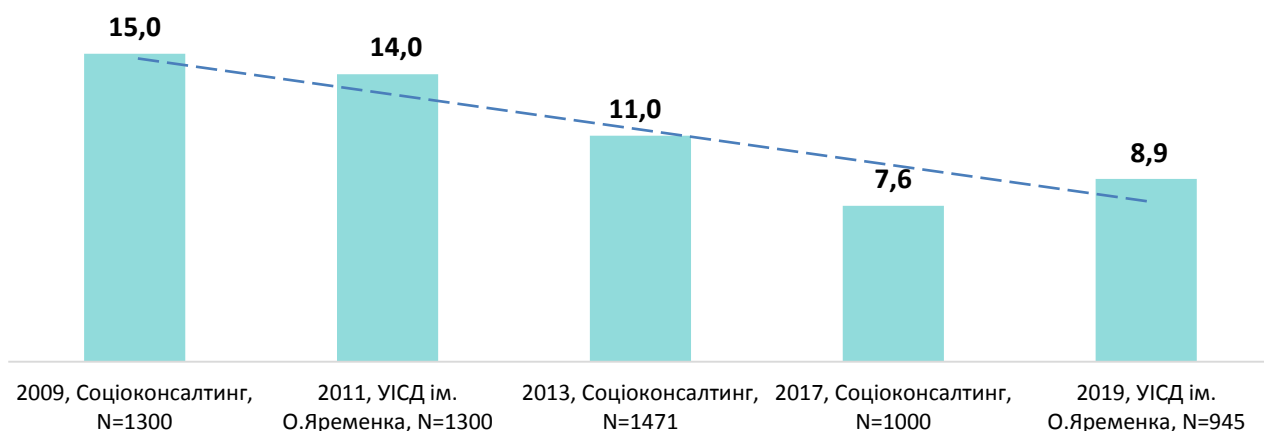


Рис. 2.1.7. Питома вага ВІЛ-інфікованих засуджених, за результатами інтегрованих біоповедінкових досліджень 2009–2019 рр., %.

Джерела даних: Аналітичні звіти за результатами інтегрованих біоповедінкових досліджень (див. посилання на с. 11).

2.2. Обізнаність засуджених стосовно їхнього ВІЛ-статусу

Перед тестуванням на ВІЛ-інфекцію засуджені повідомляли свій ВІЛ-статус, відповідаючи на запитання анкети. Серед тих, у кого при тестуванні було виявлено ВІЛ-інфекцію, лише 53,0% виявилися обізнаними щодо свого статусу, ще 16,9% повідомили про небажання відповідати на запитання, 7,2% вказали, що власний ВІЛ-статус їм невідомий; 14,5% засуджених зазначили статус, який суперечить результатам тестування (рис. 2.2.1).



Рис. 2.2.1. Обізнаність ВІЛ-інфікованих засуджених щодо свого ВІЛ-статусу, серед тих, у кого виявлено ВІЛ-позитивний статус за результатами тестування (N=107), %

Джерела даних: Частка відповідей на запитання: Н13. «Ми ще раз нагадуємо, що гарантуємо повну анонімність і конфіденційність Ваших відповідей! Для аналізу доступності медичної та соціальної допомоги засудженим, які живуть з ВІЛ, просимо Вас вказати Ваш ВІЛ-статус»; медичні журнали з результатами тестування.

Слід зазначити, що 36 респондентів, які повідомили, що мають ВІЛ-позитивний статус, за результатами тестування виявилися ВІЛ-негативними (табл. 2.2.1). Це може свідчити про те, що деякі із засуджених некоректно сприймають значення термінів «позитивний» і «негативний» щодо статусу ВІЛ-інфікування. В інструментарії (анкеті) майбутніх досліджень варто використовувати більш зрозумілі для засуджених формулювання «ВІЛ-інфікований» (або «Маю ВІЛ-інфекцію») замість «ВІЛ-позитивний» та «не інфікований ВІЛ» (або «Не маю ВІЛ-інфекції») замість «ВІЛ-негативний». Із 107 засуджених, які виявилися ВІЛ-інфікованими за результатами тестування, при заповненні анкети лише 65 зазначили, що мають позитивний статус.

ВІЛ-статус респондентів: за самодекларацією та за результатами тестування (N=945), осіб

		ВІЛ-статус згідно із самодекларацією (відповідь на запитання Н13 анкети)					Всього
		ВІЛ- позитив- ний статус	ВІЛ- негатив- ний статус	Не знають свій ВІЛ- статус	Не хочуть відпо- відати	Немає відповіді	
За результатами тестування	ВІЛ- позитив- ний статус	65	12	7	16	7	107
	ВІЛ- негативний статус	36*	382	188	122	110	838
Разом		101	394	195	138	117	945

*Поміж 36 засуджених, які не є ВІЛ-позитивними за результатами тестування, однак декларували ВІЛ-позитивний статус під час опитування, 11 осіб зазначили, що вони отримують АРВ-терапію. Це може означати, що швидкі тести показали негативний ВІЛ-статус через низький рівень вірусного навантаження внаслідок АРВ-терапії.

Методологією дослідження не було передбачено проведення додаткового тесту при виникненні таких випадків. Крім того, не було передбачено ознайомлення медичних працівників колоній з відповідями засуджених стосовно їх ВІЛ-статусу та отримання АРТ.

Вважаємо за доцільне розглянути можливість впровадження у майбутніх дослідженнях методологічних підходів для з'ясування ситуації у випадках контраверсійних результатів самовизначення та швидких тестів. Це дозволить більш точно визначати поширення ВІЛ-інфекції у виправних закладах.

Під час опитування 10,8% ВІЛ-інфікованих заперечували, що коли-небудь проходили тестування на ВІЛ (відповідно до методики дослідження, опитування засуджених відбувалося до того, як вони проходили тестування) (рис. 2.2.2).

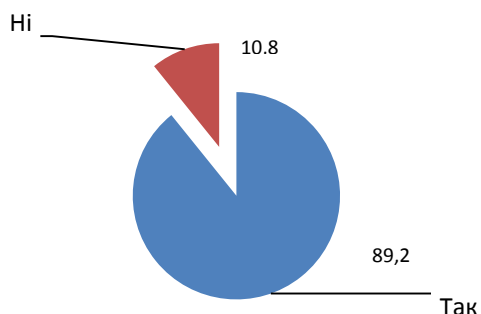


Рис. 2.2.2. Питома вага ВІЛ-інфікованих засуджених, які підтверджують («так») або заперечують («ні») проходження ними тестування на ВІЛ, %

Джерела даних: Частина відповідей на запитання: G4. «Ми не запитуємо Вас про результат, але чи проходили Ви коли-небудь тестування на ВІЛ?»; медичні журнали з результатами тестування, N=945

2.3. Призначення та отримання ВІЛ-інфікованими АРВ-терапії

Консультації лікаря-інфекціоніста щодо ВІЛ-інфекції пропонувалися 79,5% респондентів, які є ВІЛ-позитивними відповідно до самодекларації²⁹ та за результатами тестування. Лабораторне дослідження рівня вірусного навантаження пропонувалося також 79,5%. ВІЛ-інфікованих респондентів (відповідно до самодекларації та за результатами тестування). Отримали консультації щодо ВІЛ-інфекції 61,4%, пройшли лабораторне дослідження 59,1% таких засуджених.

Серед респондентів, які виявилися ВІЛ-позитивними відповідно до самодекларації та за результатами тестування, 95,5% відповіли, що їм призначили АРВ-терапію, 86,6% зазначили, що отримують таку терапію, 71,1% отримують АРВ-препарати вчасно.



Рис. 2.3.1. Питома вага ВІЛ-інфікованих (за результатами тестування та відповідями на запитання анкети) засуджених, яким пропонувалися та були отримані консультації, призначено та отримується АРВ-терапія, %, N=65

Джерела даних: Частки ствердних відповідей на запитання: К1. «Чи пропонували Вам в установі, де Ви перебуваєте, отримати консультацію та допомогу лікаря-інфекціоніста центру СНІДу з таких питань...? К1.1. Консультації щодо ВІЛ-інфекції. К1.2. Лабораторне дослідження рівня вірусного навантаження»; К2. «Чи отримали Ви цю допомогу?»; К3. «Чи призначив Вам лікар антиретровірусну терапію (АРТ)?»; К4. «Чи приймаєте Ви зараз АРВ-препарати, перебуваючи у колонії?»: медичні журнали з результатами тестування.

²⁹ Відповідно, їм далі ставилися запитання про проходження АРВ-терапії тощо. Респондентам, які відмовилися відповідати на запитання про свій ВІЛ-статус або назвали його ВІЛ-негативним, наступні запитання не ставились.

Розділ 3. ПОІНФОРМОВАНІСТЬ ЗАСУДЖЕНИХ ПРО ШЛЯХИ ПЕРЕДАЧІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ТА ЗАХОДИ З ЇЇ ПРОФІЛАКТИКИ

Резюме

1. Відомо про ВІЛ-інфекцію 79,9% засуджених, 47,7% вважають свої знання достатніми.
2. Правильні відповіді на кожне з 13-ти запитань щодо можливих шляхів поширення ВІЛ-інфекції надали 7,4% засуджених.
3. Правильні відповіді на кожне з 5-ти запитань щодо можливих шляхів поширення ВІЛ-інфекції надали 26,4% засуджених.

3.1. Обізнаність щодо ВІЛ/СНІДу та самооцінка достатності знань

Відомо про ВІЛ-інфекцію 79,9% засуджених, найвища питома вага поінформованих про інфекцію серед ВІЛ-позитивних (86,7%) та серед жінок (85,7%) (рис. 3.1.1).

Засуджені вельми критично оцінюють рівень власної обізнаності: менше ніж половина з них (47,7%) вважає свої знання достатніми, у тому числі 39,3% жінок. ВІЛ-позитивні частіше за інших (53,0%) схильні вважати свої знання про ВІЛ-інфекцію достатніми (рис. 3.1.2).

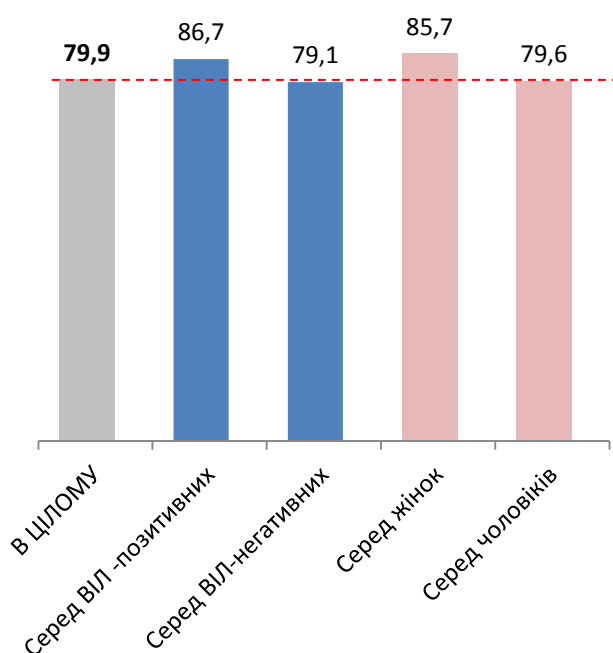


Рис. 3.1.1. Обізнаність засуджених щодо ВІЛ-інфекції, за статтю та ВІЛ-статусом, %

Джерело даних: Частка ствердних відповідей на запитання: E1. «Чи відомо Вам про вірус імунодефіциту людини (ВІЛ), який призводить до захворювання на СНІД?», N=1001

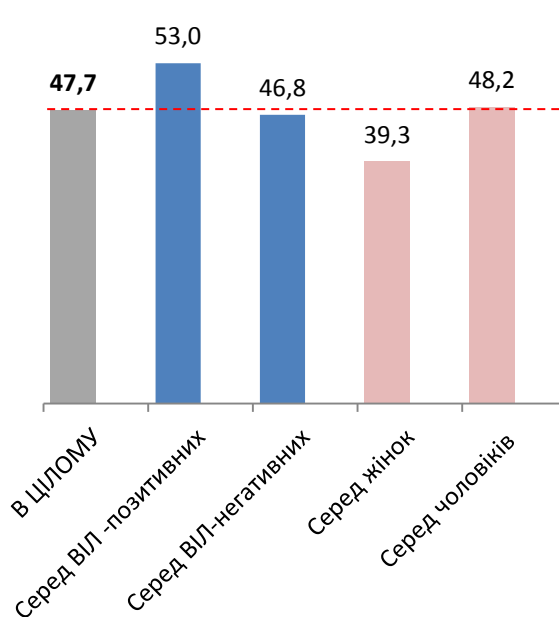


Рис. 3.1.2. Самооцінка засудженими достатності знань щодо ВІЛ-інфекції, за статтю та ВІЛ-статусом, %

Джерело даних: Частка ствердних відповідей на запитання: E2. «Чи вважаєте Ви свої знання про ВІЛ/СНІД достатніми?», N=1001

3.2. Обізнаність засуджених щодо шляхів поширення ВІЛ-інфекції

Засудженим було запропоновано відповісти на 13 запитань щодо можливих шляхів поширення ВІЛ-інфекції. Питома вага правильних відповідей коливається від 75,3% (на запитання: «Чи можна інфікуватися ВІЛ, використовуючи для ін'єкцій шприц, який був використаний іншою людиною?») до 16,3% (на запитання: «Чи можна інфікуватися ВІЛ під час орального сексу (через рот) без використання презерватива?») (рис. 3.2.1).

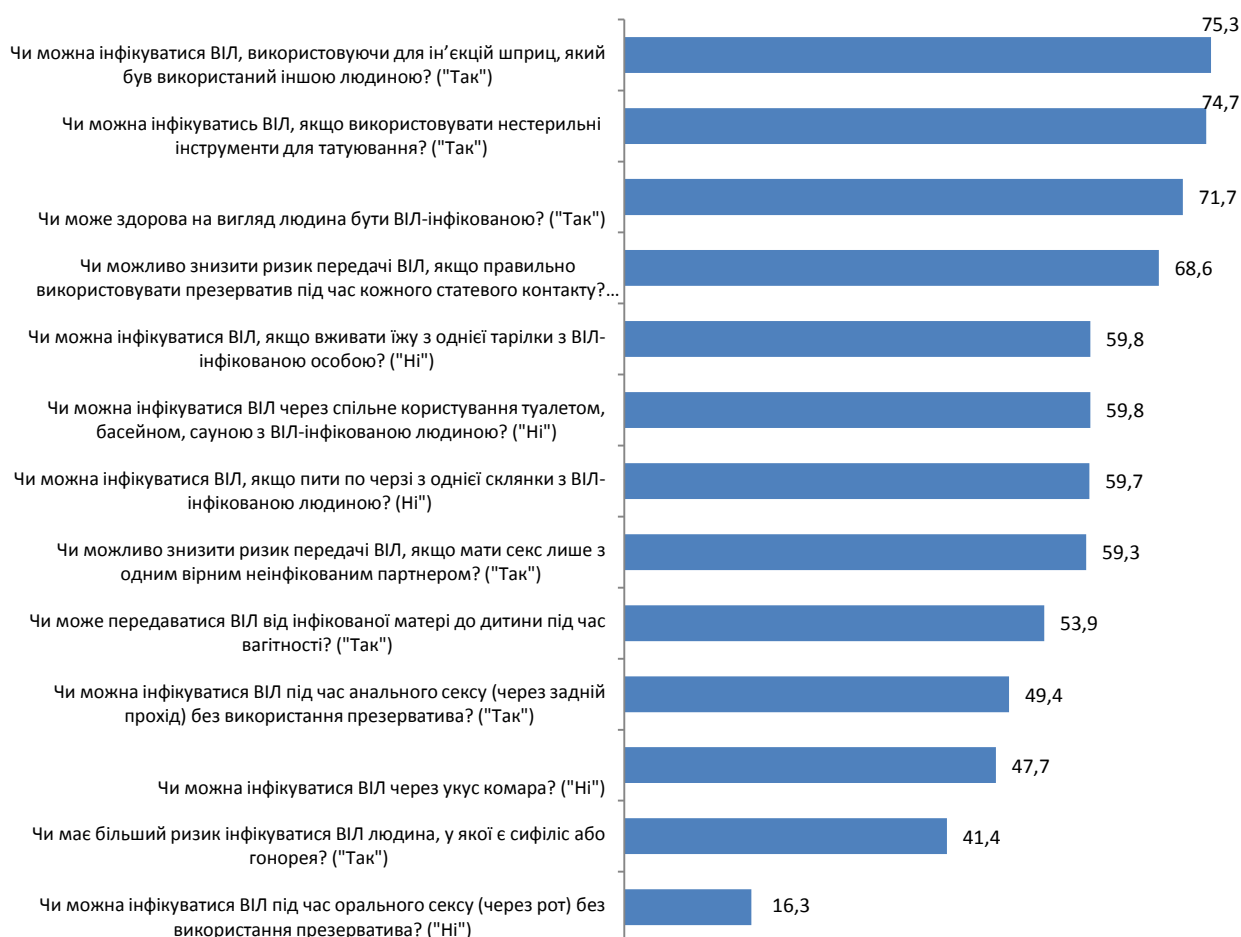


Рис. 3.2.1. Питома вага засуджених, які правильно відповіли на запитання щодо шляхів ВІЛ-інфікування, %

Джерело даних: Частки правильних відповідей на запитання: E3-E15 щодо шляхів ВІЛ-інфікування, N=1001

Правильні відповіді на кожне з 13-ти запитань щодо шляхів інфікування ВІЛ надали 7,4% засуджених, у тому числі серед чоловіків цей показник становив 7,5%, серед жінок – 5,4%. Найбільш обізнаними стосовно шляхів інфікування виявилися засуджені віком 30–39 років, поміж 18–29-річних правильні відповіді на всі запитання надали лише 3,5%. Обізнаність серед засуджених з ВІЛ-позитивним статусом становить 10,8%, серед засуджених з ВІЛ-негативним статусом – 6,6%. (Див. рис. 3.2.2)³⁰.

³⁰ При здійсненні розрахунків варіант відповіді «не знаю» рахувався як неправильний.

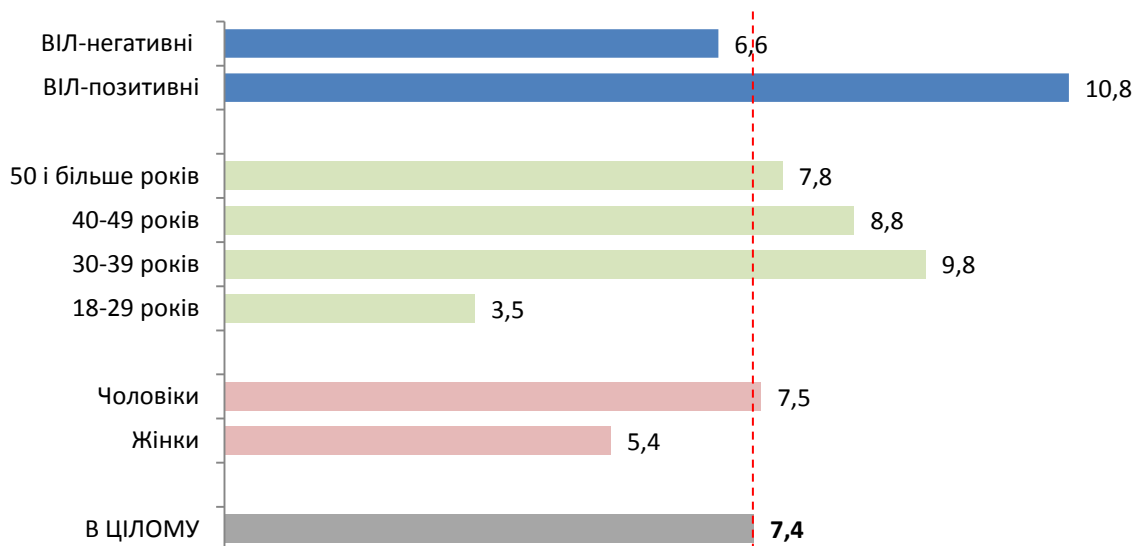


Рис. 3.2.2. Питова вага засуджених, які правильно відповіли на всі запитання щодо шляхів ВІЛ-інфікування, за ВІЛ-статусом, віком та статтю, %

Джерело даних: Питова вага респондентів, які надали правильні відповіді на кожне з 13-ти запитань (E3-E15) щодо шляхів ВІЛ-інфікування, N=1001

Відповідно до методичних рекомендацій ЮНЕЙДС³¹, при оцінці знань про профілактику ВІЛ-інфекції рекомендовано враховувати правильні відповіді на 5 запитань:

1. Чи можна знизити ризик передачі ВІЛ-інфекції, якщо займатися сексом лише з одним неінфікованим партнером, який не має інших партнерів?
2. Чи можна знизити ризик інфікування ВІЛ за рахунок використання презерватива при кожному статевому контакті?
3. Чи може здорова на вигляд людина мати ВІЛ-інфекцію?
4. Чи можна заразитися ВІЛ-інфекцією через укуси комара?
5. Чи можна заразитися ВІЛ-інфекцією, якщо приймати їжу спільно з ВІЛ-позитивною людиною?

В інструментарії дослідження були застосовані аналогічні індикатори:

1. Чи можливо знизити ризик передачі ВІЛ, якщо мати секс лише з одним вірним неінфікованим партнером?
2. Чи можливо знизити ризик передачі ВІЛ, якщо правильно використовувати презерватив під час кожного статевого контакту?
3. Чи може здорова на вигляд людина бути ВІЛ-інфікованою?
4. Чи можна інфікуватися ВІЛ через укуси комара?
5. Чи можна інфікуватися ВІЛ, якщо вживати їжу з однієї тарілки з ВІЛ-інфікованою особою?

³¹ Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа 2019. Индикаторы для мониторинга выполнения Политической декларации Организации Объединенных Наций по прекращению эпидемии СПИДа. Руководство ЮНЕЙДС 2018. URL: <https://www.unaids.org/ru/resources/documents/2018/Global-AIDS-Monitoring>

Питома вага правильних відповідей на кожне з цих 5-ти запитань становить від 71,1% («Чи може здорова на вигляд людина бути ВІЛ-інфікованою?» – «Так») до 47,8% («Чи можна інфікуватися ВІЛ через укусу комара?» – «Ні») (рис. 3.2.3).



Рис. 3.2.3. Питома вага засуджених, які правильно відповіли на запитання щодо шляхів ВІЛ-інфікування, %

Джерело даних: Частка правильних відповідей на запитання: E3-E5, E9-E10, N=1001

Відповідаючи на наведені 5 запитань, 26,4% засуджених надали правильні відповіді на кожне з них, у тому числі 40,5% серед ВІЛ-позитивних засуджених. Обізнаність ув'язнених чоловіків є вищою, ніж жінок (відповідно 26,7% та 21,4%), у віковій групі 30–39 років питома вага осіб, які надали правильні відповіді, найвища (35,1%)³². (Див. рис. 3.2.4).

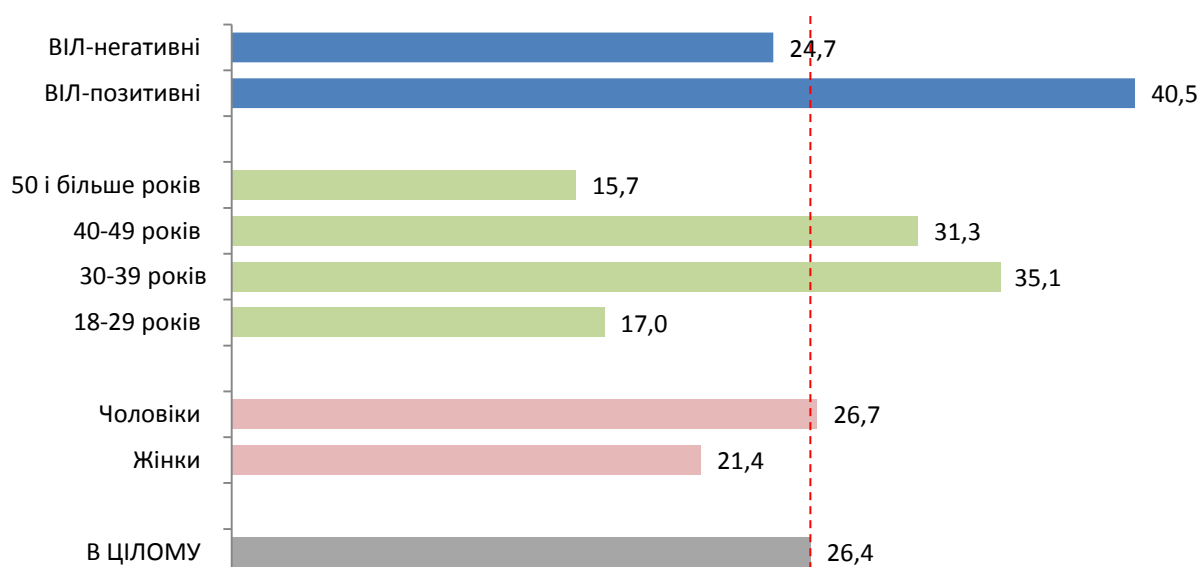


Рис. 3.2.4. Питома вага засуджених, які правильно відповіли на кожне з 5-ти запитань щодо шляхів поширення ВІЛ-інфекції, за ВІЛ-статусом, віком і статтю, %

Джерело даних: Частка правильних відповідей на запитання: E3-E5, E9-E10, N=1001

³² При здійсненні розрахунків відповідь «не знаю» рахувалась як неправильна.

Розділ 4. РИЗИКОВАНІ ПОВЕДІНКОВІ ПРАКТИКИ

Резюме

1. Вважають, що у місцях позбавлення волі практикується вживання алкоголю, 51% засуджених.
2. Споживання іншими засудженими канабісу для куріння підтвердили 26,7% опитаних, вуличного метадону – 17,0%, стимуляторів для куріння – 16%, галюцигенів – 9,6%.
3. Вважають, що у колоніях засуджені вживають опіати, 20,7% опитаних, ін'єкційні стимулятори – 14,6%.
4. Мають досвід особистого вживання коли-небудь неін'єкційних наркотиків 28,6% засуджених, ін'єкційних – 31,3%.
5. Переважна більшість засуджених заперечує використання саморобного інструментарію при споживанні ін'єкційних наркотиків.
6. Мали статеві контакти під час перебування у колонії 8,9% засуджених. Про наявність статевих контактів з іншими засудженими повідомили 1,6% респондентів.
7. Під час останнього статевого контакту лише кожен п'ятий (22,1%) із засуджених використовував презерватив.
8. Серед засуджених, які мали статеві стосунки з відвідувачами протягом останніх 6 місяців, майже половина (49,7%) зазначили, що ніколи не використовували презерватив під час цих контактів.
9. Протягом останніх 12-місяців або самостійно, або за допомогою когось робили собі татування 22,6% засуджених, лише 40% з них мають стовідсоткову впевненість, що застосовані для цієї процедури інструменти були стерильними.
10. За результатами тестування, серед засуджених, які мають досвід споживання ін'єкційних наркотиків, виявлено 15,9% ВІЛ-позитивних, серед тих, хто будь-коли споживав неін'єкційні наркотики, цей показник помітно нижчий і становить 11,2%.
11. У респондентів, які лікувалися від захворювань, що передаються статевим шляхом, частіше від інших засуджених при тестуванні була виявлена ВІЛ-інфекція (19,0%).
12. Поширеність ВІЛ-інфекції лінійно зростає із збільшенням кількості ув'язнень: від 3,7% серед тих, які відбувають покарання у колонії вперше, до 21,6% серед тих, які ув'язнені п'ять і більше разів.

4.1. Вживання психоактивних речовин у місцях позбавлення волі

Алкоголь

Під час опитування 36,1% засуджених зазначили, що їм не відомо про вживання алкоголю іншими ув'язненими (фактично відмовилися відповідати на запитання щодо доступності алкоголю у колонії); ще 7,8% пропустили це запитання в анкеті (рис. 4.1.1). Перерахунок отриманих даних стосовно респондентів, які надали змістовні відповіді (без врахування тих, які обрали варіант відповіді «не знаю» (36,1%) та залишив запитання без відповіді (7,8%) показує, що, на їхню думку, понад половину (50,9%) засуджених з більшою або меншою інтенсивністю вживають алкогольні напої у місцях позбавлення волі (рис. 4.1.2).

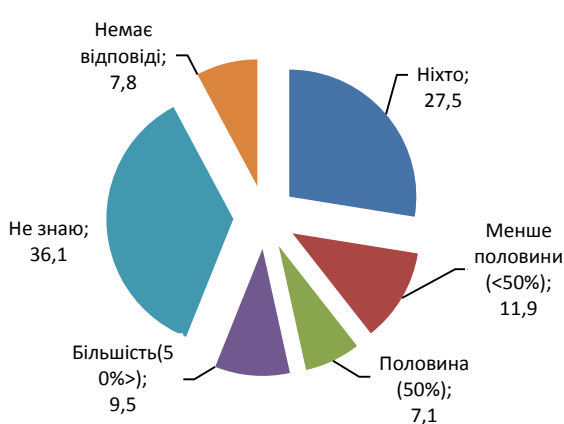


Рис. 4.1.1. Думка засуджених про поширеність вживання алкоголю у місцях позбавлення волі, серед усіх, %
Джерело даних: Частина відповідей на запитання: С1. «На Вашу думку, яка частка засуджених вживає психоактивні речовини у місцях позбавлення волі... С1.1. Алкоголь?», N=1001

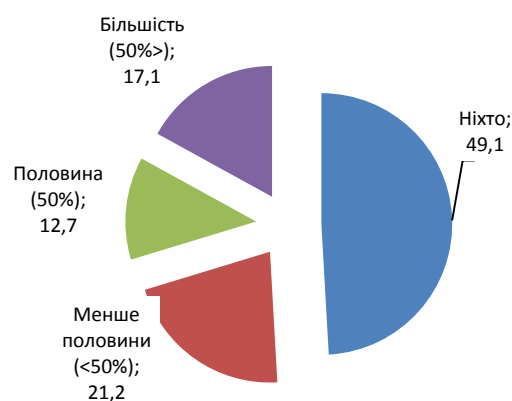


Рис. 4.1.2. Думка засуджених про поширеність вживання алкоголю у місцях позбавлення волі, серед тих, які надали змістовну відповідь, %
Джерело даних: Частина відповідей на запитання: С1. «На Вашу думку, яка частка засуджених вживає психоактивні речовини у місцях позбавлення волі... С1.1. Алкоголь?», N=1001

Неін'єкційні наркотики

Доступність неін'єкційних наркотиків

Близько половини засуджених утрималися від надання змістовної відповіді на запитання щодо практик вживання різних неін'єкційних наркотичних речовин у місцях позбавлення волі: залежно від конкретної наркотичної речовини, питома вага відповідей «не знаю» та «немає відповіді» становила від 45,5% до 56,2% (табл. 4.1.1). На думку 26,7%, засуджені вживають канабіс для куріння; вуличний метадон та його різновиди – 17%; стимулятори для куріння – 16,9%; галюцигени – 9,6%.

Отримані результати перераховано для тих респондентів, які надали змістовну відповідь (без врахування частки осіб, які відповіли «не знаю» або

скористалися правом не відповідати). На думку обізнаних засуджених, канабіс для куріння вживають 48,8% ув'язнених, вуличний метадон – 37,2%, стимулятори для куріння – 34,0%, галюцигени – 21,9% (рис. 4.1.3).

Таблиця 4.1.1

Думка засуджених стосовно вживання неін'єкційних наркотиків у місцях позбавлення волі, %, N=1001

«На Вашу думку, яка частка засуджених вживає психоактивні речовини у місцях позбавлення волі?»	Канабіс для куріння (травка, анаша, гашиш, коноплі, марихуана)		Стимулятори для куріння (амфетамін, «фен»)		Галюцигени (ЛСД та інше)		Вуличний метадон/метадол/трамадол / трамал	
	Серед всіх	Серед тих, які надали змістовну відповідь	Серед всіх	Серед тих, які надали змістовну відповідь	Серед всіх	Серед тих, які надали змістовну відповідь	Серед всіх	Серед тих, які надали змістовну відповідь
Ніхто	27,9	51,1	31,0	66,0	34,2	78,1	28,8	62,9
Менше ніж половина (<50%)	9,2	16,8	7,4	15,7	4,9	11,2	5,8	12,7
Половина (50%)	6,4	11,7	3,8	8,1	2,1	4,8	4,1	9,0
Більшість (50%>)	11,1	20,3	4,8	10,2	2,6	5,9	7,1	15,5
Не знаю, немає відповіді	45,5		53,0		56,2		54,3	

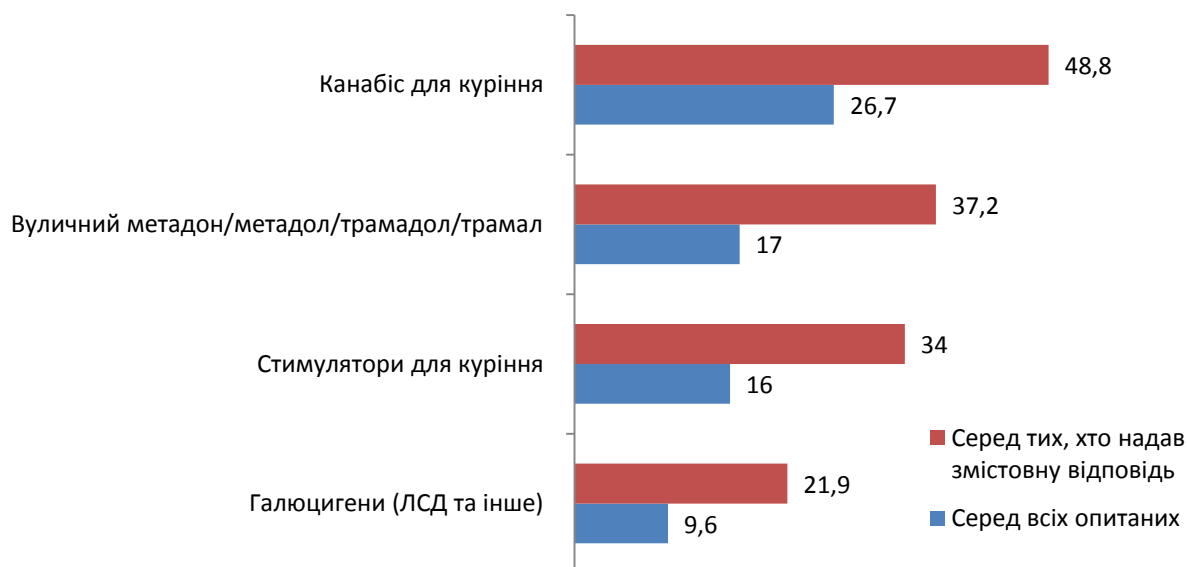


Рис. 4.1.3. Думка засуджених щодо вживання неін'єкційних наркотиків у місцях позбавлення волі, %

Джерело даних: Частка відповідей «Менше ніж половина», «Половина», «Більше ніж половина» на запитання: С1. «На Вашу думку, яка частка засуджених вживає психоактивні речовини у місцях позбавлення волі?», з урахуванням/без врахування тих, які відповіли «не знаю» або не відповіли, N=1001

Досвід вживання неін'єкційних наркотиків

Мають досвід вживання неін'єкційних наркотиків будь-коли 49,2% засуджених, в тому числі 50,9% серед чоловіків і 33,1% серед жінок. Наявні істотні відмінності у досвіді вживання неін'єкційних наркотиків між ВІЛ-позитивними і ВІЛ-негативними (відповідно 61,4% і 47,1%). Найбільша питома вага тих, які мають досвід споживання неін'єкційних наркотиків – у віковій групі 30–39 років (56,8%). (Див. рис. 4.1.4).

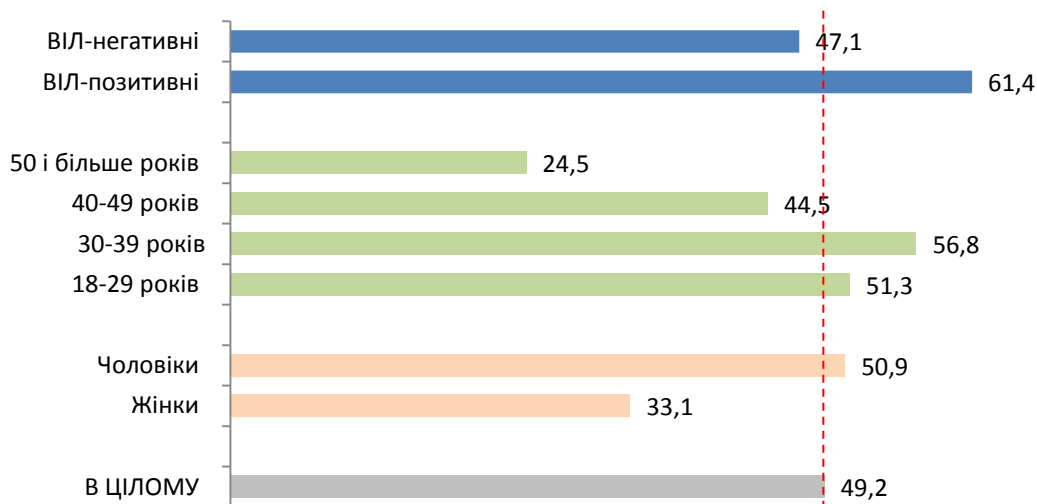


Рис. 4.1.4. Досвід вживання неін'єкційних наркотиків засудженими за ВІЛ-статусом, віком та статтю, %

Джерело даних: Частина ствердних відповідей на запитання: С2. «Які психоактивні речовини Ви особисто коли-небудь вживали?», N=1001

Вік першого споживання неін'єкційних наркотиків

Третина (33,2%) засуджених, які мають досвід споживання неін'єкційних наркотиків, отримали його у віці до 15 років, майже половина (49,0%) – у віці 16–20 років, 17,8% вперше вжили неін'єкційні наркотичні речовини, коли їм виповнилося 21 і більше років (рис. 4.1.5).

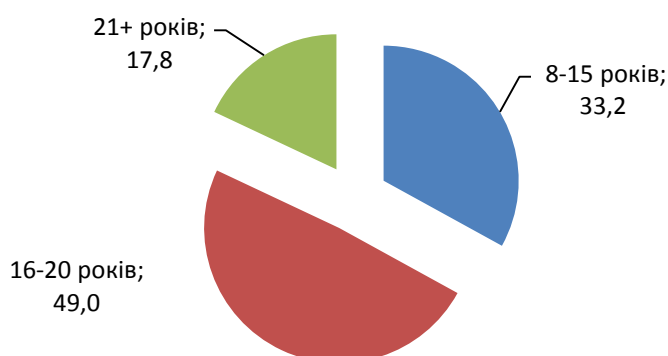


Рис. 4.1.5. Вік, у якому засуджені вперше споживали неін'єкційні наркотики, %

Джерело даних: Частина відповідей на запитання: С5. «Скільки Вам було років, коли Ви вперше вжили наркотик... С5.1. ...неін'єкційним шляхом?», серед тих, які коли-небудь вживали неін'єкційні наркотики, N=213

Ін'єкційні наркотики

Доступність

Половина засуджених відмовилася від оцінки поширеності вживання ін'єкційних наркотиків – опіатів і стимуляторів у місцях позбавлення волі. Стосовно опіатів питома вага відповідей «не знаю» та відмов від відповідей становить 49,5%, щодо стимуляторів – 53,0%. Вважають, що у колоніях засуджені вживають опіати, 20,6% всіх опитаних, 14,6% – ін'єкційні стимулятори. Для більш точної оцінки отримані результати було перераховано щодо тих респондентів, які надали змістовні відповіді, без врахування осіб, які відповіли «не знаю» або скористалися правом не відповідати на запитання (табл. 4.1.2). За такого підходу до розрахунків 41% засуджених вважають, що інші засуджені вживають опіати для ін'єкцій, стимулятори для ін'єкцій – 31,3% (рис. 4.1.6).

Таблиця 4.1.2

Думка засуджених про вживання ін'єкційних наркотиків у місцях позбавлення волі, %, N=1001

«На Вашу думку, яка частка засуджених вживає психоактивні речовини у місцях позбавлення волі?»	Опіати для ін'єкцій (трамадол, трамал, героїн, ширка, чорна)		Стимулятори для ін'єкцій (винт, первітин, джеф, бовтушка, мулька, MDMA та ін.)	
	Серед всіх	Серед тих, які надали змістовну відповідь	Серед всіх	Серед тих, які надали змістовну відповідь
Ніхто	29,8	59,0	32,4	68,9
Менше ніж половина (<50%)	8,1	16,0	7,1	15,1
Половина (50%)	5,6	11,1	2,9	6,2
Більшість (50%>)	7,0	13,9	4,6	9,8
Не знаю, немає відповіді	49,5		53,0	

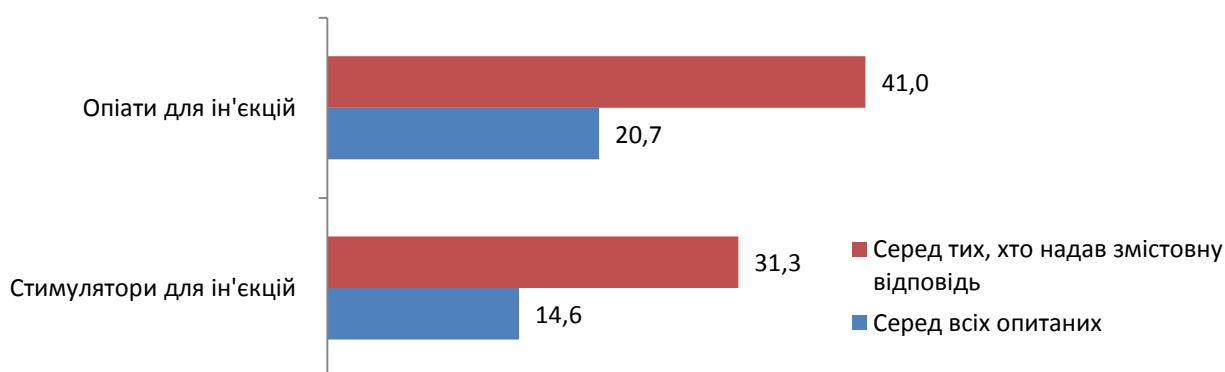


Рис. 4.1.6. Думка засуджених щодо вживання ін'єкційних наркотиків у місцях позбавлення волі, %

Джерело даних: Частка відповідей «Менше ніж половина», «Половина», «Більше ніж половина» на запитання: С1. «На Вашу думку, яка частка засуджених вживає психоактивні речовини у місцях позбавлення волі?», з урахуванням/без урахування осіб, які відповіли «не знаю» або не відповіли, N=1001

Досвід вживання ін'єкційних наркотиків

Мають досвід споживання ін'єкційних наркотиків 31,2 % засуджених. Серед ВІЛ-інфікованих питома вага таких споживачів становить 54,2%, найбільш часто наявність досвіду споживання наркотичних речовин шляхом ін'єкцій декларували ув'язнені віком 30–39 років, чоловіки частіше, ніж жінки – відповідно 31,9% та 21,4% (рис. 4.1.7).

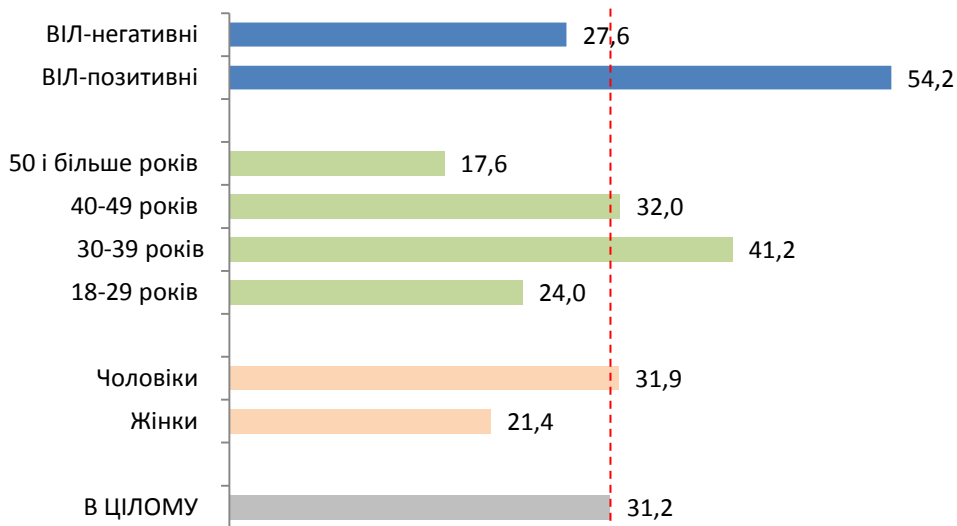


Рис. 4.1.7. Досвід вживання ін'єкційних наркотиків засудженими, %

Джерело даних: Частка ствердних відповідей на запитання: С2. «Які психоактивні речовини Ви особисто коли-небудь вживали?» щодо ін'єкційних наркотиків, N=1001

Вік першого споживання ін'єкційних наркотиків

Отримали досвід споживання ін'єкційних наркотиків у віці до 15 років 15,1% засуджених, у віці понад 21 рік – майже третина (32,4%), вперше вжили ін'єкційні наркотичні речовини у віці від 16 до 20 років 52,5% (рис. 4.1.8).

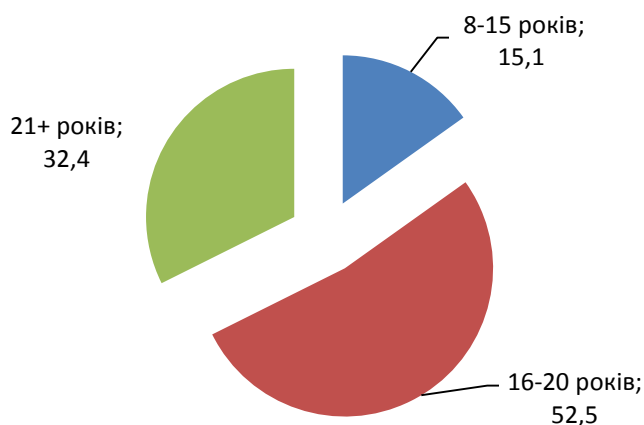


Рис. 4.1.8. Вік, у якому засуджені вперше споживали ін'єкційні наркотики, %

Джерело даних: Частка відповідей на запитання: С5. «Скільки Вам було років, коли Ви вперше вжили наркотик... С5.2. ...ін'єкційним шляхом?», серед тих, які коли-небудь вживали неін'єкційні наркотики, N= 220

Практики використання саморобного інструментарію та спільного використання інструментарію й посуду при приготуванні ін'єкційних наркотиків

Переважає більшість засуджених заперечують використання саморобного інструментарію при споживанні ін'єкційних наркотиків протягом останніх 30 днів перед проведенням опитування. Кількість респондентів, які надали ствердні відповіді на запитання, недостатня для коректного аналізу отриманих результатів (табл. 4.1.3).

Таблиця 4.1.3

Використання саморобного інструментарію при споживанні ін'єкційних наркотиків, %, N=1001

С8. «Чи використовували Ви протягом останніх 30 днів саморобний інструментарій для ін'єкцій?»	
Так	0,3
Ні	5,2
Не хочу відповідати	0,7
Питання не ставилося (не вживали протягом останніх 30 днів ін'єкційні наркотики)	93,8

Лише 2 респонденти з усіх опитаних підтвердили факт спільного з іншими засудженими використання посуду для приготування ін'єкцій, купівлю готового розчину або набирання розчину із спільного посуду.

4.2. Ризиковані статеві практики

Статеві практики у місцях позбавлення волі

Ствердно відповіли про наявність у них статевого досвіду 87,1% засуджених, скористалися правом не відповідати на це запитання 5,4%. Зазначили, що останнього разу мали статевий контакт, перебуваючи у місцях позбавлення волі, 8,9% респондентів (рис. 4.2.1).

Поширеність статевих практик у колонії приблизно однакова як серед ВІЛ-позитивних (8,4%), так і серед та ВІЛ-негативних засуджених (8,8%). Найпоширенішим видом статевих контактів є вагінальний (62,7%), оральний секс відмітили майже 6%, анальний – 5%. Понад чверть опитаних (26,7%) відмовилися відповідати на це запитання (рис. 4.2.2). З віком інтенсивність статевих контактів лінійно зменшується: від 11% серед засуджених віком 18–29 років до 2,9% поміж тих, вік яких становить понад 50 років. Засуджені жінки займаються сексом у колонії значно рідше, ніж чоловіки: відповідно 1,8% та 9,3% (рис. 4.2.3).

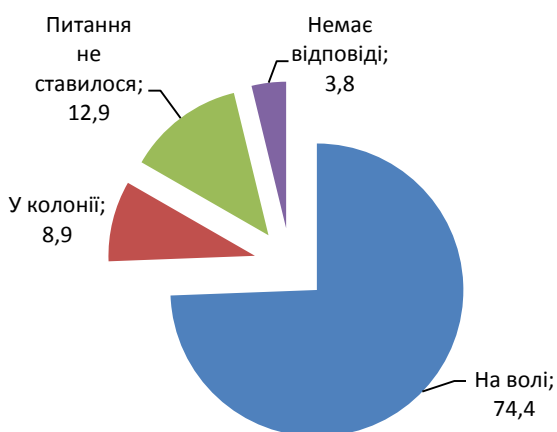


Рис. 4.2.1. Місце останнього у часі статевого контакту засуджених, %

Джерело даних: Частка відповідей на запитання: D2. «Згадайте Ваш останній статевий контакт. Він був...» серед усіх опитаних, N=1001

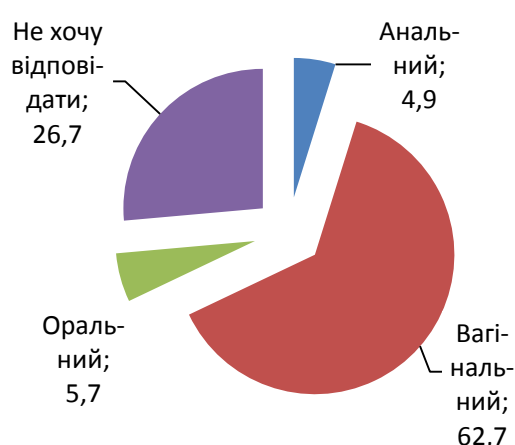


Рис. 4.2.2. Види статевих контактів засуджених, %

Джерело даних: Частка відповідей на запитання: D4. «Останній статевий контакт був...», серед тих, які коли-небудь мали статеві контакти, N=871

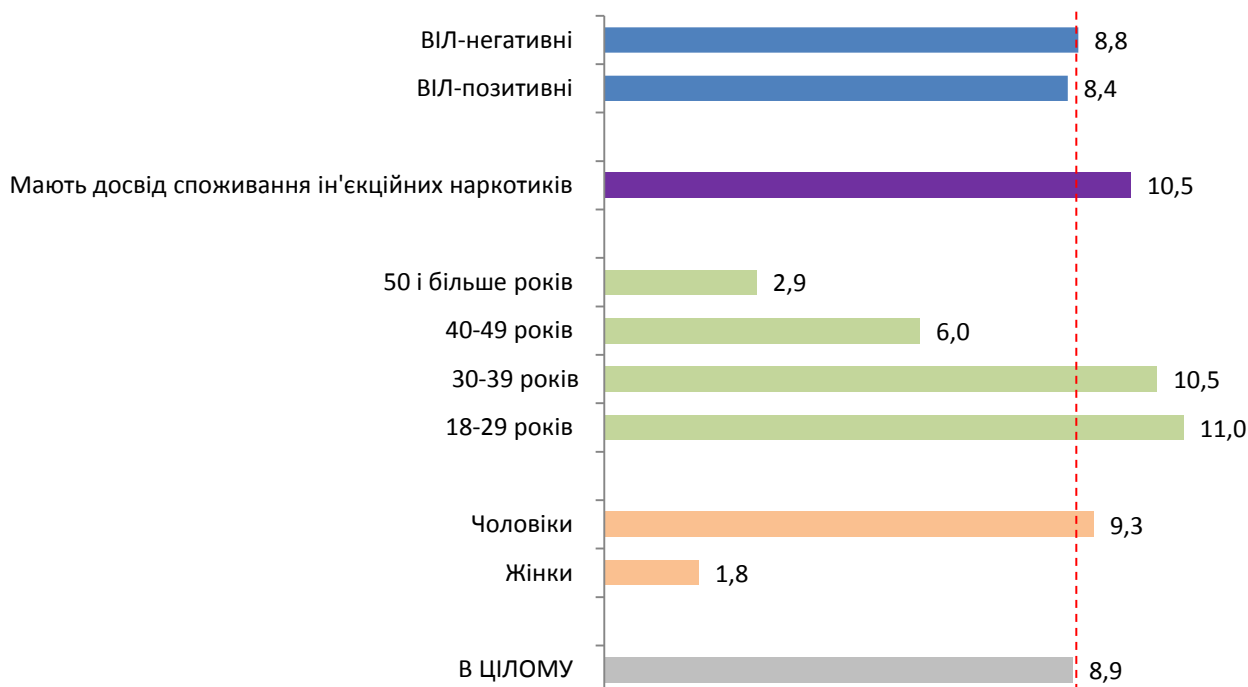


Рис. 4.2.3. Статеві стосунки у місцях позбавлення волі, %

Джерело даних: Частка відповідей «у колонії» на запитання: D2. «Згадайте Ваш останній статевий контакт. Він був...» залежно від ВІЛ-статусу, досвіду споживання ін'єкційних наркотиків, віку та статі респондентів, серед тих, які коли-небудь мали статеві стосунки, N=871

Статеві партнери

Поміж осіб, які будь-коли мали статеві стосунки, 57,4% статевих контактів відбувалися з чоловіком/дружиною засуджених. Про наявність статевих контактів з іншими засудженими повідомили 1,6% респондентів, відмовилися від відповіді 22,5%. (Див. рис. 4.2.4).

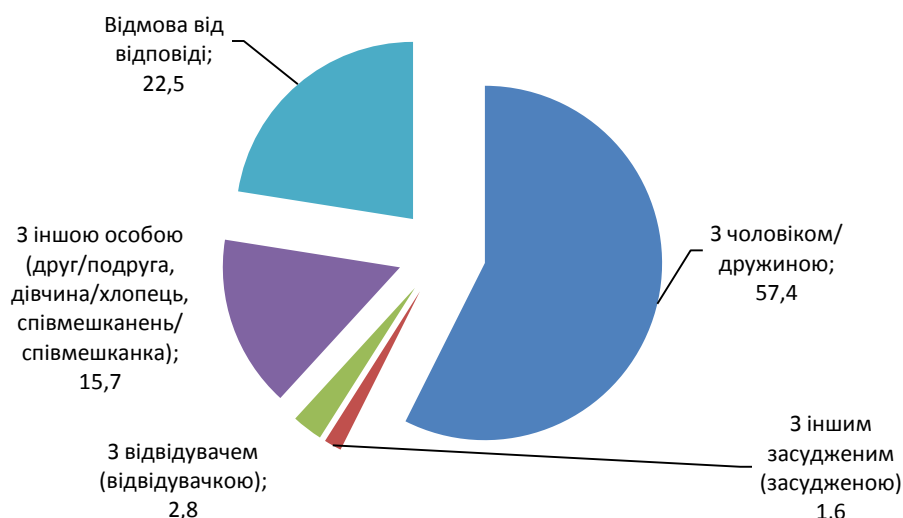


Рис. 4.2.4. Статеві партнери засуджених, %

Джерело даних: Частина відповідей на запитання: D3. «З ким саме у Вас був останній статевий контакт?», серед тих, які коли-небудь мали статеві стосунки, N = 871

Наявність статевих контактів з іншими засудженими підтвердили 13 опитаних чоловіків та 1 жінка, у тому числі 1 ВІЛ-позитивний за результатами тестування.

Використання презервативів

Під час останнього статевого контакту лише кожен п'ятий (22,1%) із засуджених використовував презерватив. Засуджені чоловіки практикують секс з презервативом частіше за жінок (відповідно 22,6% і 14,0%), ВІЛ-позитивні засуджені – дещо частіше, ніж ВІЛ-негативні (відповідно 30,1% і 21,6%). (Див. рис. 4.2.5).

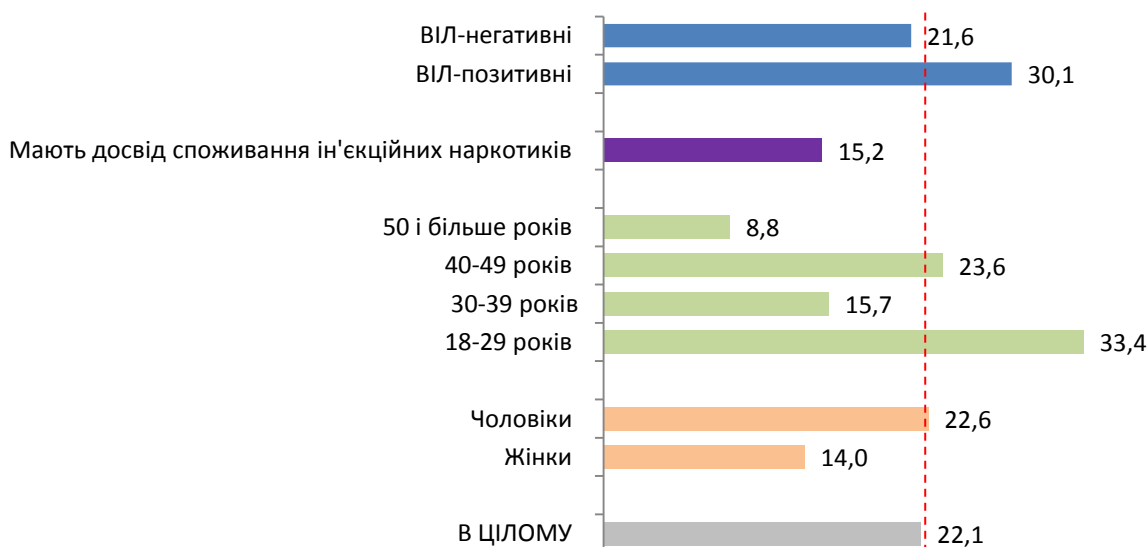


Рис. 4.2.5. Використання презерватива під час останнього статевого контакту, %

Джерело даних: Частина ствердних відповідей на запитання: D5. «Чи використовували Ви презерватив під час останнього статевого контакту?», серед тих, які будь-коли мали статеві стосунки, N=871

Серед засуджених, які протягом останніх 6-ти місяців мали статеві стосунки з відвідувачами, майже половина (49,7%) зазначили, що ніколи не використовували презерватив. Лише 18,3% використовували презерватив при кожному статевому контакті. (Див. рис. 4.2.6).

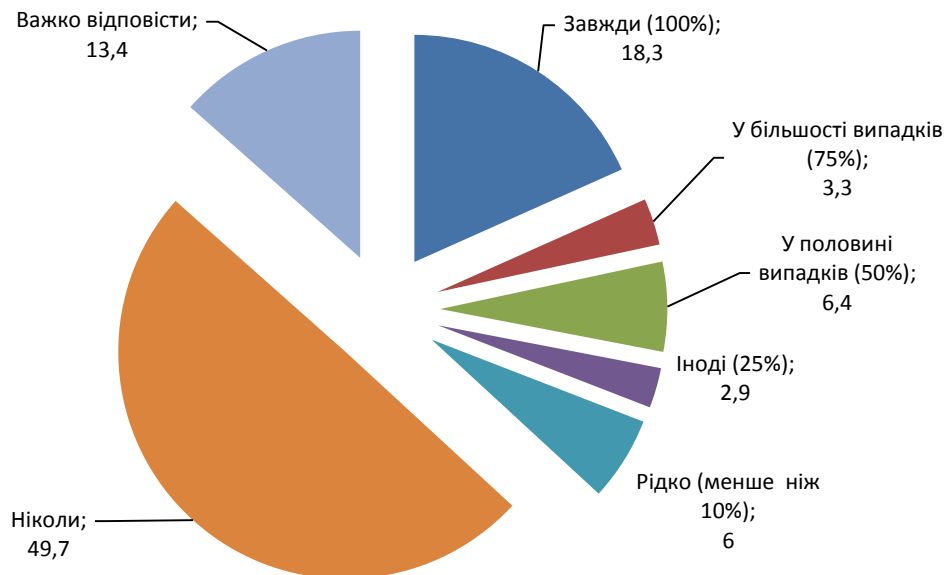


Рис. 4.2.6. Використання презервативів протягом останніх 6-ти місяців, %

Джерело даних: Частка відповідей «завжди», «у більшості випадків», «іноді», «рідко», на запитання: D7. «Чи використовували Ви презерватив під час цих статевих контактів з особами, які Вас відвідували за останні 6 місяців?», серед тих, які мали статеві контакти з відвідувачами протягом останніх 6-ти місяців, N=77

4.3. Досвід татування

Самостійно або за допомогою когось робили собі татування протягом останніх 12-місяців 22,6% засуджених; 24,3% поміж них робили це неодноразово, майже половина (47,4%) відмовилася відповідати на запитання щодо частоти здійснення татування. Лише 40% засуджених із досвідом татування мають стовідсоткову впевненість, що застосовані для цієї процедури інструменти були стерильними, 17,5% повідомили, що використані інструменти пізніше вживалися для татування інших засуджених. (Див. рис. 4.3.1–4.3.4).

Засуджені чоловіки частіше за жінок вдаються до татування (відповідно 23,5% та 7,1% робили це протягом останніх 12-ти місяців), серед ВІЛ-позитивних про такий досвід повідомили 27,7%, серед засуджених старшого віку татування практикується рідше (14,9% у віковій групі «50 і більше років»). Активно роблять татування засуджені, які мають досвід споживання ін'єкційних наркотиків: серед них питома вага тих, які робили татування протягом останніх 12-місяців, становить 29,1%. (Див. рис. 4.3.5).

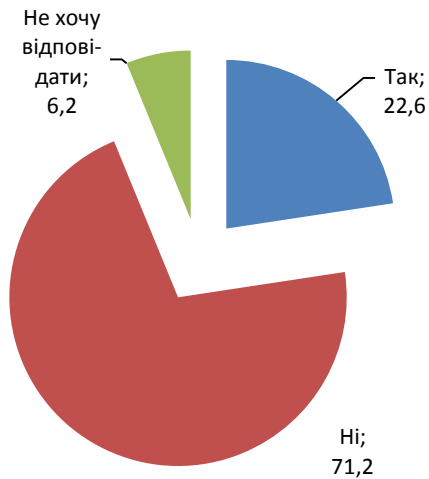


Рис. 4.3.1. Досвід татуювання під час перебування в установі (-ах) виконання покарань протягом останніх 12 місяців, %

Джерело даних: Частка відповідей на запитання: В1. «Чи робили Ви самостійно або хтось робив Вам татуювання під час перебування в установі (-ах) виконання покарань протягом останніх 12 місяців?», N=1001

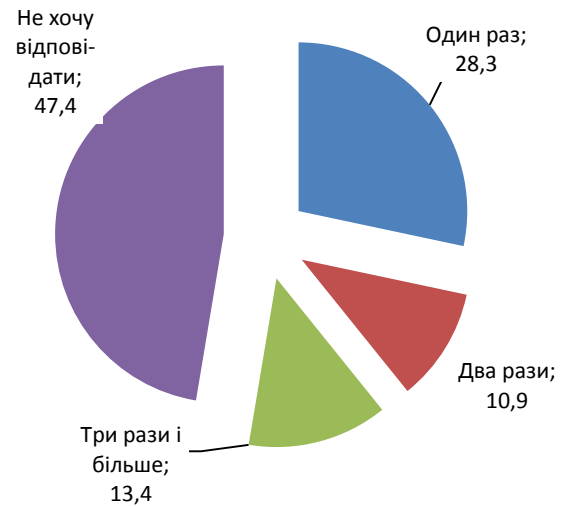


Рис. 4.3.2. Частота татуювань протягом 12-ти місяців, %

Джерело даних: Частка відповідей на запитання: В2. «Як часто за останні 12 місяців Ви робили собі татуювання чи Вам робили татуювання?» серед тих, хто робив татуювання протягом останніх 12 місяців, N=189

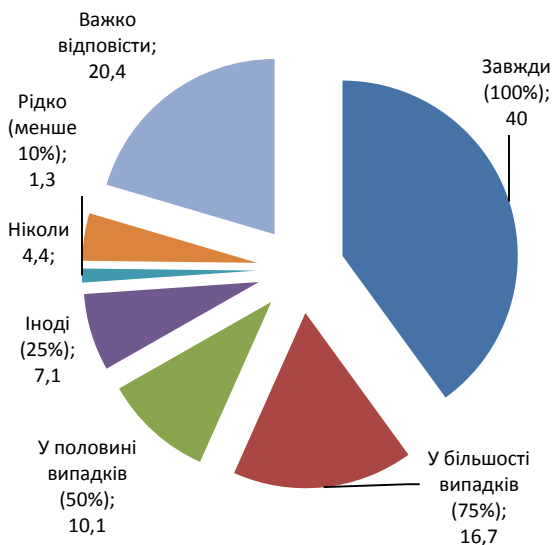


Рис. 4.3.3. Стерильність інструментів для татуювання, %

Джерело даних: Частка відповідей на запитання: В3. «На Вашу думку, чи завжди інструменти для татуювання були стерильними?», серед тих, які робили татуювання у колонії протягом останніх 12-ти місяців, N=189

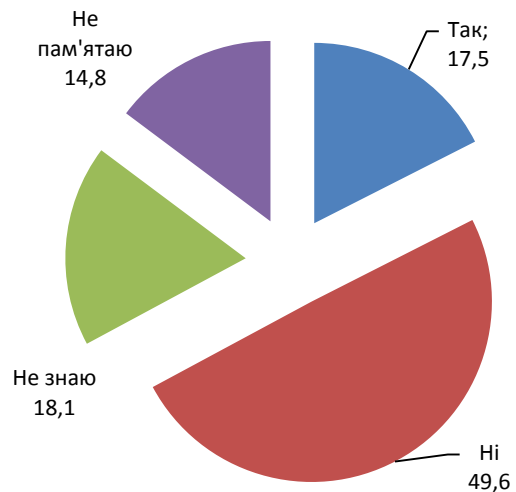


Рис. 4.3.4. Неодноразове використання інструментів для татуювання, %

Джерело даних: Частка відповідей на запитання: В4. «Чи робили цим інструментом татуювання комусь іншому після Вас?», серед тих, які робили татуювання у колонії протягом останніх 12-ти місяців, N=189

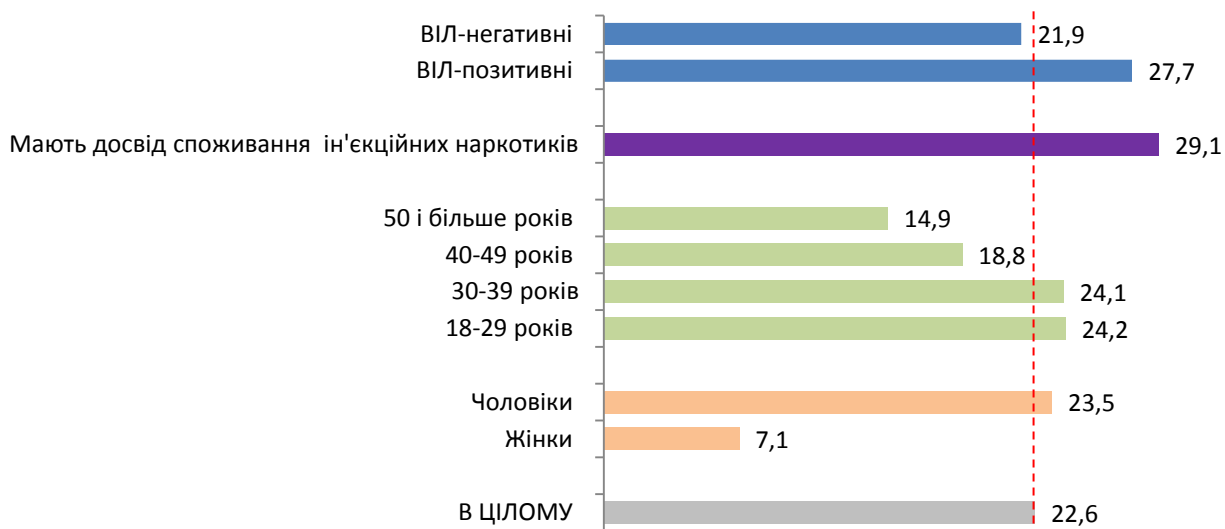


Рис. 4.3.5. Питома вага засуджених, які робили татуювання протягом останніх 12-ти місяців, %

Джерело даних: Частка ствердних відповідей на запитання: В1. «Чи робили Ви самостійно або хтось робив Вам татуювання під час перебування в установі (-ах) виконання покарань протягом останніх 12 місяців?», залежно від ВІЛ-статусу, досвіду споживання ін'єкційних наркотиків, віку та статі респондентів, N=189

4.4. Вплив ризикованих поведінкових практик на поширення ВІЛ-інфекції

Рівень ВІЛ-інфікування засуджених корелює із споживанням ними наркотичних речовин, віком першого досвіду споживання наркотиків, освітою, досвідом лікування від ЗПСШ та кількістю ув'язнень.

Так, при загальному рівні інфікування у 8,9%, за результатами тестування серед споживачів ін'єкційних наркотиків виявлено 15,9% ВІЛ-позитивних, серед споживачів неін'єкційних наркотиків цей показник помітно нижчий і становить 11,2%.

Високі показники ВІЛ-інфікування зафіксовані поміж засуджених, які почали вживати наркотики з раннього віку: серед тих, які розпочали вживати неін'єкційні наркотики у 8–15 років – 18,9%, а серед тих, які вперше спожили ін'єкційні наркотики у 10–15 років – 38,7%.

У респондентів, які лікувалися від захворювань, що передаються статевим шляхом, частіше за інших засуджених при тестуванні була виявлена ВІЛ-інфекція (19,0%).

Серед засуджених з низькою освітою (4–7 класів) рівень інфікування становить 30,8%.

Серед осіб, які вважають, що у них ВІЛ-негативний статус, 3,4% насправді виявилися ВІЛ-інфікованими.

Поширеність ВІЛ-інфекції лінійно зростає із збільшенням кількості ув'язнень: від 3,7% серед тих, які відбувають покарання у колонії вперше, до 21,6% серед тих, які були ув'язненими п'ять разів і більше (див. рис. 4.4.1).

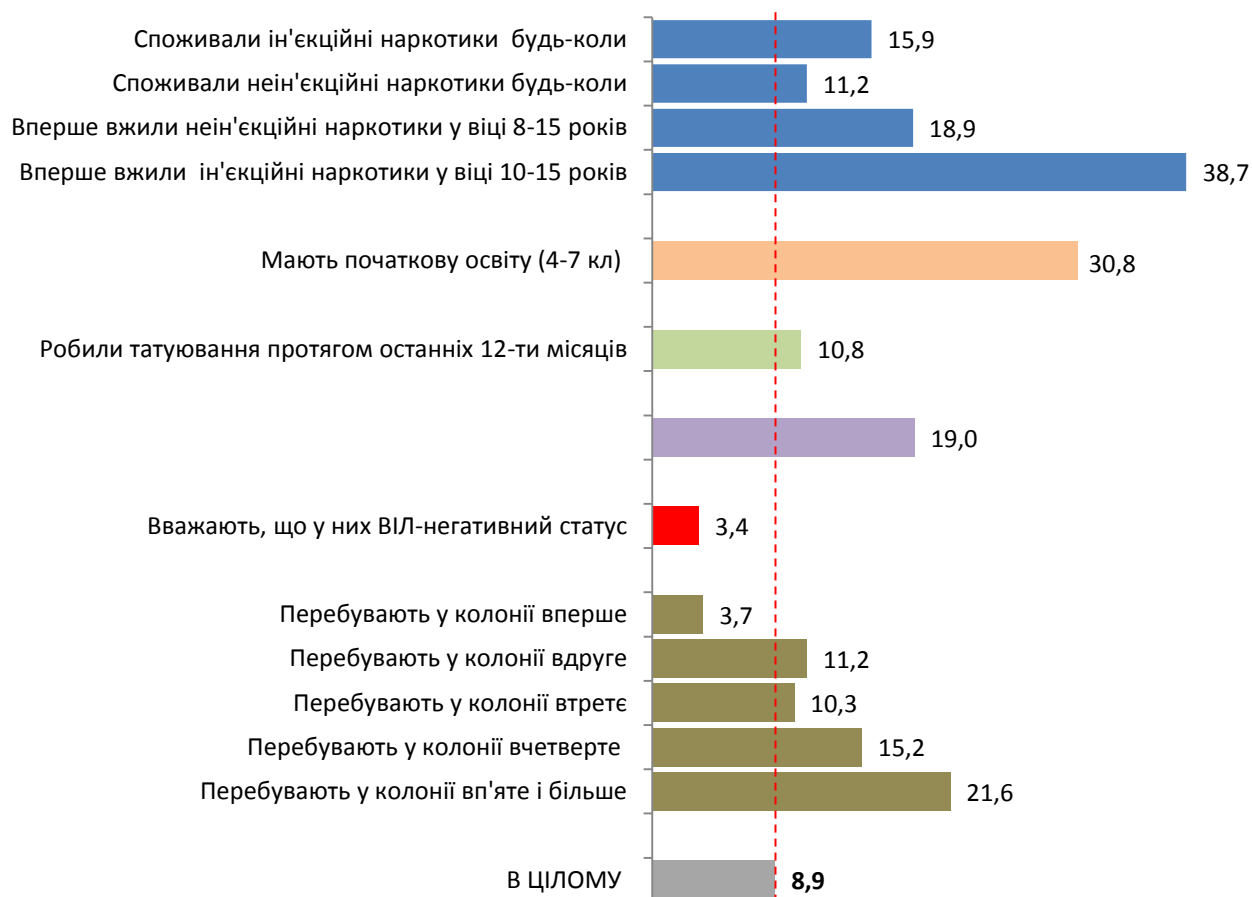


Рис. 4.4.1. Поширеність ВІЛ-інфекції серед різних груп засуджених, %
Джерело даних: Медичні журнали з результатами тестування, N=945

Розділ 5. ОХОПЛЕННЯ ЗАСУДЖЕНИХ ПОСЛУГАМИ З ПРОФІЛАКТИКИ, ДОГЛЯДУ ТА ЛІКУВАННЯ

Резюме

1. Оцінюють стан свого здоров'я як незадовільний 22,4% засуджених.
2. Зазначили, що під час перебування у колонії вони отримували інформацію стосовно ВІЛ-інфекції та захворювань, що передаються статевим шляхом, 61,4% засуджених.
3. Найбільш часто засуджені звертаються до медпрацівників виправних закладів по допомогу у випадку виникнення простудних захворювань (39,6%), бажання пройти обстеження на туберкульоз (37,4%) або гепатити В, С (27,8%).
4. Ніколи не проходили тестування на захворювання, що передаються статевим шляхом, 43,2% засуджених; не тестувалися на гепатит В – 35,5%; на гепатит С – 34,2%. Охоплення засуджених тестуванням на ці інфекції в місцях позбавлення волі становить відповідно 19,2%, 25,7% і 28,5%.
5. При заповнюванні опитувальника 71,9% засуджених зазначили, що коли-небудь проходили тестування на ВІЛ-інфекцію.
6. Показники охоплення засуджених профілактичними програмами у місцях позбавлення волі невисокі: про участь у програмі замісної підтримувальної терапії повідомили 3% опитаних, програмах обміну шприців – 1,8%.
7. Пропонувалося взяти участь у спеціальних заняттях з обговорення проблем ВІЛ/СНІДу 16,6% засуджених; у спортивних змаганнях – 14,1%; у спеціальних заняттях для волонтерів – 9,3%, у заняттях груп допомоги – 9,0%.
8. Брали участь у таких заходах від 6,9% (у спортивних змаганнях) до 1,9% (у театральних виставах, спектаклях) засуджених.
9. Принаймні 12,8% засуджених мають досвід лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом. Серед ВІЛ-позитивних питома вага таких становить 27,4%.

5.1. Самооцінка стану здоров'я

Більше ніж кожен п'ятий (22,4%) серед засуджених оцінює стан свого здоров'я як незадовільний; 34,8% вважають, що здоров'я у них «хороше» або «дуже хороше»; 34,9% оцінили його як «непогане» (рис. 5.1.1).

Суб'єктивне відчуття наявності проблем зі станом здоров'я частіше притаманне ВІЛ-позитивним засудженим (37,0%), жінкам більше, ніж чоловікам (відповідно 35,7% та 21,6%). Виявлено лінійну залежність між оцінками стану здоров'я та віком: питома вага тих, які вважають його «слабким» або дуже слабким», збільшується від 15,7% серед засуджених віком 18–29 років до 34,3% серед осіб віком 50 років і старше. (Див. рис. 5.1.2).

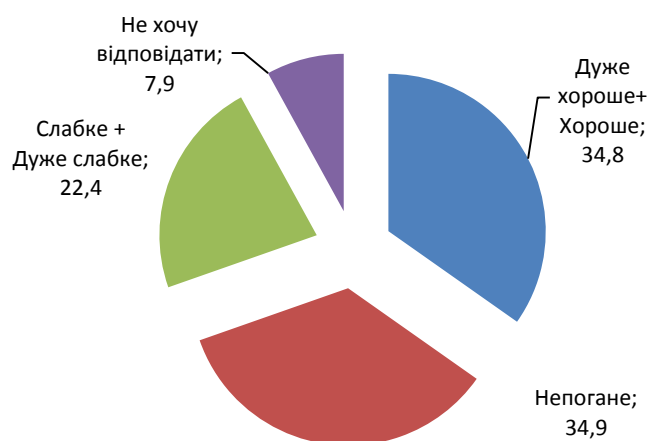


Рис. 5.1.1. Самооцінка засудженими стану свого здоров'я, %

Джерело даних: Частка відповідей на запитання: А8. «Як Ви в цілому оцінюєте стан свого здоров'я зараз?», N=1001

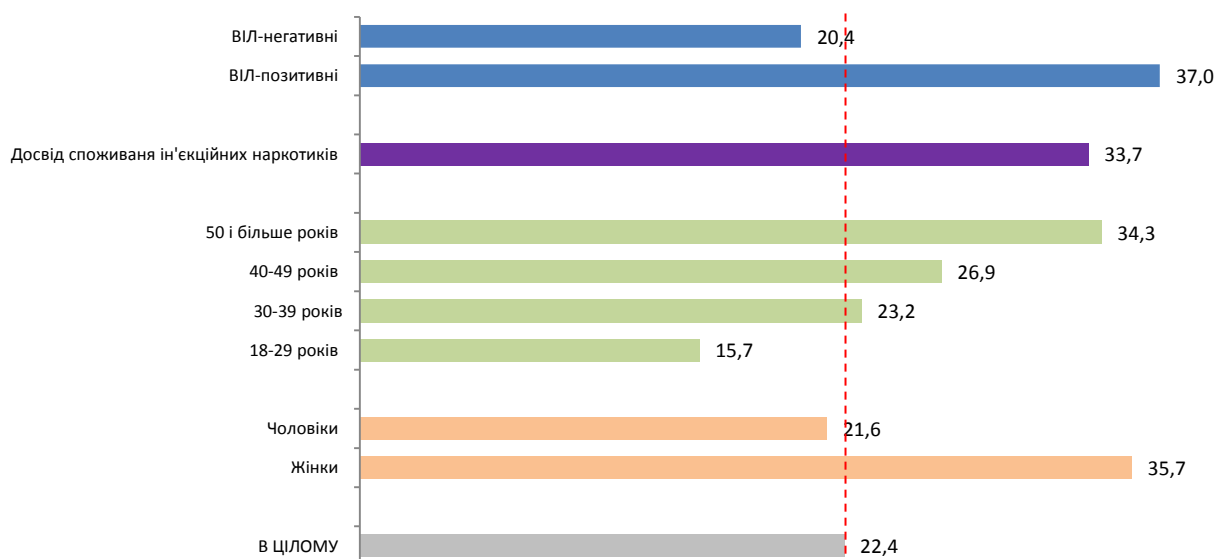


Рис. 5.1.2. Питома вага засуджених, які оцінюють стан свого здоров'я як «слабке» або «дуже слабке», залежно від ВІЛ-статусу, досвіду споживання ін'єкційних наркотиків, статі та віку, %

Джерело даних: Частка відповідей на запитання: А8. «Як Ви в цілому оцінюєте стан свого здоров'я зараз?», N=1001

5.2. Наявність і джерела інформування засуджених щодо інфекційних захворювань

При заповненні анкет 61,4% засуджених зазначили, що під час перебування у колонії вони отримували інформацію щодо ВІЛ-інфекції та захворювань, які передаються статевим шляхом (рис. 5.2.1). Найчастіше як джерело отримання такої інформації засуджені вказували матеріали у кімнатах для проведення короткострокових і тривалих побачень (37,1%), інформаційні плакати та листівки на стінах гуртожитку (24,6%) та медпрацівників виправних закладів (24,3%) (рис. 5.2.2).

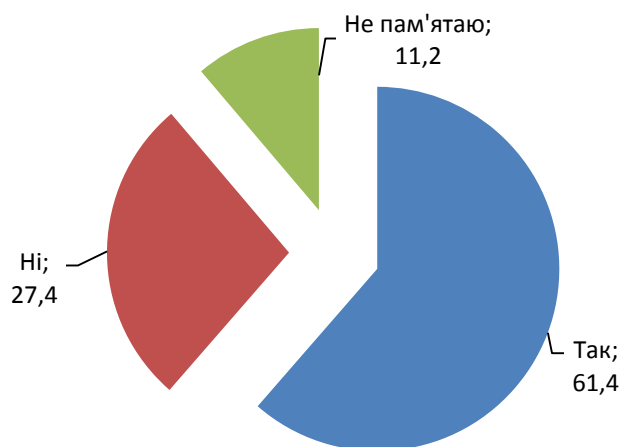


Рис. 5.2.1. Отримання засудженими інформації щодо ВІЛ/СНІДу та ІПСШ, %
 Джерело даних: Частка відповідей на запитання: Н1. «Чи отримували Ви у колонії інформацію про ВІЛ/СНІД та інфекції, що передаються статевим шляхом?», N=1001

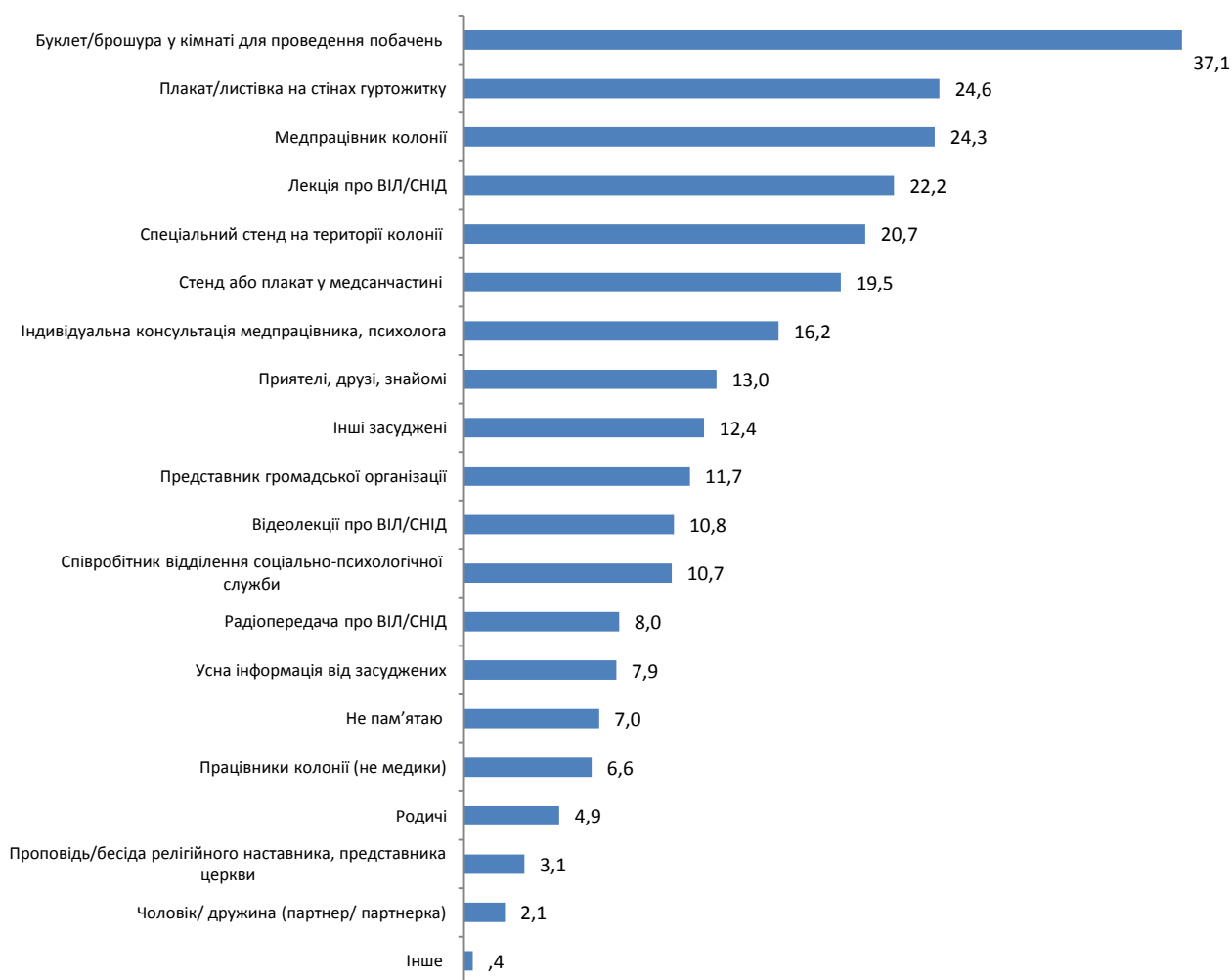


Рис. 5.2.2. Джерела отримання засудженими інформації про ВІЛ/СНІД та інфекції, що передаються статевим шляхом, %
 Джерело даних: Частка відповідей на запитання: Н2. «З яких джерел (від кого або де) Ви отримували таку інформацію?» серед тих, які отримували таку інформацію. Респонденти могли обрати кілька варіантів відповіді, тому сума не дорівнює 100%, N=630

5.3. Практики звернення по медичну допомогу

Найчастіше засуджені звертаються до медпрацівників виправних закладів по допомогу у випадку виникнення простудних захворювань (39,6%), бажання пройти обстеження на туберкульоз (37,4%) або гепатити В, С (27,8%). Прагнення пройти обстеження на наявність ІПСШ, отримати допомогу стосовно наркозалежності або вилікувати ІПСШ є причиною звернень до медпрацівників у меншій кількості випадків: з такими проблемами зверталися відповідно 8,5%, 7,8% та 4,3% засуджених. (Див. рис. 5.3.1).

Ефективність таких звернень найвища при потребі засуджених отримати лікування простудних захворювань: на суб'єктивну думку осіб, які зверталися по допомогу з цього приводу, у 74% випадків таку допомогу було отримано. Допомогу при бажанні пройти тестування на наявність ВІЛ-інфекції отримали 73,2%, обстежитися на туберкульоз 71,4%. (Див. рис. 5.3.2).

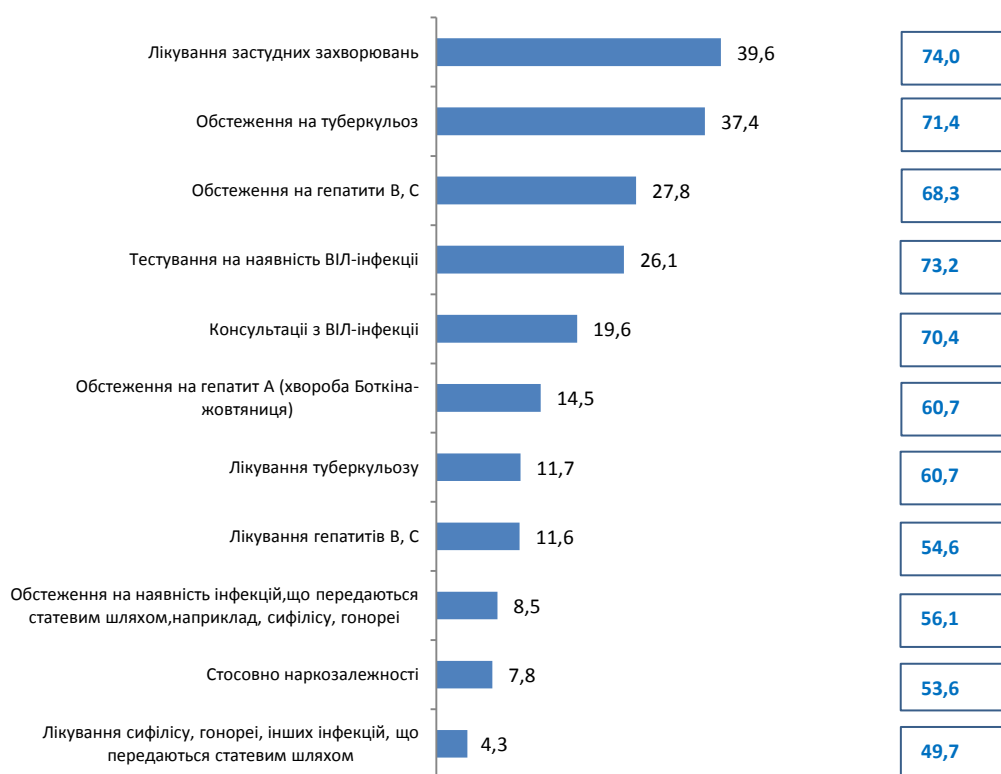


Рис. 5.3.1. Звернення засуджених до медичних працівників виправних закладів і причини таких звернень, %

Джерело даних: Частина відповідей на запитання: НЗ. «Чи зверталися Ви будь-коли до медпрацівника колонії за консультацією або медичною допомогою щодо питань здоров'я позначених у таблиці?», N=630

Рис. 5.3.2. Питома вага засуджених, які отримали допомогу після звернення до медпрацівника, %

Джерело даних: Частина ствердних відповідей на запитання: Н4. «Чи отримали Ви консультацію або медичну допомогу щодо питання здоров'я, з яким Ви зверталися?», серед тих, які зверталися.

5.4. Охоплення тестуванням на наявність інфекційних захворювань

Ніколи не проходили тестування на захворювання, що передаються статевим шляхом, 43,2% засуджених; не тестувалися на гепатит В – 35,6%; на гепатит С – 34,2%; охоплення засуджених тестуванням на ці інфекції в місцях позбавлення волі становить відповідно 19,2%, 25,7% і 28,5% (рис. 5.4.1–5.4.3).

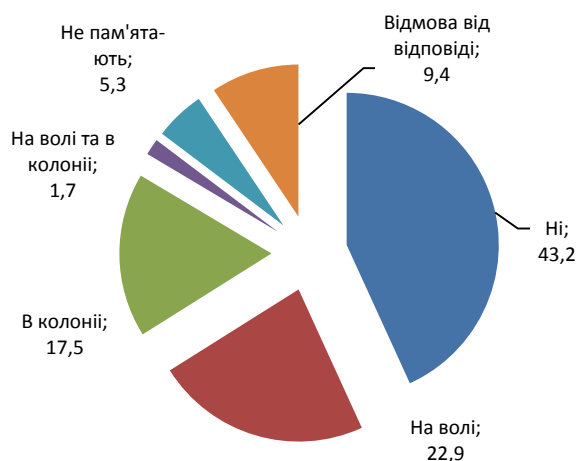


Рис. 5.4.1. Тестування засуджених на інфекції, що передаються статевим шляхом, %

Джерело даних: Частка відповідей на запитання: G1. «Чи проходили Ви коли-небудь тестування на такі інфекції... G1.1. Інфекції, що передаються статевим шляхом (сифіліс, гонорея тощо)?», N=1001

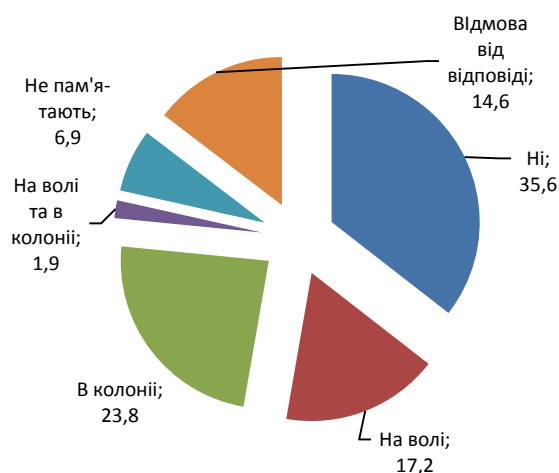


Рис. 5.4.2. Тестування засуджених на гепатит В, %

Джерело даних: Частка відповідей на запитання: G1. «Чи проходили Ви коли-небудь тестування на такі інфекції... G1.2. Гепатит В?», N=1001

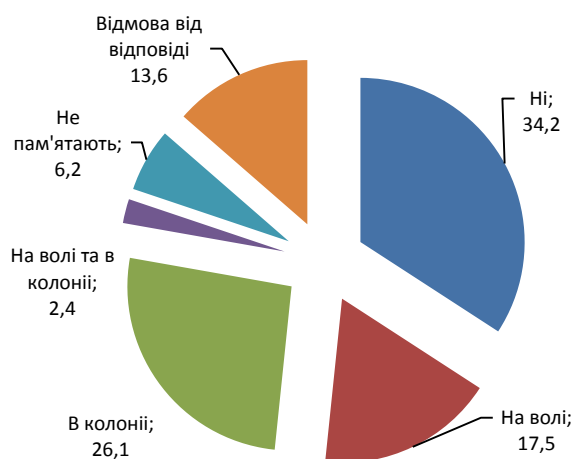


Рис. 5.4.3. Тестування засуджених на гепатит С, %

Джерело даних: Частка відповідей на запитання: G1. «Чи проходили Ви коли-небудь тестування на такі інфекції... G1.3. Гепатит С?» N=1001

5.5. Охоплення тестуванням на ВІЛ-інфекцію

Відповідно до методики дослідження, заповнення засудженими анкет відбувалося до того, як вони проходили тестування на ВІЛ. При заповнюванні опитувальника 71,9% засуджених зазначили, що коли-небудь проходили тестування на ВІЛ-інфекцію. Серед респондентів, у яких під час тестування було виявлено ВІЛ-інфекцію, 89,2% зазначили, що мають досвід такого тестування. Найменш охопленими тестуванням виявилися ув'язнені старшого віку – серед тих, кому виповнилося 50 років і більше, питома вага охоплених становить 63,1%. Жінки проходили цю діагностичну процедуру частіше, ніж чоловіки – відповідно 78,6% та 71,6%. (Див. рис. 5.5.1, 5.5.2).

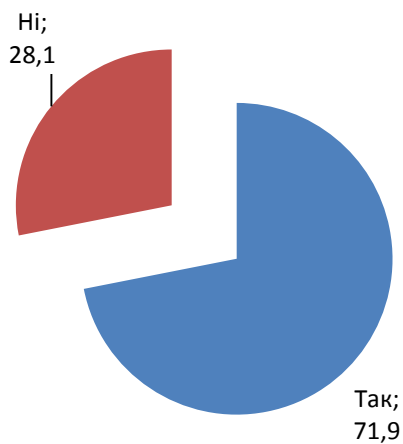


Рис. 5.5.1. Охоплення засуджених тестуванням на ВІЛ-інфекцію, %

Джерело даних: Частина відповідей на запитання: G4. «Ми не запитуємо Вас про результат, але чи проходили Ви коли-небудь тестування на ВІЛ?», N=1001

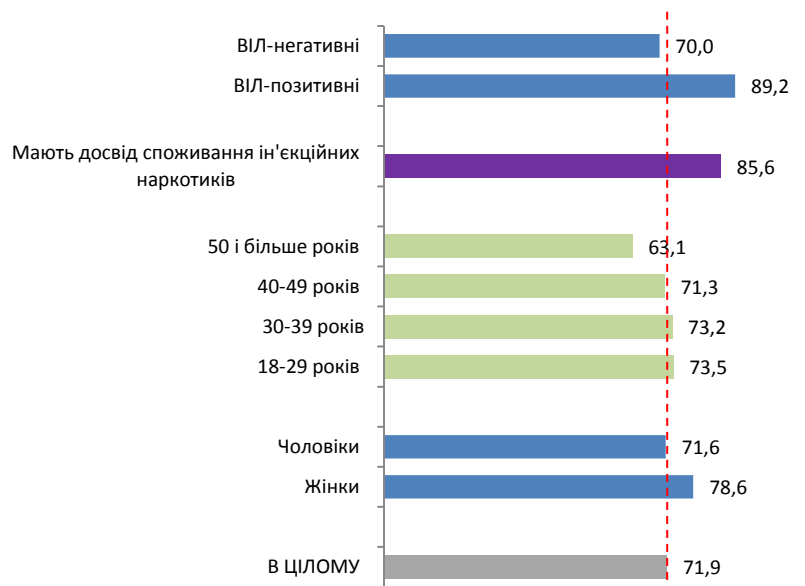


Рис. 5.5.2. Охоплення засуджених тестуванням на ВІЛ-інфекцію, залежно від ВІЛ-статусу, досвіду споживання ін'єкційних наркотиків, віку та статі, %
Джерело даних: Частина відповідей на запитання: G4. «Ми не запитуємо Вас про результат, але чи проходили Ви коли-небудь тестування на ВІЛ?», N=1001

5.6. Охоплення профілактичними програмами та програмами замісної терапії у місцях позбавлення волі

За результатами опитування засуджених, 28,6% з них мають досвід особистого вживання неін'єкційних наркотиків, ін'єкційних – 31,3% (див. Розділ 4.1. Вживання психоактивних речовин у місцях позбавлення волі). З огляду на це, показники охоплення засуджених профілактичними програмами у місцях позбавлення волі невисокі: про участь у програмі замісної підтримувальної терапії повідомили 3% опитаних, програмах обміну шприців – 1,8%. Перебуваючи на волі, 6% респондентів безоплатно отримували препарати, ще 9,5% купували їх в аптеці. Після потрапляння

до колонії активність участі засуджених у профілактичних програмах помітно знижується. (Див. рис. 5.6.1–5.6.4).

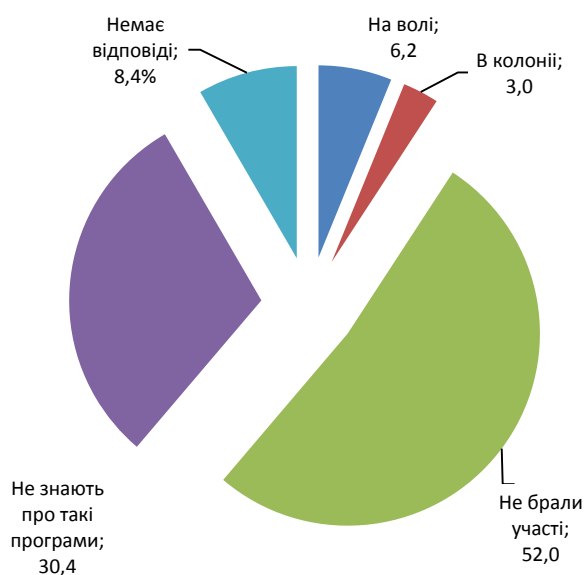


Рис. 5.6.1. Участь засуджених у програмах замісної підтримувальної терапії, %

Джерело даних: Частка відповідей на запитання: С3. «Чи брали Ви участь у програмах...С3.1. Замісної підтримувальної терапії?», N=1001

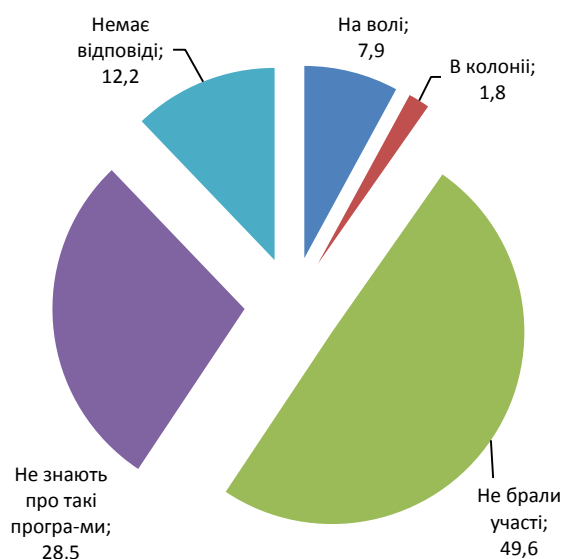


Рис. 5.6.2. Участь засуджених у програмах обміну шприців, %

Джерело даних: Частка відповідей на запитання: С3. «Чи брали Ви участь у програмах...С3.2. Обміну шприців?», N=1001

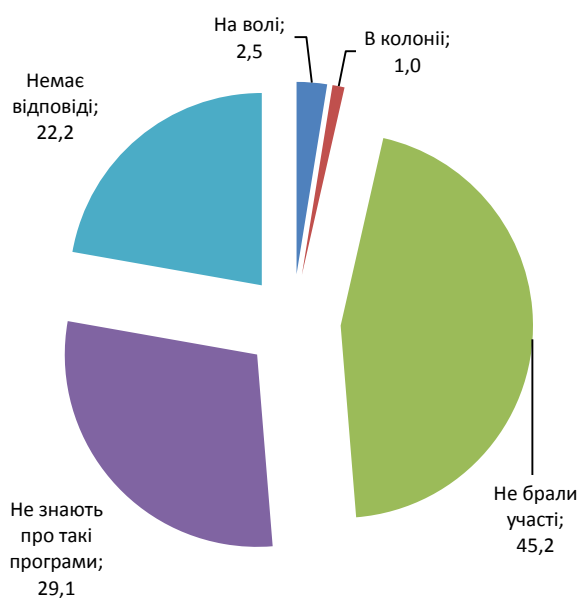


Рис. 5.6.3. Участь засуджених у інших профілактичних програмах, %

Джерело даних: Частка відповідей на запитання: С3. «Чи брали Ви участь у програмах...С3.2. Інших профілактичних програмах?», N=1001

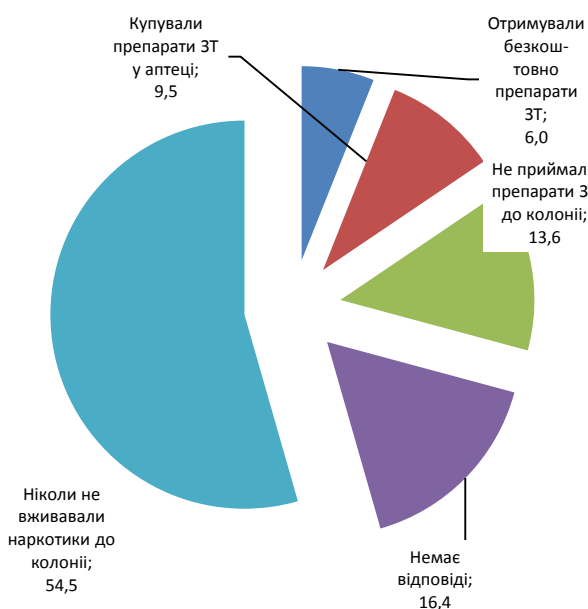


Рис. 5.6.4. Джерела отримання препаратів замісної терапії на волі, %

Джерело даних: Частка відповідей на запитання: С4. «Де Ви діставали препарати замісної терапії до потрапляння в колонію?», N=1001

5.7. Охоплення засуджених профілактичними заходами

Громадські та релігійні організації проводять у колоніях різні заходи, метою яких є профілактика поширення в місцях позбавлення волі інфекційних захворювань, отримання засудженими навичок безпечної поведінки, пропаганда здорового способу життя тощо. Повідомили, що їм пропонувалося взяти участь у спеціальних заняттях з обговорення проблем ВІЛ/СНІДу, 16,6% засуджених, у спортивних змаганнях – 14,1%, у спеціальних заняттях для волонтерів – 9,3%, у заняттях груп допомоги – 9,0%.

Брали участь у таких заходах від 6,9% (у спортивних змаганнях) до 1,9% (у театральних виставах, спектаклях) засуджених. Питома вага засуджених, які погодились на запропоновану їм участь у профілактичних заходах різного спрямування, становить від 48,9% (у спортивних змаганнях) до 31,7% (у театральних виставах, спектаклях). (Див. рис. 5.7.1, 5.7.2).

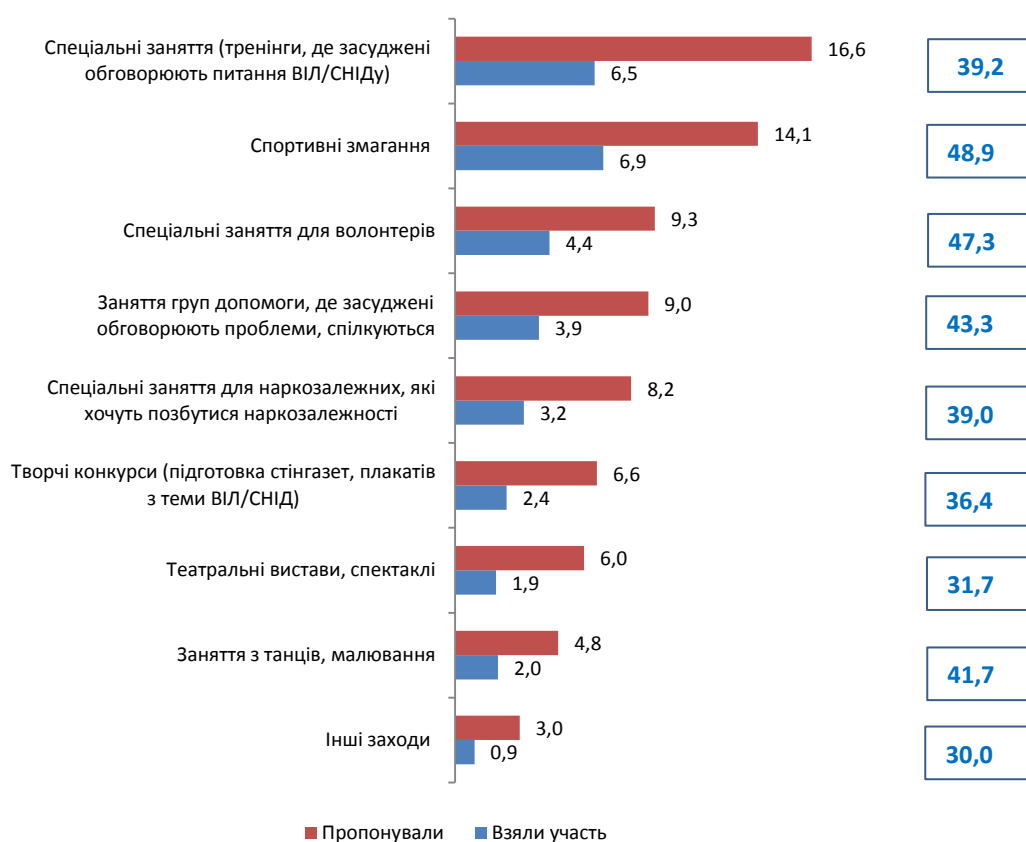


Рис. 5.7.1. Охоплення засуджених профілактичними заходами, %

Джерело даних: Частка ствердних відповідей на запитання: Н12.1. «Протягом останніх 12-ти місяців Вам пропонували представники громадських або релігійних організацій взяти участь у...?» та Н12.2. «Протягом останніх 12-ти місяців, у яких заходах з профілактики ВІЛ/СНІД, що проводили громадські або релігійні організації, Ви взяли участь?»
N=1001

Рис. 5.7.2. Питома вага засуджених, які взяли участь у профілактичних заходах, серед тих, кому пропонувалося взяти участь у відповідних заходах, %

5.8. Лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом

Принаймні 12,8% засуджених мають досвід лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом. Серед ВІЛ-позитивних питома вага таких становить 27,4%, з віком відсоток лінійно зростає від 7,3% поміж засуджених віком 18–29 років до 20,6% серед засуджених віком 50 років і старших. Статистично значимих відмінностей між ув'язненими чоловіками та жінками не виявлено. (Див. рис. 5.8.1, 5.8.2).



Рис. 5.8.1. Досвід лікування від інфекцій, що передаються статевим шляхом, %

Джерело даних: Частка відповідей на запитання: G2. «Чи лікувалися Ви коли-небудь від інфекцій, що передаються статевим шляхом?» N=1001

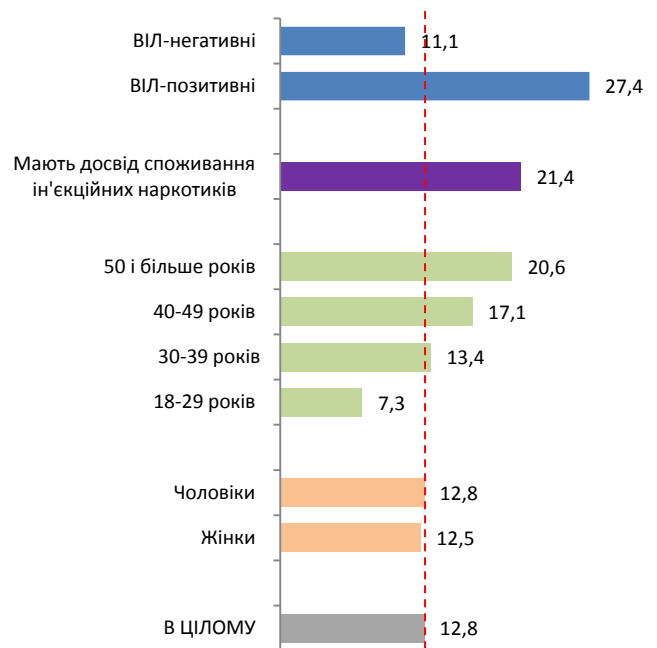


Рис. 5.8.2. Досвід лікування від інфекцій, що передаються статевим шляхом, залежно від ВІЛ-статусу, досвіду споживання наркотиків, віку та статі, %

Джерело даних: Частка відповідей на запитання: G2. «Чи лікувалися Ви коли-небудь від інфекцій, що передаються статевим шляхом?» N=1001

Розділ 6. СТУПІНЬ ДОСТУПНОСТІ ТА ЯКОСТІ ПОСЛУГ З ПРОФІЛАКТИКИ, ДОГЛЯДУ ТА ЛІКУВАННЯ ВІЛ

Резюме

1. Найменш доступними для засуджених є допомога щодо лікування ІПСШ, наркозалежності та обстеження на наявність інфекцій, що передаються статевим шляхом: відповідно 51,3%, 46,4% і 43,9% звернень засуджених про надання допомоги або консультацій залишилися без задоволення.
2. Серед респондентів які мали останній статевий контакт в колонії, отримували презервативи 17,8%.
3. Про те, що у кімнатах для короткострокових і тривалих побачень відсутні презервативи, зазначили 24,7% засуджених.
4. Понад дві третини (67,8%) засуджених не знають, до яких саме закладів або установ поза межами виправного закладу їм слід звертатися, якщо виникне потреба у тестуванні на ВІЛ. До кого слід звертатися у колонії, не знають 61,2%.
5. Проходили тестування на наявність ВІЛ-інфекції під час перебування у колонії 71,9% засуджених, у тому числі протягом останніх 12-ти місяців – 52,0%.
6. Супроводжувалися дотестовим консультуванням 81,1% випадків тестування на ВІЛ, післятестове консультування здійснювалося після 75,9% тестів.
7. За результатами опитування, 28,1% засуджених ніколи не проходили тестування на ВІЛ-інфекцію.

6.1. Доступність медичних послуг

Найдоступнішими для засуджених видами медичної допомоги є допомога при лікуванні застудних захворювань (29,3%), обстеження на туберкульоз (26,7%) та тестування на наявність ВІЛ-інфекції (19,1%).

Консультації та допомога щодо лікування ІПСШ, наркозалежності та обстеження на наявність інфекцій, що передаються статевим шляхом, є найменш доступними з усього переліку можливих послуг і видів допомоги: їх отримали відповідно 2,1%, 4,2% і 4,8% всіх засуджених.

Звернення до медичного працівника виправного закладу значно підвищує шанси отримати необхідну медичну допомогу або послугу: серед тих засуджених, які зверталися до медпрацівника з приводу застудних захворювань, необхідну допомогу отримали 74%, позитивно завершилися 71,4% звернень щодо обстеження на туберкульоз і 68,3% звернень щодо обстеження на гепатити В і С.

Найменш доступними для засуджених є допомога щодо лікування ІПСШ, наркозалежності та обстеження на наявність інфекцій, що передаються статевим шляхом: відповідно 51,3%, 46,4% і 43,9% звернень засуджених про надання допомоги або консультацій залишилися незадоволеними. (Див. рис. 6.1.1).



Рис. 6.1.1. Доступність медичних послуг і консультацій у місцях позбавлення волі, %
Джерело даних: Частина ствердних відповідей на запитання: Н4. «Чи отримали Ви консультацію або медичну допомогу щодо питання здоров'я, з яким Ви зверталися?», серед всіх та тих, які зверталися по відповідну допомогу або консультацію, N=1001

6.2. Доступність презервативів і дезінфекційних засобів, практики отримання

Відповідаючи на запитання щодо статевих стосунків, лише 8,9% засуджених зазначили, що останнього разу статеві стосунки у них були у колонії (див. Розділ 4. Ризиковані статеві практики). Проте 14,2% вказали, що протягом останніх 12-ти місяців отримували у колонії презервативи, серед респондентів, які мали останній статевий контакт у колонії, отримували презервативи 17,8%. Затребуваність презервативів зменшується з віком: найчастіше їх отримували засуджені віком 30–39 років (15,7%), серед опитаних віком 50 років і більше, отримували презервативи 8,9%. Чоловіки користувалися можливістю безоплатного отримання презервативів значно частіше, ніж жінки: відповідно 15,0% та 3,6%. (Див. рис. 6.2.1, 6.2.2).

За потреби можуть отримати презервативи у будь-який час 40,6% тих, які їх отримували; питома вага як ВІЛ-позитивних, так і ВІЛ-негативних засуджених, які зазначили наявність такої можливості, практично однакова.

Про те, що у кімнатах для короткострокових і тривалих побачень презервативи відсутні, зазначили 24,7% засуджених (рис. 6.2.3, 6.2.4).

Лише 6,4% засуджених зазначили, що їм доступні дезінфекційні засоби «завжди» або принаймні «інколи»; 38,0% стверджують, що ці засоби їм взагалі недоступні; 29,4% відповіли, що не розуміють, про що йдеться (рис. 6.2.5). Серед тих, кому доступні дезінфекційні засоби, 68,7% вважають, що можуть їх отримати у медичній частині виправного закладу, ще 18,4% – у лікаря. Певній частці засуджених ці засоби передають родичі, інші отримують їх як гуманітарну допомогу (рис. 6.2.6).

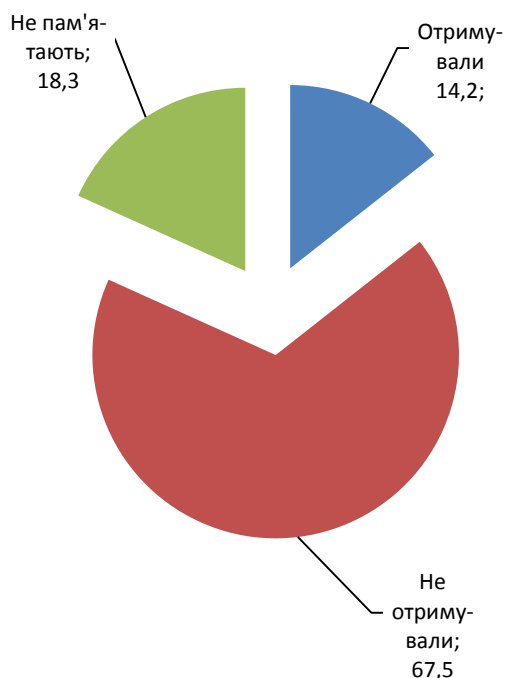


Рис. 6.2.1. Доступність безоплатних презервативів у місцях позбавлення волі, %

Джерело даних: Частка відповідей на запитання: Нб. «Чи отримували Ви протягом останніх 12 місяців безоплатно презервативи (наприклад, у медсанчастині, лазні, кімнаті для проведення короткострокових і тривалих побачень, від соціальних працівників тощо)?»
N=1001

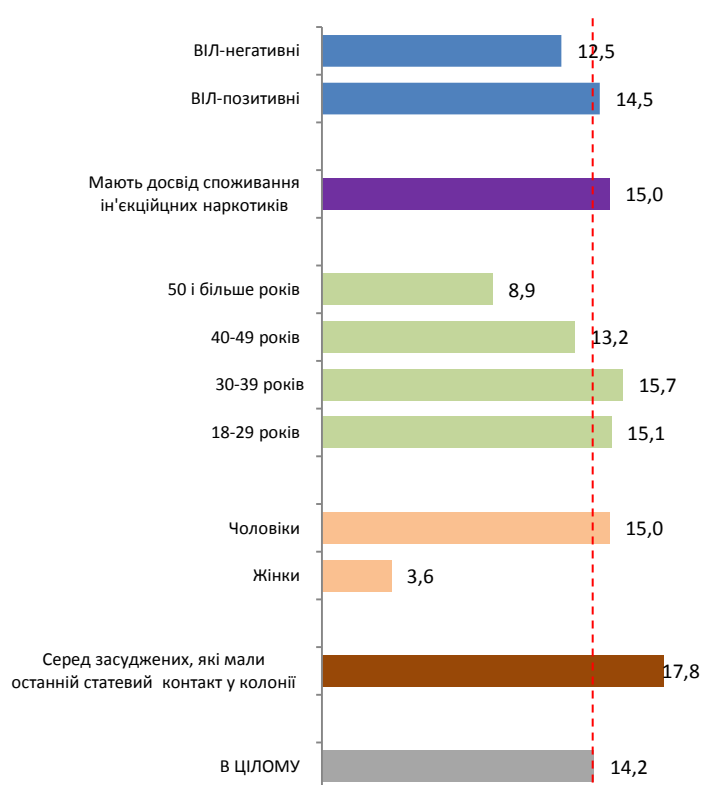


Рис. 6.2.2. Доступність безоплатних презервативів у місцях позбавлення волі, залежно від ВІЛ-статусу, досвіду споживання ін'єкційних наркотиків, за статтю та віком, %

Джерело даних: Частка відповідей на запитання: «Чи отримували Ви протягом останніх 12 місяців безоплатно презервативи (наприклад, у медсанчастині, лазні, кімнаті для проведення короткострокових і тривалих побачень, від соціальних працівників тощо)?», N=1001

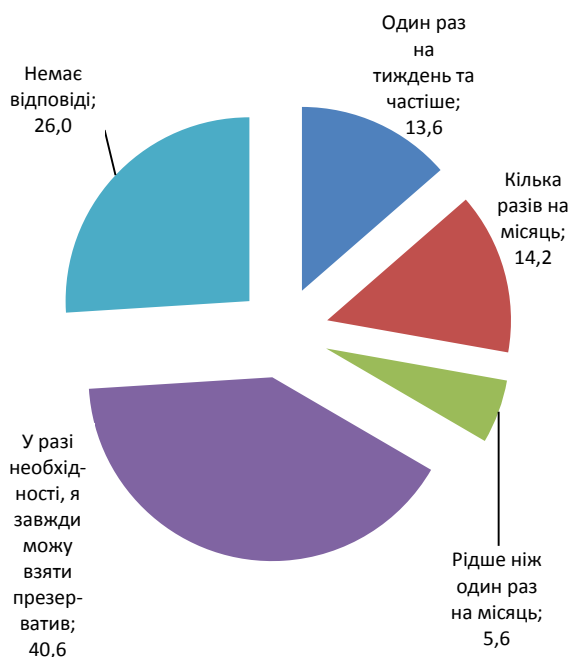


Рис. 6.2.3. Частота отримання презервативів, %

Джерело даних: Частка відповідей на запитання: Н8. «Як часто Ви отримували презервативи безоплатно за останні шість місяців?». Серед тих, які отримували, N = 115

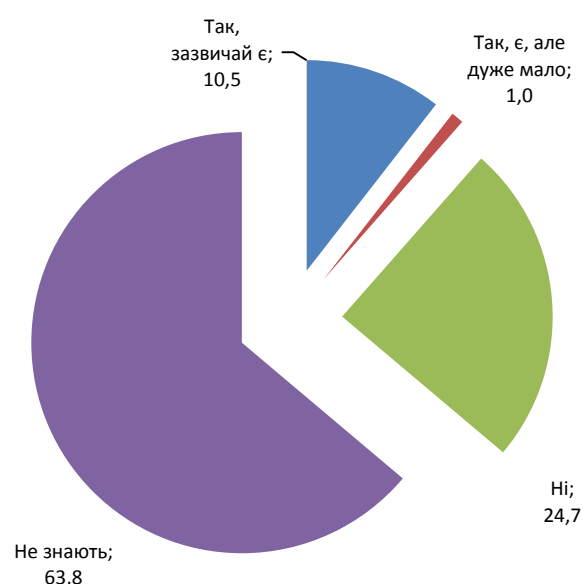


Рис. 6.2.4. Наявність у кімнатах для проведення короткострокових і тривалих побачень безоплатних презервативів», %

Джерело даних: Частка відповідей на запитання: Н9. «Чи є у кімнатах для проведення короткострокових і тривалих побачень безоплатні презервативи?», N=1001

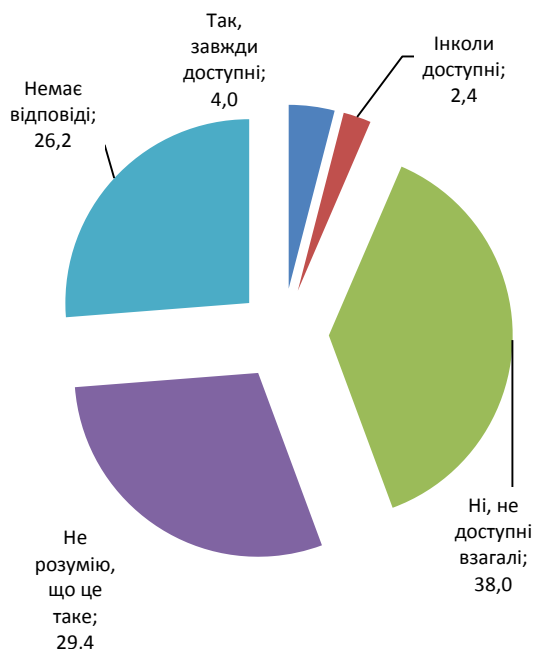


Рис. 6.2.5. Доступність дезінфекційних засобів, %

Джерело даних: Частка відповідей на запитання: Н11. «Чи доступні Вам безоплатні дезінфекційні розчини, якими Ви можете обробити леза для гоління, шприци тощо?», N=1001

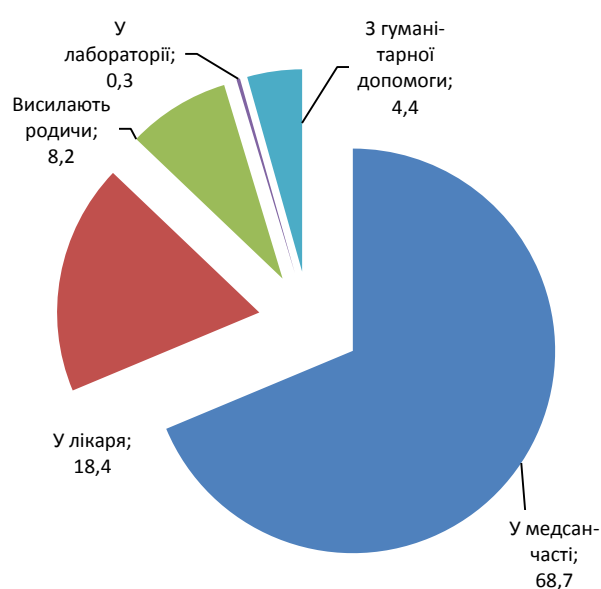


Рис. 6.2.6. Місця, де можна отримати дезінфекційні засоби, %

Джерело даних: Частка відповідей на відкрите запитання Н11. «Де саме Ви можете їх отримати?», серед тих, які зазначили, що їм доступні дезінфекційні засоби, N=63

6.3. Обізнаність щодо місць проведення тестування на ВІЛ

Понад дві третини (67,8%) засуджених не знають, до яких саме закладів або установ поза межами виправного закладу їм слід звертатися, якщо виникне потреба у тестуванні на ВІЛ; 18,9% вважають, що слід звертатися до медичних закладів – лікарні до або поліклініки; 6,1% – «до лікаря» (рис. 6.3.1 і табл. 6.3.1).

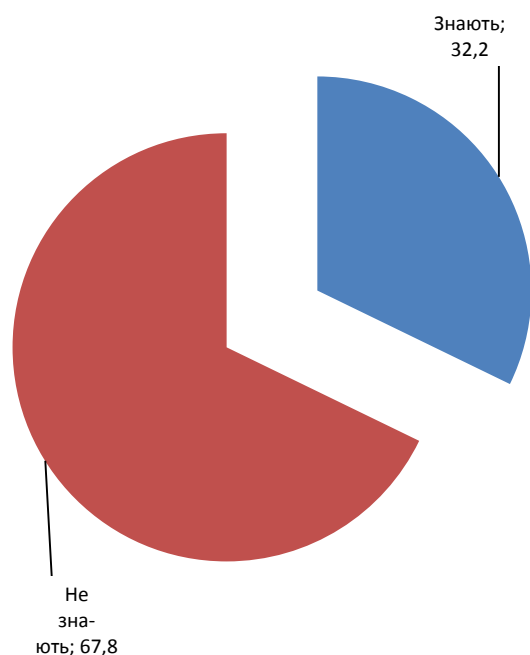


Рис. 6.3.1. Обізнаність засуджених щодо місць тестування на ВІЛ на волі, %

Джерело даних: Частка відповідей на запитання: G3. «Чи знаєте Ви, куди слід звертатися, якщо хочете пройти тест на ВІЛ?... G.3.1. На волі», N=1001

Таблиця 6.3.1

Уявлення засуджених щодо місць тестування на ВІЛ на волі, %

Лікарні, поліклініки	18,9
Лікар (у т.ч. інфекціоніст, венеролог)	6,1
Центр СНІДу	3,6
ГО «Альянс громадського здоров'я»	0,8
Наркодиспансер	0,6
Кабінет «Довіра»	0,6
Спеціальні пункти, лабораторії	0,4
Шкірно-венерологічний диспансер	0,3
До волонтерів	0,2
ГО «Світло Надії»	0,2
ВБО «Конвіктус»	0,1
Фонд Віктора Пінчука	0,1
Громадська організація	0,1
ГО «Мангуст»	0,1
ГО «Імпульс+»	0,1
ГО «Вертикаль»	0,1
Приватний лікувальний центр	0,1
Сінево	0,1
Не знають, куди звертатися	67,8

Джерело даних: Частка відповідей на відкрите запитання: «Куди саме?» серед тих, які ствердно відповіли на запитання G3. «Чи знаєте Ви, куди слід звертатися, якщо хочете пройти тест на ВІЛ ... G3.1. на волі?», N=1001

Знають, до кого їм слід звертатися для тестування на ВІЛ у місцях позбавлення волі, 38,9% засуджених. Рівень обізнаності серед засуджених жінок є вищим, ніж у чоловіків (відповідно 56,1% і 37,8%), ВІЛ-позитивні обізнані краще, ніж ВІЛ-негативні (38,6% і 31,6%) (рис. 6.3.2, 6.3.3 і табл. 6.3.2).

Таблиця 6.3.2

Уявлення засуджених щодо місць тестування на ВІЛ у колонії, %

Медсанчастина	32,0
Лікар (у т.ч. інфекціоніст, нарколог)	6,1
Лабораторія	0,3
Охорона	0,1
Соцпрацівники	0,3
Не знають, куди звертатися	61,2

Джерело даних: Частка відповідей на відкрите запитання: «Куди саме?» серед тих, які ствердно відповіли на запитання G3. «Чи знаєте Ви, куди слід звертатися, якщо хочете пройти тест на ВІЛ? ...G3.2. у колонії», N=1001

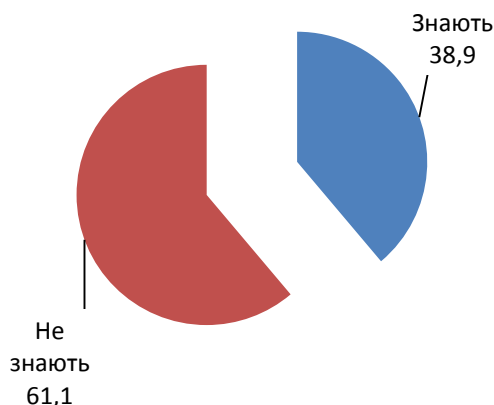


Рис. 6.3.2. Обізнаність засуджених щодо місць тестування на ВІЛ у колонії, %

Джерело даних: Частка відповідей на запитання: G3. «Чи знаєте Ви, куди слід звертатися, якщо хочете пройти тест на ВІЛ?... G3.2. У колонії», N=1001

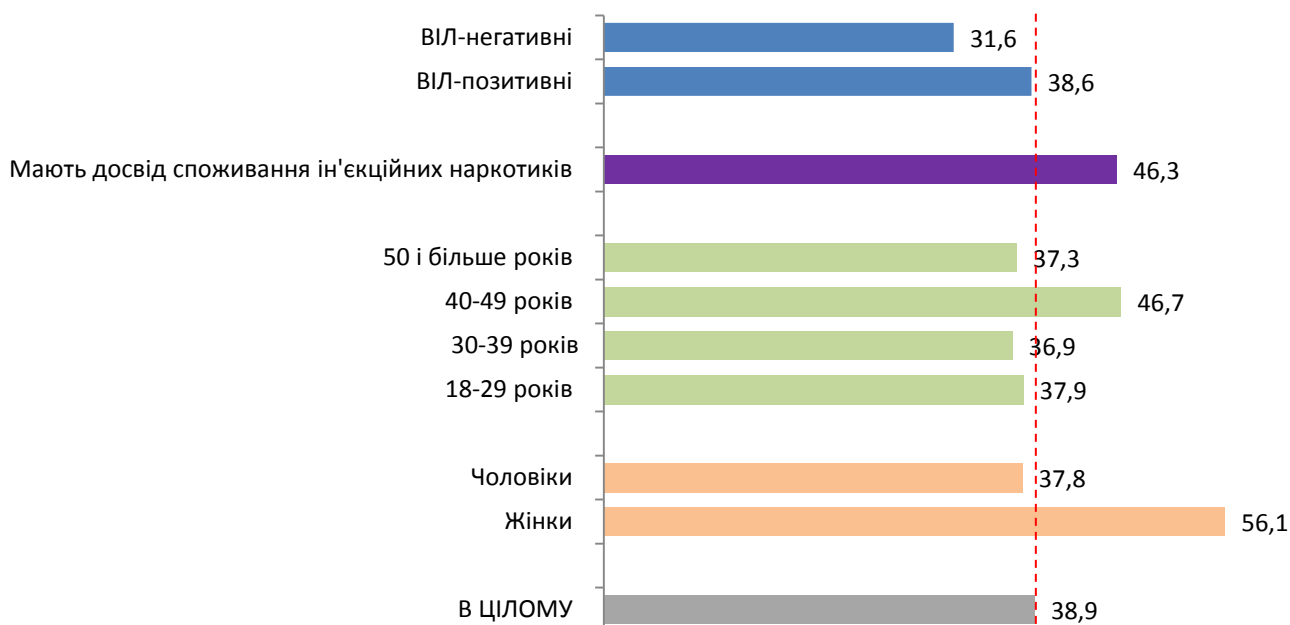


Рис. 6.3.3. Обізнаність засуджених щодо місць тестування на ВІЛ на волі, залежно від ВІЛ-статусу, досвіду споживання ін'єкційних наркотиків, віку ті статі, %

Джерело даних: Частка ствердних відповідей на запитання: G3. «Чи знаєте Ви, куди слід звертатися, якщо хочете пройти тест на ВІЛ... G3.1. на волі?», N=1001

6.4. Доступність консультацій для ВІЛ-інфікованих

Серед респондентів, які повідомили про наявність у них ВІЛ-інфекції, 70,0% зазначили, що їм були запропоновані консультації; лабораторне дослідження рівня вірусного навантаження – 57,4%; отримали ці послуги відповідно 47,1% і 40,6% осіб, які ствердно відповіли на запитання щодо наявності ВІЛ-позитивного статусу (табл. 6.4.1).

Таблиця 6.4.1

Отримання ВІЛ-інфікованими* консультацій щодо ВІЛ-інфекції та проходження ними лабораторного дослідження вірусного навантаження*, %

«Чи пропонували Вам в установі, де Ви перебуваєте, отримати консультацію та допомогу лікаря-інфекціоніста центру СНІДу з таких питань...?»	Пропонувалось	Було отримано
Консультації щодо ВІЛ-інфекції	70,0	47,1
Лабораторне дослідження рівня вірусного навантаження	57,4	40,6

* Серед тих, які ствердно відповіли на запитання щодо наявності позитивного ВІЛ-статусу. N=101

6.5. Доступність тестування на ВІЛ-інфекцію

Під час опитування 71,9% засуджених зазначили, що проходили тестування на наявність ВІЛ-інфекції, у тому числі протягом останніх 12-ти місяців – 52,0%; переважна більшість (83,5%) повідомила, що це сталося з їхньої власної ініціативи (табл. 6.5.1).

Таблиця 6.5.1

Причини й обставини проходження засудженими тестування на ВІЛ, %

Проходили тестування будь-коли – 71,9% засуджених. У тому числі:				
Термін останнього тестування, серед тих, які його проходили (N=737)		Причини проходження тестування (N=737):		
У 2019 р.	45,5	Добровільно, з власної ініціативи	83,5	
Взимку 2018 р.	15,6	За направленням лікаря медичного закладу	4,3	
Восени 2018 р.	4,9	За направленням лікаря колонії	4,6	
Влітку 2018 р.	4,6	На прохання партнера (чоловіка/дружини)	0,9	
Навесні 2018 р.	2,2	Інше	0,2	
У 2017 р. і раніше	12,1	<i>Не пам'ятають</i>	6,5	
<i>Не пам'ятають</i>	15,1			
Проходили тестування протягом останніх 12-ти місяців		52,0	Місце проходження тестування:	
			У колонії	84,4
			На волі	14,3
			<i>Не пам'ятають</i>	1,3

Понад третину (33,4%) з тих, які проходили тестування на ВІЛ, як причину зазначили пересторогу й уявлення щодо наявності навколо великої кількості хворих, у 26% випадків тестування відбулося за ініціативи лікаря, 16,5% пройшли тестування через наявність досвіду вживання наркотиків, через побоювання заразити чоловіка/жінку – 9,2% (рис. 6.5.1).



Рис. 6.5.1. Причини рішення про проходження тестування на ВІЛ, %

Джерело даних: Частина відповідей на запитання: G13. «Чому Ви вирішили пройти тестування на ВІЛ?», серед тих, які пройшли тестування, N=737

6.6. До- та післятестове консультування

На наявність ВІЛ-інфекції 81,1% тестів супроводжувались поясненнями лікаря, що саме означає «позитивний» або «негативний» результат (рис. 6.6.1). По отриманні результатів тесту у 75,9% випадків лікарі надавали засудженим пояснення щодо значення термінів «негативний» і «позитивний» (рис. 6.6.2).

При здійсненні післятестового консультування й ознайомленні засуджених із результатами найчастіше (54,3%) лікарі пояснювали, що саме слід розуміти під «позитивним» і «негативним» результатом, майже кожне четверте (23,1%) консультування супроводжувалося розповіддю про переваги здорового способу життя, у 22,8% лікар надавав пояснення, як у подальшому можна знизити ризики інфікування, у 21,9% наголошував на необхідності дотримання правил безпечної статевої поведінки, у 20,1% випадків розповідав про небезпеку вживання ін'єкційних наркотиків; інші проблеми обговорювалися порівняно менше (рис. 6.6.3).

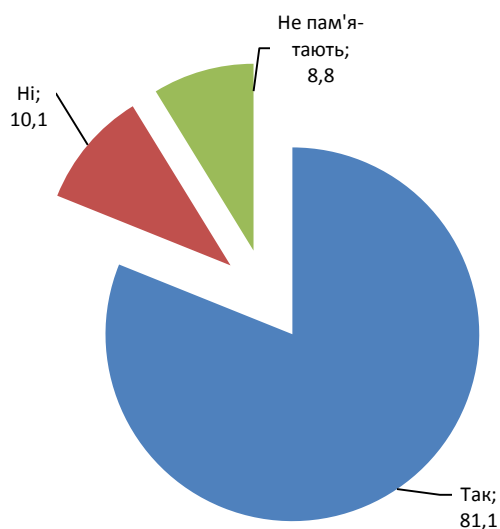


Рис. 6.6.1. Проходження дотестового консультування, %

Джерело даних: Частка відповідей на запитання: G10. «Чи пояснював Вам лікар перед тим, як зробити тест, що означає «позитивний» і «негативний» результат тесту?», серед тих, які проходили тестування, N=737

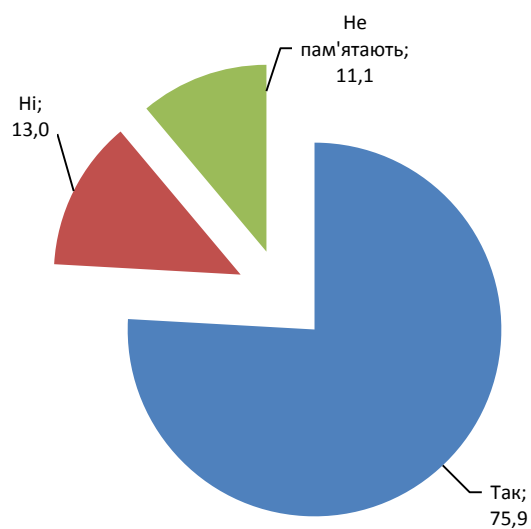


Рис. 6.6.2. Проходження післятестового консультування, %

Джерело даних: Частка відповідей на запитання: G11. «Чи пояснював Вам лікар під час ознайомлення із результатом тесту, що означає «позитивний» і «негативний» результат тесту і як Вам потрібно себе поводити?», серед тих, які проходили тестування, N=737



Рис. 6.6.3. Зміст післятестових консультацій, %

Джерело даних: Частка відповідей на запитання: G12. «Які із зазначених питань обговорювалися з Вами під час ознайомлення з результатом тесту?» серед тих, які проходили тестування. Респондент мав змогу обрати кілька варіантів відповіді, тому сума не дорівнює 100%, N=737

6.7. Бар'єри тестування на ВІЛ серед засуджених

За результатами опитування, 28,1% засуджених ніколи не проходили тестування на ВІЛ-інфекцію. Половина (49,9%) засуджених, які не проходили тестування на ВІЛ, вважають, що їм це не потрібно; 14,4% стверджують, що під час перебування у колонії їм навіть не пропонувалося пройти цю процедуру; кожен десятий як причину назвав необізнаність у тому, що саме слід робити, щоб пройти тестування (рис. 6.7.1).



Рис. 6.7.1. Причини непроходження тестування на ВІЛ, %

Джерело даних: Частина відповідей на запитання: G14. «Якщо Ви раніше не проходили тестування на ВІЛ, то чому Ви не зробили тест на ВІЛ у місцях позбавлення волі (СІЗО, ВК)?», серед тих, які не проходили тестування, N=264

ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ

Висновки

Рівень поширеності ВІЛ серед засуджених

- Питома вага ВІЛ-інфікованих у місцях позбавлення волі становить 8,9%, у тому числі серед ув'язнених чоловіків – 8,4%, серед жінок – 17,0%.
- Охоплення АРВ-терапією засуджених, які є ВІЛ-інфікованими як за результатами тестування, так і за самодекларацією, становить 86,4%.
- Серед тих, які мали досвід споживання ін'єкційних наркотиків, питома вага ВІЛ-інфікованих становить 15,9%, серед тих, які не споживали ін'єкційні наркотики – 5,7%.
- Питома вага ВІЛ-інфікованих лінійно зростає залежно від кількості ув'язнень: від 3,7% серед тих, які відбували покарання вперше, до 21,6% поміж тих, які були ув'язненими п'ять і більше разів.
- Найвищий рівень інфікування засуджених виявлено у Південно-Східному регіоні (колоніях, розташованих у Дніпропетровській і Запорізькій областях) – 15,7%, найнижчий – у Північно-Східному регіоні (Полтавській і Харківській областях) – 2,6%.
- У колоніях для вперше засуджених рівень інфікування ВІЛ становить 4,4%, у колоніях для неодноразово засуджених – 12,2%.
- Порівняно з даними біоповедінкових досліджень 2009 і 2011 років, у 2019 р. відбулося зменшення питомої ваги ВІЛ-інфікованих з 15,0% у 2009 р. і 14,0% у 2011 р. до 8,9% у 2019 р. Біоповедінкове дослідження 2017 р. показало результат 7,6%.
- Підтверджують проходження тестування на ВІЛ 71,9% засуджених.
- Засудженим, які живуть з ВІЛ, відомо про їх статус (53,0%).
- За даними опитування, 86,4% ВІЛ-інфікованих засуджених (за результатами самодекларації та тестування) приймають антиретровірусні препарати.
- Під час опитування 10,8% ВІЛ-інфікованих заперечували, що коли-небудь проходили тестування на ВІЛ.

Рівень поінформованості засуджених про шляхи передачі ВІЛ-інфекції та заходи з її профілактики

- Відомо про ВІЛ-інфекцію 79,9% засудженим, 47,7% вважають свої знання достатніми.
- Правильні відповіді на кожне з 13-ти запитань щодо можливих шляхів поширення ВІЛ-інфекції надали 7,4% засуджених.
- Правильні відповіді на кожне з 5-ти запитань щодо можливих шляхів поширення ВІЛ-інфекції надали 26,4% засуджених, у тому числі 41,2% ВІЛ-позитивних.
- Серед ВІЛ-позитивних засуджених (86,7%) відомо про ВІЛ-інфекцію 53,0%. вважають свої знання достатніми.

Рівень поширеності ризикованих поведінкових практик у місцях позбавлення волі

- Мають досвід особистого вживання коли-небудь неін'єкційних наркотиків 28,6% засуджених, ін'єкційних – 31,3%.
- Споживання іншими засудженими канабісу для куріння підтвердили 26,6% опитаних, вуличного метадону – 17%, стимуляторів для куріння – 16%, галюцигенів – 9,6%.
- Вважають, що у колоніях засуджені вживають опіати, 20,6% опитаних; ін'єкційні стимулятори – 14,6%.
- На думку 51% засуджених, у місцях позбавлення волі практикується вживання алкоголю.
- Серед засуджених, які мали статеві стосунки з відвідувачами протягом останніх 6-ти місяців, майже половина (49,7%) зазначила, що ніколи не використовувала презерватив під час цих контактів.
- Під час останнього статевого контакту лише кожен п'ятий (22,1%) із засуджених використовував презерватив.
- Про наявність статевих контактів з іншими засудженими повідомили 1,6% респондентів.
- Робили собі татування протягом останніх 12-ти місяців 22,6% засуджених.
- Лише 40% із засуджених з досвідом татування мають стовідсоткову впевненість, що застосовані для цієї процедури інструменти були стерильними.
- Переважна більшість засуджених заперечують використання саморобного інструментарію при споживанні ін'єкційних наркотиків.
- За результатами тестування, серед засуджених, які мають досвід споживання ін'єкційних наркотиків, виявлено 15,9% ВІЛ-позитивних, серед споживачів неін'єкційних наркотиків цей показник помітно нижчий – 11,2%.
- У респондентів, які лікувалися від інфекцій, що передаються статевим шляхом, частіше за інших засуджених при тестуванні була виявлена ВІЛ-інфекція (19,0%).

Рівень охоплення засуджених послугами з профілактики, догляду та лікування

- Оцінюють стан свого здоров'я як незадовільний 22,4% засуджених.
- Зазначили, що під час перебування у колонії вони отримували інформацію щодо ВІЛ-інфекції та захворювань, що передаються статевим шляхом, 61,4% засуджених.
- Стверджують, що ніколи не проходили тестування на захворювання, що передаються статевим шляхом, 43,2% засуджених; не тестувалися на гепатит В – 35,5%; на гепатит С – 34,2%. Охоплення засуджених тестуванням на ці інфекції в місцях позбавлення волі становить відповідно 19,2%, 25,7% і 28,5%.

- При заповнюванні опитувальника 71,9% засуджених зазначили, що проходили тестування на ВІЛ-інфекцію під час перебування у колонії.
- Повідомили, що їм пропонувалося взяти участь у спеціальних заняттях з обговорення проблем ВІЛ/СНІДу, 16,6% засуджених; у спортивних змаганнях – 14,1%; у спеціальних заняттях для волонтерів – 9,3%; у заняттях груп допомоги – 9,0%.

Рекомендації щодо протидії поширенню ВІЛ-інфекції у місцях позбавлення волі

- Забезпечити обов'язкове до- та післятестове консультування засуджених при проходженні тестування на ВІЛ.
- Організувати навчально-інформаційні заходи серед засуджених щодо профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу за участю як медичних працівників колоній, так і представників неурядових організацій.
- Запровадити оцінку ефективності профілактичних заходів серед засуджених з метою вдосконалення їх змісту та спрямованості.
- Передбачити систему заохочення засуджених для участі у профілактичних програмах, спрямованих на профілактику запобігання ВІЛ-інфікуванню.
- Забезпечити засуджених інформаційно-просвітницькими матеріалами щодо профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу з роз'ясненням основних термінів.
- Проводити роз'яснювальну роботу, стосовно шляхів поширення.
- Полегшити доступ засуджених до отримання медичних послуг і консультацій.
- Організувати періодичні особисті прийоми медичним працівником кожного із засуджених, незалежно від наявності у них скарг на стан здоров'я.
- Покращити забезпечення засуджених засобами індивідуального захисту (презервативами, лубрикантами, дезінфекційними розчинами), забезпечити вільний доступ засуджених до них.
- Забезпечити наявність презервативів і лубрикантів у кімнатах побачень, вивчити можливість і доцільність створення пунктів видачі/отримання презервативів (на зразок кондоматів), що не вимагають ув'язнених просити такі засоби індивідуального захисту у персоналу.
- Регулярно забезпечувати засуджених дезінфектантами для стерилізації ін'єкційного інструментарію. Дезінфектанти та інформаційно-освітні матеріали щодо їхнього використання мають бути легкодоступними для ув'язнених у різних місцях колоній/СІЗО.

- Забезпечити 100% тестування засуджених на ВІЛ-інфекцію при потраплянні до виправного закладу та періодичне (1 раз на рік) – під час перебування у ньому. З цією метою передбачити щорічні профілактичні огляди засуджених, у тому числі із тестуванням на ВІЛ та інші інфекційні хвороби.

- Забезпечити повну комплектацію штату медичних працівників у місцях позбавлення волі, надання медичному персоналу колоній необхідної кількості інформаційних матеріалів щодо профілактики ВІЛ/СНІД у колоніях.

- Запровадити обов'язкове інформування засуджених, які готуються до звільнення, щодо наявності системи ВІЛ-профілактичних сервісів і, у разі необхідності, забезпечення конкретними адресами ВІЛ-сервісних організацій за передбаченим місцем проживання після звільнення.

- Інформувати працівників виправних закладів та інших зацікавлених сторін щодо результатів біоповедінкових досліджень, з подальшим обговоренням цих результатів у контексті впливу профілактичних заходів на показники ВІЛ-інфікування.

Пропозиції щодо організації подальших досліджень

Досвід організації та проведення біоповедінкового дослідження у 2019 р. дає підстави для формулювання таких пропозицій щодо вдосконалення методики й інструментарію дослідження:

- Передбачити збільшення об'єму вибірки з врахуванням можливого вибракування неякісно заповнених анкет

- Передбачити участь у дослідженні у кожній з колоній щонайменше двох інтерв'юерів та принаймні одного асистента, передбачити це у тендерній документації і бюджеті на проведення наступної хвили дослідження.

- При підготовці польового етапу передбачити спільне навчання виконавців соціологічного та медичного компонентів дослідження.

- Збільшити кількість моніторингових візитів до колоній з метою контролю за дотриманням методики всіх етапів проведення дослідження.

- Розробити методичну пам'ятку стосовно процедури здійснення моніторингових візитів, складу моніторингових команд та їх повноважень.

- Під час здійснення моніторингових візитів до складу моніторингових команд залучати не тільки соціологів, але й медичних працівників, які могли б контролювати дотримання вимог до проведення тестування, зокрема до- та післятестового консультування.

- Скоротити та спростити анкету для самозаповнення засудженими: уникати переходів, складних таблиць і формулювань. Замість термінів «ВІЛ-позитивні» використовувати «ВІЛ-інфіковані».

- При виготовленні анкет використовувати шрифт із кеглем не менш, ніж 14.

- Наклад анкет виготовляти двома мовами (російською та українською), і надавати засудженим можливість вільного вибору мови анкети.
- Внести зміни до Протоколу дослідження, передбачивши, що при отриманні дискордантних результатів тестування та опитування медичний працівник має перевірити, чи отримує засуджений АРВ-терапію; при встановленні діагнозу ВІЛ-інфікування вперше – поставити на облік.
- У подальших біоповедінкових дослідженнях передбачити тестування засуджених не лише на ВІЛ-інфекцію, але й на гепатит С.