



ДЕРЖАВНА ПЕНІТЕНЦІАРНА
СЛУЖБА УКРАЇНИ



*Empowered lives.
Resilient nations.*

ВІЛ/СНІД ТА ПРАВА ЛЮДИНИ У ПЕНІТЕНЦІАРНІЙ СИСТЕМІ



ПРОГРАМА РОЗВИТКУ ОРГАНІЗАЦІЇ ОБ'ЄДНАНИХ НАЦІЙ

ДЕРЖАВНА ПЕНІТЕНЦІАРНА СЛУЖБА УКРАЇНИ

ВІЛ/СНІД ТА ПРАВА ЛЮДИНИ У ПЕНІТЕНЦІАРНІЙ СИСТЕМІ

Київ, 2011

Рекомендовано до друку Науково-експертною радою Державної пенітенціарної служби України, протокол № 2/3 від 23 вересня 2011 р.

Посібник розглядає питання відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу шляхом забезпечення дотримання прав людини в установах виконання покарань. Видання приділяє значну увагу питанням захисту таких груп людей, вразливих до епідемії ВІЛ, як ув'язнені, споживачі ін'єкційних наркотиків, жінки та інші.

Посібник створено для фахівців Державної пенітенціарної служби, медичних працівників, викладачів та курсантів навчальних закладів, спеціалістів, залучених до організації та проведення медико-санітарного забезпечення осіб, які перебувають в установах виконання покарань. Посібник має на меті підвищення рівня поінформованості щодо профілактики ВІЛ/СНІДу, роз'яснення прав, соціальних гарантій, обов'язків та відповідальності персоналу органів та установ виконання покарань, а також засуджених та осіб, взятих під варту.

Редакційна колегія намагалась зберегти стиль авторів та їх громадянську позицію і донести це до читача. Водночас саме автори несуть відповідальність за наведену інформацію.

Редакційна колегія: Сергій Зінченко, Сергій Богунов, Сергій Скоков.

Наукові редактори: Тетяна Семигіна, Андрій Котуза.

Видання здійснено в рамках проекту ПРООН «Врядування з питань ВІЛ/СНІДу»
Менеджер проекту: Володимир Гордейко



Empowered lives.
Resilient nations.

Програма розвитку ООН є глобальною мережею ООН в галузі розвитку, – організацією, яка виступає за позитивні зміни та надає країнам доступ до джерел знань, досвіду та ресурсів задля допомоги людям в усьому світі будувати краще життя. Ми співпрацюємо зі 176 країнами світу, допомагаючи їм знаходити власні шляхи розв'язання глобальних та національних проблем в галузі розвитку. Покращуючи свої власні можливості, вони мають змогу використовувати досвід і знання співробітників ПРООН та широкого кола наших партнерів.

Починаючи з 1993 р., Програма розвитку ООН допомагає Україні на шляху до забезпечення кращих стандартів життя, добробуту та демократії. Ми пропонуємо найкращий міжнародний досвід з метою поліпшення спроможності наших національних партнерів в Уряді, в органах місцевої влади та серед місцевих громад подолати виклики людського розвитку. У тісній співпраці з ними ми підтримуємо ініціативи, які працюють на зменшення рівня бідності, поліпшення доступу громадян до якісніших соціальних послуг. ПРООН допомагає в подальшому розвитку демократичного врядування, у реформуванні державних установ, охороні довкілля, посиленні ролі жінок в громадсько-політичному житті, гарантуванні вдалого місцевого розвитку. В нашій діяльності ми забезпечуємо баланс між впровадженням заходів щодо розробки політико-правових документів, аналітично-дорадчою діяльністю та заходами з поліпшення спроможності наших національних партнерів, окремими пілотними проектами.

Допомагаємо розробити українські рішення задля досягнення українських цілей розвитку.

Більше інформації про діяльність ПРООН в Україні: www.undp.org.ua

Це видання підготовлено міжнародними та українськими експертами на замовлення Програми розвитку ООН в Україні. Думки, висновки чи рекомендації належать авторам та упорядникам цього видання і не обов'язково відображають погляди ПРООН.

Подяка

Програма розвитку ООН в Україні висловлює вдячність керівництву Державної пенітенціарної служби України за допомогу та сприяння у створенні посібника «ВІЛ/СНІД та права людини у пенітенціарній системі», а також тим фахівцям, які своїми знаннями, працею та енергією зробили вагомий внесок у вдосконалення зазначеної публікації:

- Іваньков Ігор Володимирович,
- Кабаченко Надія Василівна,
- Олійник Олександр Іванович,
- Слабкий Геннадій Олексійович,
- Харченко Сергій Якович,
- Яковець Ірина Станіславівна.

ЗМІСТ

	Стор.
Перелік умовних скорочень	7
Глосарій	8
Розділ I ВІЛ/СНІД – виклик сучасності	10
1.1. Розвиток епідемії ВІЛ/СНІДу у світі (<i>М. Ковальчук, Є. Поляков, А. Лета, А. Котуза, А. Якобчук</i>)	10
1.2. Особливості епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні (<i>М. Ковальчук, Є. Поляков, А. Лета, А. Котуза, А. Якобчук</i>)	12
1.3. Права людини як основний інструмент відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу (<i>В. Рябуха</i>)	17
1.4. Законодавче забезпечення протидії епідемії ВІЛ/СНІДу у пенітенціарній системі України (<i>Т. Добридень</i>)	22
Медичні та соціально-психологічні аспекти	
Розділ II ВІЛ/СНІДу	31
2.1. Особливості перебігу ВІЛ та СНІДу. Шляхи передачі ВІЛ-інфекції (<i>М. Ковальчук, Є. Поляков, А. Лета, А. Котуза</i>).	31
2.2. Уразливі до ВІЛ-інфекції групи, групи-містки. Поведінка, що збільшує ризик інфікування ВІЛ-інфекцією (<i>М. Ковальчук, Є. Поляков, А. Лета, А. Котуза, О. Третяк</i>)	37
2.3. Залежність від психоактивних речовин як чинник поширення епідемії ВІЛ/СНІДу (<i>М. Ковальчук, Є. Поляков, А. Лета, А. Котуза</i>)	46
2.4. Інфекції, що передаються статевим шляхом, як фактор, що зумовлює поширення ВІЛ/СНІДу (<i>М. Ковальчук, Є. Поляков, А. Лета, А. Котуза</i>)	52
2.5. Стигма та дискримінація як різновиди порушення прав людини. Шляхи протидії (<i>С. Чебоненко</i>)	54
2.6. Пенітенціарна система як специфічне середовище, що впливає на перебіг епідемії ВІЛ/СНІДу (<i>С. Чебоненко</i>)	60
2.7. Особливості поведінки та психології ув'язнених у контексті ВІЛ/СНІДу (<i>О. Третяк</i>)	65
Розділ III Профілактика ВІЛ-інфекції	69
3.1. Профілактика ВІЛ-інфекції як один зі шляхів реалізації права на здоров'я (<i>М. Ковальчук, Є. Поляков, А. Лета, А. Котуза</i>)	69

	3.2. Профілактика ВІЛ-інфекції серед співробітників установ виконання покарань (М. Ковальчук, Є. Поляков, А. Лета, А. Котуза, А. Якобчук)	72
	3.3. Профілактика ВІЛ-інфекції серед ув'язнених та засуджених (М. Ковальчук, Є. Поляков, А. Лета, А. Котуза, А. Якобчук)	77
	3.4. Замісна терапія як один із засобів профілактики ВІЛ-інфекції серед наркозалежних. Інші види лікування наркотичної залежності (М. Ковальчук, Є. Поляков, А. Лета, А. Котуза)	79
	3.5. Антиретровірусна терапія як реалізація права на життя та метод профілактики ВІЛ/СНІДу (М. Ковальчук, Є. Поляков, А. Лета, А. Котуза)	86
	Організаційні питання, пов'язані з протидією	
Розділ IV	ВІЛ/СНІДу в установах пенітенціарної служби	94
	4.1. Організація протиепідемічної роботи. Взаємодія з Міністерством охорони здоров'я (М. Ковальчук, Є. Поляков, А. Лета, А. Котуза)	94
	4.2. Правовий та соціальний статус ВІЛ-інфікованих людей, які перебувають в установах пенітенціарної служби (М. Ковальчук, Є. Поляков, А. Лета, А. Котуза)	99
	4.3. Організація дотестового та післятестового консультування в установах пенітенціарної служби (М. Ковальчук, Є. Поляков, А. Лета, А. Котуза)	100
	4.4. Забезпечення догляду, лікування та підтримки людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією, в ув'язненні (М. Ковальчук, Є. Поляков, А. Лета, А. Котуза)	105
	4.5. Моніторинг ВІЛ/СНІДу в установах виконання покарань (М. Ковальчук, Є. Поляков, А. Лета, А. Котуза)	107
Розділ V	Особливі категорії засуджених та ВІЛ/СНІД	110
	5.1. Жінки та ВІЛ/СНІД в установах пенітенціарної служби (С. Чебоненко)	110
	5.2. Діти та ВІЛ/СНІД в установах пенітенціарної служби (С. Чебоненко)	113
	5.3. Специфіка роботи кримінально-виконавчої інспекції в контексті епідемії ВІЛ/СНІДу (О. Янчук)	117

ДОДАТКИ	123
Додаток А. Міжнародні керівні принципи щодо ВІЛ/СНІДу та прав людини	123
Додаток Б. Рекомендації ВООЗ стосовно ВІЛ-інфекції та СНІДу у в'язницях	126
Додаток В. Адреси для листування з органами державної влади	139
Додаток Г. Недержавні організації, які співпрацюють з підрозділами пенітенціарної служби у питаннях профілактики ВІЛ/СНІДу та надання допомоги хворим	142
Додаток Д. Перелік рекомендованої літератури	152

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АРТ-терапія	— Антиретровірусна терапія
ВІЛ	— Вірус імунodefіциту людини
ВООЗ	— Всесвітня організація охорони здоров'я
ДКВС	— Державна кримінально-виконавча служба
ДКТ	— Добровільне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію
ІЗЗ	— Індивідуальні засоби захисту
ІПСШ	— Інфекції, що передаються статевим шляхом
ІФА	— Імуно-ферментний аналіз
КВІ	— Кримінально-виконавча інспекція
КВК	— Кримінально-виконавчий кодекс
КМУ	— Кабінет Міністрів України
ЛЖВ	— Люди, які живуть з ВІЛ
МОЗ	— Міністерство охорони здоров'я України
ООН	— Організація Об'єднаних Націй
ОГ	— Об'єднання громадян
ПГЛ	— Персистуюча генералізована лімфаденопатія
ПЗПТ	— Програма замісної підтримуючої терапії
ПЗШ	— Програма зменшення шкоди
ПКП	— Постконтактна профілактика
СВІС	— Синдром відновлення імунної системи
СІЗО	— Слідчий ізолятор
СІН	— Споживачі ін'єкційних наркотиків
СНІД	— Синдром набутого імунodefіциту
УВП	— Установи виконання покарань
ЮНЕЙДС	— Об'єднана Програма ООН з питань ВІЛ/СНІДу

ГЛОСАРІЙ

Анонімне консультування та тестування — консультування та тестування без з'ясування відомостей, які дають змогу ідентифікувати особу (прізвище, ім'я, по батькові; дата народження; місце проживання, роботи або навчання тощо).

Активна профілактика — профілактика поширення ВІЛ-інфекції шляхом здійснення заходів стратегії зменшення шкоди від вживання наркотиків, використання презервативів тощо.

ВІЛ-інфекція — захворювання, що виникає внаслідок інфікування ВІЛ та має різні етапи розвитку: від носійства до клінічно виражених форм.

ВІЛ-статус — наявність чи відсутність інфікування ВІЛ за результатами лабораторного обстеження.

Групове консультування/інформування — добровільне передтестове консультування, що проводиться для групи осіб, які мають загальну мету — тестування (особи, що обстежуються для отримання довідки; вагітні тощо) з метою їх інформування стосовно шляхів передачі ВІЛ-інфекції, ризиків інфікування, процедури тестування, а також навчання профілактичним заходам.

Добровільна згода — рішення щодо проходження тестування на ВІЛ-інфекцію, прийняте особою за умови відсутності будь-якого примусу.

Інформована згода — згода на тестування, надана особою, яка була в змозі прийняти усвідомлене рішення, після отримання під час передтестового консультування у зрозумілій для неї формі інформації стосовно мети та процедури тестування, шляхів передачі ВІЛ-інфекції, заходів профілактики та наслідків виявлення ВІЛ-інфекції.

Консультант — працівник державного, комунального закладу охорони здоров'я, інших державних чи комунальних установ, організацій або закладів, медичного закладу іншої форми власності, представник об'єднання громадян, який після підготовки може проводити консультування перед тестуванням на ВІЛ-інфекцію та після нього.

Об'єднання громадян (ОГ) — організації, зокрема міжнародні, зареєстровані відповідно до порядку, встановленого Законами Укра-

їни «Про благодійництво та благодійні організації», «Про об'єднання громадян», що працюють у сфері профілактики ВІЛ /СНІДу, догляду та підтримки людей, що живуть з ВІЛ-інфекцією.

Пацієнт — особа (незалежно від статі), яка отримує послуги ДКТ у медичних закладах (або клієнт при отриманні послуг у немедичних установах, закладах та організаціях, об'єднаннях громадян).

Передтестове консультування — консультування перед проходженням тесту на ВІЛ-інфекцію.

Післятестове консультування — консультування після отримання результату тесту на ВІЛ-інфекцію.

Послуги ДКТ — добровільне консультування у вигляді надання консультативної допомоги з медичних, психологічних, юридичних та інших проблем у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, інших державних і комунальних установах, організаціях та закладах, медичних закладах інших форм власності, об'єднаннях громадян, а також тестування на ВІЛ-інфекцію у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, що мають спеціальні обладнані лабораторії, акредитовані у порядку, встановленому КМУ.

Супервізія — керівництво, спостереження та контроль за роботою консультанта та його підтримка з метою забезпечення якості консультування.

Тестування — проходження лабораторного обстеження на наявність антитіл/антигенів до ВІЛ з використанням традиційних (імуноферментний аналіз) або швидких тестів у спеціальних лабораторіях діагностики ВІЛ-інфекції державних та комунальних закладів охорони здоров'я, акредитованих у порядку, встановленому КМУ.

РОЗДІЛ I

ВІЛ/СНІД — ВИКЛИК СУЧАСНОСТІ

1.1. Розвиток епідемії ВІЛ/СНІДу у світі

У XXI столітті людство продовжує стикатися з низкою глобальних проблем. Одна з них — це поширення ВІЛ (вірус імунodefіциту людини). Хвороба, спричинена вірусом, має тривалий перебіг, її останню стадію позначають терміном «синдром набутого імунodefіциту» (СНІД). Термін «синдром» позначає сукупність симптомів хвороби. ВІЛ/СНІД зумовлює глибоке ураження імунної системи, а саме її недостатність — «імунний дефіцит». Епідемія впливає на медичні, демографічні, соціально-економічні, політичні сфери життя кожного суспільства. Це ставить ВІЛ/СНІД на рівень планетарного лиха, збитки від якого порівнюють з наслідками світових воєн. З проблеми охорони здоров'я ВІЛ/СНІД перетворився на проблему соціального розвитку та національної безпеки.

Наразі ВІЛ/СНІД є причиною кожної четвертої смерті у світі, насамперед серед осіб молодого віку. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), у світі близько 33 млн. осіб живе з ВІЛ-інфекцією. За оцінками ОБ'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІД (ЮНЕЙДС), показник поширеності ВІЛ-інфекції суттєво різниться від країни до країни. Найбільшу загрозу хвороба представляє для країн Південної Африки, Південної Америки, Південно-Східної Азії. В регіоні Східної Європи та Центральної Азії темпи розвитку епідемії також продовжують зростати: у Російській Федерації, Україні, країнах Балтії, Білорусі та Казахстані кількість інфікованих осіб досягла 1,5 млн.; показник поширеності ВІЛ-інфекції перевищив 1% населення у віці 15-49 рр..

ВІЛ-інфекцію відкрито у 1983 р. під час дослідження етіології СНІДу одночасно у двох лабораторіях: в Інституті Пастера у Франції під керівництвом Люка Монтаньє (фр. *Luc Montagnier*) та у Національному інституті раку в США під керівництвом Роберта Галло (англ. *Robert C. Gallo*). У 2008 р. Люк Монтаньє та Франсуаза Барре-Сінуссі отримали Нобелівську премію в галузі фізіології та медицини за відкриття цього вірусу.

Аби краще уявити масштаби епідемії ВІЛ/СНІДу можна вдатися до аналогії з айсбергом. Загальну кількість людей, у яких виявлено вірус, можна

вважати верхівкою айсберга. До підводної його частини, найближчої до поверхні, можна віднести тих, у кого вірус не виявлено, проте є СНІД-асоційовані захворювання (приблизно 5-6 осіб на кожен офіційно виявлений випадок). Основна частина айсберга — це люди, у яких немає ознак хвороби, але вони вже інфіковані ВІЛ-інфекцією і в недалекому майбутньому у них варто очікувати розвиток хвороби. За оцінками ВООЗ, таких людей у 50-100 разів більше, ніж кількість виявлених випадків СНІДу.

Перші випадки СНІДу зареєстровано в 1981 р. у США у кількох чоловіків, які практикують секс із чоловіками. Уже через рік випадки інфікування було виявлено в 16 країнах, через п'ять років — у 113 країнах. За даними ЮНЕЙДС, у 2009 р. кількість людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією, у світі становила 33,3 млн., при цьому було зареєстровано 2,6 млн. нових випадків інфікування ВІЛ, кількість смертей від СНІДу сягнула 1,8 млн.

За даними експертів Європейського регіонального бюро ВООЗ, Україна належить до числа країн Європи, в яких проблема ВІЛ-інфекції стоїть найбільш гостро (табл. 1.1). Україна посідає перше місце у Європі та третє у Євразії (після Камбоджі та Таїланду) за відносною кількістю ВІЛ-інфікованого населення.

Таблиця 1.1. Рівень поширення ВІЛ та туберкульозу в країнах Європи та СНД відповідно до даних Національного інституту фтизіатрії та пульмонології

Рівень поширення туберкульозу				
		Низький	Середній	Високий
Рівень поширення ВІЛ-інфекції	Високий	---	---	Білорусія, Латвія, Литва, Молдова, Росія, Україна , Естонія
	Середній	Франція, Італія, Великобританія	Польща, Іспанія, Португалія, Туреччина	Вірменія, Азербайджан, Грузія, Казахстан, Румунія, Таджикистан, Узбекистан
	Низький	Андорра, Австрія, Бельгія, Німеччина, Словачія, Словенія, Чехія, Швеція, Швейцарія	Албанія, Боснія і Герцеговина, Болгарія, Хорватія, Угорщина, Македонія, Сербія і Чорногорія	Туркменістан

1.2. Особливості епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні

Перший випадок ВІЛ-інфекції в Україні офіційно зареєстровано у 1987 р. З того часу і до 2010 р. включно, відповідно до даних Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України, зафіксовано загалом 181 609 випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України, у тому числі 37 110 випадків захворювання на СНІД та 20 891 випадок смерті від захворювань, зумовлених СНІДом.

У 2010 р. в країні зареєстровано 20 521 новий випадок ВІЛ-інфекції. І хоча з 1999 р. число вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції зростає щорічно (рисунк 1.1), у 2006-2010 рр. спостерігається зниження темпу приросту цього показника на 16,8%, 10,5%, 7,6%, 5,7% та 3,4% відповідно.

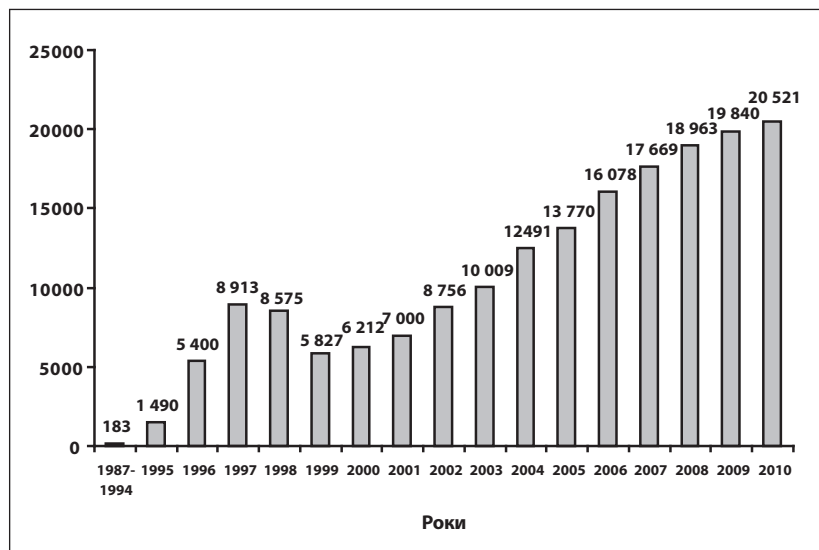


Рисунок 1.1. Динаміка офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України у 1987-2010 рр.

В Україні ВІЛ-інфекція почала стрімко поширюватися лише з 1995 р. Тому, наслідки епідемії поки що не виявилися сповна, адже

у багатьох людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією, захворювання ще не стало симптоматичним. Чимало ВІЛ-позитивних людей не підозрюють наявності у себе ВІЛ-інфекції і не звертаються за медичною допомогою.

Привертає увагу те, що в Україні відбувається процес депопуляції населення (на кінець 2007 р. населення становило 46 379 700, на кінець 2008 р. — 46 192 309, тобто лише за рік населення зменшилося на 187 391 осіб). Станом на 1 лютого 2011 р., відповідно до даних Української служби держстатистики, чисельність населення України становила 45 760,1 тис. мешканців. Відтак темпи приросту поширення ВІЛ-інфекції, які свідчать про зменшення абсолютної кількості нових випадків, і показники поширеності вірусу в перерахунку на 100 тисяч населення не співпадають.

Згідно з офіційними даними, у 2010 р. щодня 56 особам встановлювали діагноз ВІЛ-інфекція, 16 особам — діагноз СНІД, а 8 осіб помирало від захворювань, зумовлених СНІДом (рисунок 1.2).

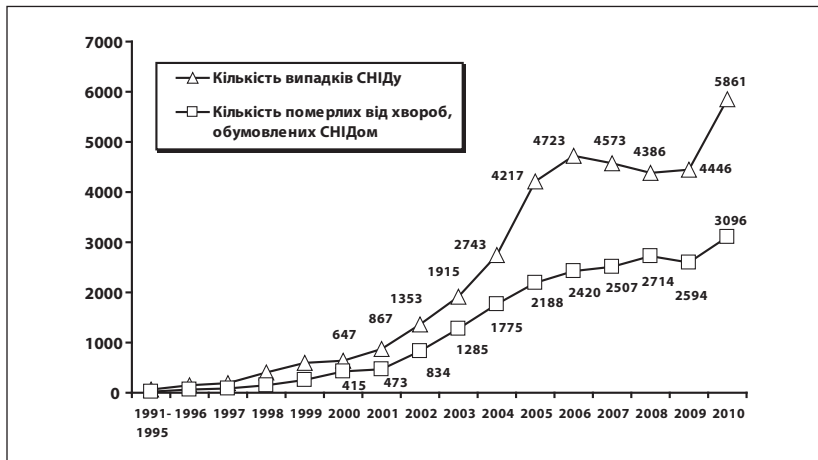


Рисунок 1.2. Кількість нових випадків СНІДу та померлих від хвороб, зумовлених СНІДом, серед громадян України в 1991–2010 рр.

У 2010 р. серед ВІЛ-позитивних громадян України понад 77% становили особи репродуктивного та працездатного віку (15–49 рр.). Водночас в останні роки зменшується частка випадків захворювань на

ВІЛ-інфекцію у віковій групі 15-24 рр. серед усіх уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції: у 2006 р. — 16%, у 2007 р. — 15%, у 2008 р. — 13%, у 2009 та 2010 р. близько 12%. Це також свідчить про деяку стабілізацію епідемічної ситуації щодо ВІЛ-інфекції в цілому через зміну поведінки молоді на менш ризиковану.

На території України ВІЛ-інфекція поширена нерівномірно. Відповідно до даних Українського центру профілактики боротьби зі СНІДом станом на 1 січня 2011 р., за даними диспансерного обліку, поширеність ВІЛ-інфекції та СНІДу серед громадян України складала 242 випадки на 100 тисяч населення. У той же час у деяких регіонах показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію перевищує середній по країні більше ніж удвічі: Дніпропетровська область — 553,8 випадки, Донецька — 536,7, Одеська — 521,3. Миколаївська — 519,2.

З усіх офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України з початку епідемії на 1 січня 2011 р. під диспансерним наглядом перебували 110 401 особи (242,0 особи на 100 тис. населення), з них 14 030 — з діагнозом СНІД (30,8 особи на 100 тис. населення). Методи математичного моделювання дають змогу розрахувати прогнозовані показники епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні на період до 2017 р. (табл. 1.2).

Таблиця 1.2. Усереднені прогнозовані показники розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу за даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом

Показники	Роки		
	2013	2015	2017
Поширеність ВІЛ-інфекції серед населення віком 15-49 років (%)	1,41	1,43	1,45
Загальна кількість ЛЖВ віком від 15 років і старше	376000	377000	378000
Поширеність ВІЛ-інфекції серед населення віком від 15 років і старше (%)	0,95	0,97	0,99
Нові випадки ВІЛ-інфекції серед населення віком від 15 років і старше	26000	23000	20000
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію (%)	0,07	0,06	0,05
Потребують АРТ	113000	126000	139000

В останні роки в Україні відмічається зростання кількості ВІЛ-інфікованих осіб, виявлених через наявність клінічних ознак хвороби. У 2010 р. майже 26% підтверджених випадків ВІЛ-інфекції, отримано в результаті обстежень за клінічними показаннями. У ряді регіонів цей показник ще вищий — у Дніпропетровській області він становить 35%, у Миколаївській — 34%, в АР Крим — 31%, у Полтавській — 29%, у Запорізькій, Кіровоградській, Одеській областях — понад 28%. В Україні у 2010 р. діагноз ВІЛ-інфекції та СНІД встановлено одночасно у 2 620 (45%) випадках з 5 861 нових випадків СНІД, зареєстрованих протягом звітного року.

Протягом 2007-2009 рр. в Україні зросла кількість скринінгових досліджень (тестувань) на антитіла до ВІЛ-інфекції — з 2 866 тис. обстежень у 2007 р. до 3 358 тис. — у 2009 р. та 3 286 тис. у 2010 р. Слід зазначити, що при постійній кількості тестувань СІН рівень їх інфікованості практично не змінюється. Це стосується й тестування осіб, у яких виявлені хвороби, що передаються статевим шляхом. Водночас кількість тестувань осіб, які мають численні незахищені сексуальні контакти, зросла удвічі, однак рівень їх інфікованості майже не змінився.

Епідемія ВІЛ-інфекції набула поширення і в установах пенітенціарної служби України. Так, якщо в 1992 р. в цих установах налічувалося лише 6 осіб з уперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, то у 2010 р. таких осіб було 2 318 (табл. 1.3).

Таблиця 1.3. Поширення ВІЛ/СНІД у 1992-2009 рр. серед усього населення та в установах пенітенціарної служби (в абс. числ.) відповідно до даних Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом та Державної пенітенціарної служби

Рік	Всього в Україні (за даними МОЗ)			У пенітенціарних установах (за даними Державної пені- тенціарної служби України)		
	<i>Вперше встановлено діагноз ВІЛ</i>	<i>З них СНІД</i>	<i>Померло від СНІДу</i>	<i>Вперше встановлено діагноз ВІЛ</i>	<i>З них СНІД</i>	<i>Померло від СНІДу</i>
1992	32	4	-	6	-	-
1993	40	7	-	7	-	-
1994	44	10	2	11	-	-
1995	1 499	45	19	455	-	-
1996	5 422	143	69	2946	-	3
1997	8 934	189	82	2770	-	7
1998	8 512	399	148	1096	21	42
1999	5 927	587	253	351	45	27
2000	6 212	657	427	500	83	15
2001	7 010	867	473	310	57	19
2002	8 756	1 353	834	828	84	37
2003	10 013	1 916	1 285	1110	120	70
2004	12 494	2 743	1 775	2588	267	88
2005	13 770	4 217	2 188	2033	322	147
2006	16 078	4 123	2 416	1848	357	130
2007	17 669	8 944	2 507	2190	312	155
2008	18 963	4 386	2 714	2127	299	138
2009	19 840	4 446	2 593	2318	422	169
Всього	137432	35036	17785	23494	2389	1047

На 1 січня 2010 р. в закладах охорони здоров'я пенітенціарної служби на диспансерному обліку лікарів перебувало 6 069 ВІЛ-інфікованих (з них 702 жінки), що на 56 осіб більше, ніж в 2007 р., з них 387 — хворих на СНІД (з них 78 жінок, 12 іноземних громадян). Найбільша кількість ВІЛ-інфікованих на початок 2010 р. перебуває на диспансерному обліку в Донецькій (1 649), Дніпропетровській (403), Одеській (366), Луганській (372), Миколаївській (381) та Херсонській (387) областях.

У 2009 р. у пенітенціарній системі вперше ВІЛ-інфекцію на ранніх стадіях захворювання виявлено у 2 318 осіб (2008 р. — у 2 127 осіб), з них у 348 жінок, а СНІД — у 422 осіб (2008 р. — у 299 осіб), з них у 39 жінок. Показник вперше виявленої захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед засуджених та осіб, узятих під варту, поступово зростає: у 2009 р. він становив 16,1 на 1 тис. осіб, у 2008 р. — 15,2, у 2007 р. — 14,4, у 2006 р. — 11,9. Показник первинної захворюваності на СНІД у 2009 р., порівняно з попередніми роками, зріс та становить 2,9 на 1 тис. осіб (у 2007 р. та 2008 рр. він дорівнював 2,1).

Протягом 2009 р. на наявність ВІЛ-інфекції було обстежено 28 625 осіб, які перебувають у місцях позбавлення волі, ВІЛ-інфекція була виявлена у 2 318 осіб (19,9%). Нижчий, ніж середній у пенітенціарній системі, показник виявлення інфекції під час обстеження зафіксовано у Дніпропетровській (5,8%), Івано-Франківській (8,1%), Кіровоградській (13,7%), Львівській (12,1%), Миколаївській (12,2%), Одеській (13,2%), Сумській (11,2%) та Черкаській (8,4%) областях.

Померло від цієї недуги протягом 2009 р. 169 осіб (з них 7 жінок), що на 18,3% більше, ніж за 2008 р. (138 осіб). Найбільша кількість померлих в Донецькій (78 осіб), Харківській (14 осіб) та Херсонській (42 осіб) областях.

У 2009 р. з місць позбавлення волі звільнено, у зв'язку з погіршенням стану здоров'я унаслідок СНІДу за статтею 84 Кримінального кодексу України, 448 засуджених (2004 р. — 260 осіб, 2005 р. — 272 особи, 2006 р. — 307 осіб, 2007 р. — 286 осіб, 2008 р. — 362 особи).

На 1 січня 2010 р. в установах кримінально-виконавчої служби перебувало 1 188 хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз, з них лише 95 осіб отримували антиретровірусну терапію.

1.3. Права людини як основний інструмент відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу

Права людини за назвою є сучасним терміном, а за змістом — сягають витоків історії людства. Адже певні права та свободи є визначальними для існування людства. Це не привілеї і не подарунок від правителя чи уряду. Жодна влада не має права позбавляти людей їх природних прав,

навіть у випадку скоєння злочинів чи інших протиправних дій. Ці твердження не завжди закріплені юридично, разом з тим права людини є, насамперед, нормами моралі. Найчастіше вони визначені конституцією країни або біллем про права, і жодна влада не повинна їх порушувати.

Усі люди повинні мати права та свободи, хоч нерідко виникає спокуса позбавити певні категорії людей їх прав повністю або частково. Чи не схильні ми вважати, наприклад, що ті, хто скоїли злочини або ігнорували права оточуючих людей, повинні бути обмежені в правах? Але ж якщо спробуємо позбавити прав певну групу людей, то тим самим ми загрожуємо нашій власній людяності.

Епідемія ВІЛ/СНІДу стала глобальною перевіркою на людяність, повагу до прав людини, розуміння, гуманізм, фактично тим глобальним викликом, який визначає рівень нашої цивілізації.

Історія розповсюдження епідемії ВІЛ-інфекції підтверджує, що протидія ВІЛ/СНІДу на національному та місцевому рівнях не ефективна без залучення людей, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу. Для ефективної відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції необхідно поважати права людей, які належать до маргінальних груп (залежні від наркотиків, працівники комерційного сексу, ув'язнені та інші); потрібно захищати права жінок, дітей, молоді, аби уникнути їх інфікування ВІЛ-інфекцією.

Епідеміологічна ситуація в Україні є надзвичайно загрозливою, про що свідчить показник поширеності ВІЛ серед громадян нашої держави (див. розділ 1.2). Цей показник віддзеркалює реальний стан прав людини в нашій державі, адже:

- дискримінація і стигматизація людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією, та вразливих до ВІЛ-інфекції груп вважаються ключовими перешкодами на шляху ефективної профілактики ВІЛ, лікування та підтримки людей з ВІЛ/СНІДом;
- дискримінація і стигматизація ВІЛ-позитивних людей часто обумовлені їх належністю до певної соціальної групи: ув'язнені, споживачі ін'єкційних наркотиків, працівники комерційного сексу, представники нетрадиційної сексуальної орієнтації;

- захист прав ВІЛ-позитивних людей і представників вразливих до ВІЛ-інфекції груп є важливим не лише для цих людей, а й сприятливо позначається на громадському здоров'ї в цілому;
- підтримуюча правова та соціальна політика є суттєвим компонентом відповіді на виклик ВІЛ/СНІДу¹.

Якщо права людини перебувають в центрі національної відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу, то вразливість до ВІЛ-інфекції зменшується, а ВІЛ-позитивні люди можуть жити з гідністю, залишаючись активними членами суспільства, створюючи і примножуючи національне багатство.

Якщо ж права людини не поважають і не захищають, ризик інфікування ВІЛ-інфекцією значно зростає, а ВІЛ-позитивні люди потерпають від дискримінації, не можуть реалізувати власний потенціал і внаслідок цього перетворюються на тягар для суспільства.

Дотримання прав людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, а також представників уразливих до ВІЛ-інфекції груп повинно стати одним з пріоритетів політики протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні. Адже на нинішньому етапі:

- найуразливіші до ВІЛ-інфекції групи не отримують достатньо уваги на національному рівні;
- ефективні програми профілактики ВІЛ-інфекції, лікування та підтримки ВІЛ-позитивних людей перебувають під загрозою їх невиконання;
- захист прав людини розглядають як захист громадського здоров'я;
- ВІЛ/СНІД є багатоаспектним викликом суспільству та потребує негайного реагування суспільства;
- протидія епідемії ВІЛ/СНІДу з позицій прав людини довела свою ефективність у багатьох країнах.

У контексті ВІЛ та СНІДу захист прав людини спрямований на відстоювання людської гідності та підтримує здоров'я суспільства, адже він надає людям достовірну та своєчасну інформацію щодо профілактики ВІЛ-інфекції, а також заохочує до уникнення ризикованої поведінки. Крім того, захист прав людини забезпечує ЛЖВ оточенням, що захищає їх від дискримінації та відкриває шлях до лікування, догляду та підтримки.

¹ HIV and Human Rights. — New York: Open Society Institute, 2007.

Зважаючи на позицію ООН, що забезпечення прав та фундаментальних свобод для всіх людей є необхідним для зменшення вразливості до ВІЛ/СНІДу, розглянемо особливості дотримання прав людини в установах виконання покарань у контексті епідемії ВІЛ/СНІДу.

Ув'язнені перебувають в уразливому становищі з точки зору можливості порушення їх прав та ВІЛ-інфікування. Умови утримання у в'язницях, методи управління пенітенціарними установами, а також національна політика — все це впливає на проблему поширення ВІЛ в установах виконання покарань.

Для багатьох в'язниць світу характерним є: переповненість, насилья, недостатнє освітлення та незадовільні соціально-побутові умови, а також недостатній рівень захисту від екстремальних кліматичних умов. Коли подібні умови супроводжуються дефіцитом засобів особистої гігієни, недостатнім харчуванням, обмеженими можливостями доступу до чистої питної води і недостатнім рівнем медико-санітарного забезпечення, тоді зростає уразливість ув'язнених щодо інфікування ВІЛ-інфекцією та іншими соціально небезпечними інфекціями. Заходи щодо попередження поширення ВІЛ у в'язницях та надання медико-санітарної допомоги людям, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), — складова більш масштабних зусиль щодо покращення умов утримання в установах виконання покарань. Міжнародне право однозначно вказує, що брак ресурсів не звільняє державу від виконання обов'язків щодо створення належних та гуманних умов утримання в пенітенціарних установах.

Конвенція ООН від 10 грудня 1984 р. «Проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження і покарання», що ратифікована Указом Президії Верховної Ради від 26 січня 1987 року, в статті 11 зазначає: «Кожна держава-сторона розглядає правила, інструкції, методи і практику щодо допиту, а також умови утримання під вартою й поводження з людьми, які піддані будь-якій формі арешту, затримання чи ув'язнення на будь-якій території, що перебуває під її юрисдикцією, з тим, щоб не допускати жодних випадків катувань».

Європейська Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод, яка прийнята в 1950 р. та ратифікована Верховною Радою

України 17 липня 1997 р., статтею 3 передбачає: «Нікого не може бути піддано катуванню або нелюдському чи такому, що принижує гідність, поводженню або покаранню».

Також міжнародні правові документи, які спрямовані на зниження рівня поширення ВІЛ/СНІДу в пенітенціарних закладах, визначають, що:

- всі ув'язнені мають право на поважливе та гідне ставлення, а також на те, щоб не наражатися на жорстоке, негуманне чи принижуюче їхню гідність ставлення або катування;
- ув'язнені не повинні зазнавати дискримінації, при цьому має забезпечуватися роздільне їх утримання з урахуванням статі, віку, а також того винесений їм звинувачувальний вирок чи ні;
- приміщення, в яких утримуються ув'язнені, повинні передбачати можливість збереження здоров'я, доступу до душової кімнати і туалету, повинні мати необхідні системи освітлення, вентиляції та опалення, а також відповідну площу;
- ув'язнені повинні бути забезпечені харчуванням, достатнім з огляду на збереження їхнього здоров'я, а також питною водою.

Міжнародна спільнота визнає, що ув'язнені зберігають всі свої права, за винятком тих, яких вони позбавлені у зв'язку з утриманням під вартою. Покаранням є лише позбавлення волі, а не основних прав людини. У зв'язку з цим ув'язнені, як і всі люди, мають право на найвищий досяжний рівень охорони здоров'я.

Питання, пов'язані зі становищем ув'язнених у контексті проблеми ВІЛ/СНІДу, відображені в ряді міжнародних документів, зокрема таких, як:

- 1) Міжнародні керівні принципи щодо ВІЛ/СНІДу та прав людини (додаток А), ухвалені в 1998 р. ЮНЕЙДС та Управлінням Верховного комісара ООН з прав людини. Ці принципи визначають, що адміністрація в'язниць повинна вживати всіх необхідних заходів для захисту ув'язнених від зґвалтувань, сексуального насильства, зокрема шляхом укомплектування штату достатньою кількістю співробітників, здійснення ефективного нагляду та застосування належних дисциплі-

нарних заходів. Адміністрація також повинна забезпечити ув'язненим (і у відповідних випадках тюремному персоналу) доступ до інформації щодо профілактики зараження ВІЛ-інфекцією, просвітніх заходів, добровільного тестування та консультування, профілактичних засобів (презервативів, дезинфікуючих засобів та чистого ін'єкційного інструментарію), догляду і лікування та добровільної участі в клінічних випробуваннях, пов'язаних з ВІЛ, зберігаючи при цьому конфіденційність, забороняти обов'язкові обмеження та ізоляцію ВІЛ-позитивних ув'язнених, а також відмову таким ув'язненим у доступі до тих чи інших приміщень УВП, до будь-яких пільг та програм допомоги. Належить розглянути можливість дострокового звільнення (звільнення за винятковими обставинами) ув'язнених, які живуть зі СНІДом;

- 2) Рекомендації ВООЗ стосовно ВІЛ-інфекції та СНІДу у в'язницях (додаток Б), ухвалені в 1993 р. Рекомендації підтверджують, що всі ув'язнені мають право на таке медичне обслуговування, зокрема й профілактичне, яким користуються всі члени суспільства, без будь-якої дискримінації, і що загальні принципи, закріплені в національних програмах боротьби з ВІЛ/СНІДом, мають застосовуватися до ув'язнених тією ж мірою, як і до інших членів суспільства.

1.4. Законодавче забезпечення протидії епідемії ВІЛ/СНІДу у пенітенціарній системі України

Важливе значення у захисті прав людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією, відіграють міжнародні нормативно-правові акти, до яких Україна приєдналася та ратифікувала зі свого боку у встановленому порядку, та які, в свою чергу, — відповідно до норм міжнародного права — мають вищу юридичну силу порівняно із законодавством України. При цьому міжнародні угоди, комюніке, договори та інші акти, що у встановленому порядку ратифіковані та набули чинності для України є частиною національного законодавства.

Наведемо **перелік міжнародних документів, до яких приєдналася Україна, або визнала їх, як рекомендації для використання у власному правовому полі:**

- Загальна декларація прав людини (1948 р.);
- Міжнародний пакт про цивільні й політичні права (1966 р.);
- Європейська конвенція про захист прав людини і основних свобод (1950 р.);
- Конвенція про права дитини (1989 р.).

Принагідно нагадаємо ті права, що надані міжнародним законодавством і які можуть бути використані ЛЖВ у суспільстві (цей перелік не є вичерпним): на недискримінацію, рівний захист і рівність перед законом; на життя; на найвищий можливий стандарт фізичного й психічного здоров'я; на волю й безпеку особистості; на свободу пересування; на пошук притулку і його використання; на особисте життя; на волю думки й слова; на вільне одержання й передачу інформації; на свободу зборів; на працю; на шлюб і створення родини; на рівний доступ до надання послуг; на належний стандарт рівня життя; на соціальний захист, допомогу й благополуччя; на користування науковим прогресом і його перевагами; на участь у суспільному й культурному житті; на волю від катувань і жорстокого, нелюдського або принижуючого гідність ставлення або покарання.

Це ті права, які держави, зокрема Україна, повинні поважати, захищати й створювати умови для їхнього дотримання. З 11 вересня 1997 р., коли в нашій країні набув чинності Закон України «Про ратифікацію Європейської конвенції про захист прав і основних свобод людини», громадяни мають можливість звертатися зі скаргами щодо захисту прав і основних свобод людини до Європейського Суду з прав людини (м. Страсбург).

Важливу роль у сфері поводження з ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД відіграють Декларація про прихильність справі боротьби з ВІЛ/СНІДом, що була прийнята Резолюцією S-26/2 спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН від 27 червня 2001 р.; Резолюція Комісії ООН з прав людини 1999 р. (№ 1999/49), що закликає усі держави, міжнародні та недержавні організації застосовувати необхідні заходи з метою забезпечення поваги, захисту та реалізації прав людини в зв'язку з ВІЛ/СНІД; іншим важливим документом є Концепція системи ООН «Профілактика поширення ВІЛ-інфекції серед людей, які зловживають наркотиками».

Також слід звернути увагу на низку міжнародних нормативно-правових документів загального характеру, що стосуються дотримання прав людини у пенітенціарній системі:

- Мінімальні стандартні правила ООН щодо поводження з ув'язненими (1955 р.);
- Принципи медичної етики ООН (1982 р.);
- Європейські тюремні правила (1987 р.);
- Звід принципів захисту всіх осіб, які піддаються затриманню або ув'язненню у будь-якій формі (1988 р.);
- Мінімальні стандартні правила ООН щодо заходів, не пов'язаних з тюремним ув'язненням (Токійські правила, 1990 р.)
- Рекомендації № R (98) 7 Комітету міністрів для країн — членів Ради Європи щодо практичних і організаційних аспектів охорони здоров'я у в'язницях (1998 р.).

Окрему увагу слід звернути на Лісабонську декларацію про права пацієнта, ухвалену 1981 р. Всесвітньою медичною асамблеєю. Засуджений має право користуватися такими правами, що надаються цією декларацією:

- вільно вибирати лікаря;
- отримувати допомогу лікаря, незалежного від сторонніх впливів у своїх професійних медичних і етичних рішеннях;
- одержавши адекватну інформацію, погодитися на лікування або відмовитися від нього;
- розраховувати на те, що лікар буде ставитися до всієї довіреної йому медичної і особистої інформації, як до конфіденційної;
- вмерти гідно;
- скористатися духовною або моральною підтримкою, зокрема допомогою служителя будь-якої релігійної конфесії, або відхилити її.

Права громадян, які відбувають покарання і мають проблеми зі станом здоров'я, регулюються й українським національним законодавством. З-поміж найважливіших нормативно-правових актів слід назвати такі:

- Конституція України (1996 р.);
- Цивільний кодекс України (2003 р.);
- Кримінально-виконавчий кодекс України (2003 р.);
- Кодекс України про адміністративні правопорушення (1984 р.);
- Кримінальний кодекс України (2001 р.);
- Кодекс законів про працю України (1971 р.);
- Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» (2010 р.);
- Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» (2000 р.);
- Основи законодавства України про охорону здоров'я (1993 р.);
- Закон України «Про охорону дитинства» (2001 р.);
- Закон України «Про соціальні послуги» (2003 р.);
- Закон України «Про соціальну роботу з дітьми й молоддю» (2001 р.);
- Закон України «Про інформацію» (1992 р.) тощо.

Права громадян, зокрема тих, які мають ВІЛ-позитивний статус, закріплені в Конституції. Практичне значення конституційного права для ВІЛ-позитивних людей представлено в таблиці 1.4.

Таблиця 1.4. Конституційні права та їх значення
для ВІЛ-позитивних людей

Конституційне право	Практичне значення для ВІЛ-позитивних людей
<i>Стаття 21.</i> Усі люди є вільні й рівні у своїй гідності та правах	Особа або організація (лікарня, школа, підприємство, пенітенціарна установа) не мають права словом або дією заподіювати шкоду гідності людини через її ВІЛ-позитивний статус
<i>Стаття 32.</i> Ніхто не може зазнавати втручання в його особисте й сімейне життя, крім випадків, передбачених Конституцією України.	Школа, роботодавець, лікарня, пенітенціарна установа не мають права примушувати до розкриття ВІЛ-статусу чи проходження тестування на ВІЛ-інфекцію.
<i>Стаття 33.</i> Кожному, хто на законних підставах перебуває на території України, гарантується свобода пересування.	ВІЛ-позитивні люди вільні у своєму праві пересуватися по країні або виїхати за її межі.
<i>Стаття 34.</i> Кожному гарантується право на свободу думки і слова, на вільне вираження своїх поглядів і переконань	Свобода слова важлива для забезпечення інформацією про профілактику ВІЛ у в'язницях. Це важливо також для захисту людей, яким можуть погрожувати після розголошення ВІЛ-статусу.
<i>Стаття 36.</i> Громадяни України мають право на свободу об'єднання у політичні партії і громадські організації.	ВІЛ-позитивні люди так само, як і всі інші, мають право на членство в об'єднаннях громадян.
<i>Стаття 43.</i> Кожен має право на працю.	ВІЛ-позитивні люди мають право вибирати роботу або вид діяльності. Протиправно забороняти їм ставати вчителем, лікарем, інженером через їх ВІЛ-статус.
<i>Стаття 47.</i> Кожен має право на житло.	ВІЛ-позитивні люди мають такі ж права, як і інші громадяни, на житло, житлові субсидії та позики.
<i>Стаття 49.</i> Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.	Лікарні або лікарі не мають права відмовляти ВІЛ-позитивним людям у лікуванні.
<i>Стаття 50.</i> Кожен має право на безпечне для життя і здоров'я довкілля та на відшкодування завданої порушенням цього права шкоди.	Право на безпечне середовище особливого значення має у випадку перебування ВІЛ-позитивних людей у в'язниці або психіатричній установі.

У контексті проблеми ВІЛ/СНІДу та непоодиноких випадків розголошення ВІЛ-позитивного статусу слід звернути увагу на *дотримання принципів конфіденційності*, визначених чинним українським законодавством. Так, стаття 32 Конституції України проголошує: «Не допускається збирання, зберігання, використання та поширення конфіденційної інформації про особу без її згоди, крім випадків, визначених законом, і лише в інтересах національної безпеки, економічного добробуту та прав людини». Відповідно до пункту 2 статті 21 Закону України «Про інформацію» «Конфіденційною є інформація про фізичну особу, а також інформація, доступ до якої обмежено фізичною або юридичною особою, крім суб'єктів владних повноважень. Конфіденційна інформація може поширюватися за бажанням (згодою) відповідної особи у визначеному нею порядку відповідно до передбачених нею умов, а також в інших випадках, визначених законом».

На це ж орієнтовано й статтю 286 Цивільного кодексу України, у якій передбачається, що:

- фізична особа має право на таємницю інформації про стан свого здоров'я, про факт звернення за медичною допомогою, про діагноз, а також про дані, отримані під час її медичного огляду;
- забороняється вимагати й надавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз і методи лікування фізичної особи;
- фізична особа зобов'язана утриматися від поширення вище вказаної інформації, що стала їй відома у зв'язку з виконанням службових обов'язків або з інших джерел.

Варто відзначити, що в чинному законодавстві передбачена адміністративна і кримінальна відповідальність за розголошення конфіденційної інформації про особу та її особисте життя. Так, стаття 186-3 Кодексу України про адміністративні правопорушення передбачає адміністративну відповідальність за порушення порядку використання конфіденційної інформації у вигляді накладання штрафу, як на посадових осіб, так і на звичайних громадян, яким стала відома така інформація. Чинний Карний кодекс України містить ряд статей, які мають відношення до цієї проблеми. Разом з тим, найбільш важливою з них є

стаття 182, яка передбачає покарання за «незаконний збір, зберігання, використання або розголошення отриманої інформації».

Потрібно зазначити, що у пенітенціарній системі керуються низкою відомчих та міжвідомчих наказів щодо профілактики ВІЛ/СНІДу серед осіб, які перебувають в УВП:

1. Наказ Державного департаменту України з питань виконання покарань, МОЗ України від 27 квітня 2000 р. N 79/91 «Про затвердження Інструкції про порядок проведення медико-соціальної експертизи інвалідів, які відбувають покарання в установах кримінально-виконавчої системи»;
2. Наказ МОЗ України від 25 травня 2004 р. № 120 «Про удосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД»;
3. Наказ МОЗ України від 19 січня 2005 р. № 640/663 «Про затвердження форм первинної облікової документації та форм звітності з питань ВІЛ-інфекції/СНІД та інструкцій щодо їх заповнення»;
4. Наказ МОЗ від 19 серпня 2005 р. № 415 «Про вдосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію»;
5. Наказ МОЗ України, Міністерства освіти і науки, Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту, ДКВС України, Міністерства праці та соціальної політики від 23 листопада 2007р. № 740/1030/4154/321/614а «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей»;
6. Наказ ДКВС України і МОЗ України від 15 листопада 2005 р. № 186/607 «Про організацію антиретровірусної терапії хворих на ВІЛ-інфекцію /СНІД».

На підставі чинних наказів працівники пенітенціарної системи зобов'язані:

- забезпечити арештованим і засудженим доступність обстеження на ВІЛ-інфекцію;
- розміщувати арештованих або засуджених, у яких виявлено ВІЛ/СНІД, у СІЗО і УВП на загальних підставах;

- забезпечити конфіденційність відомостей щодо осіб, які є ВІЛ-інфікованими;
 - надавати на загальних підставах медичну допомогу ВІЛ-позитивним, які відбувають покарання;
 - забезпечити умови, що сприяють зниженню ризику інфікування на ВІЛ-інфекцію; недопущення поширення ВІЛ-інфекції медичним шляхом;
 - забезпечити доступність дезінфікуючих засобів для користування арештованими й засудженими;
 - забезпечити безпеку при голінні; доступність кондомів (презервативів) для їх подальшого використання арештованими й засудженими.
- Крім того, необхідно:
- створити умови для забезпечення санітарно-протиепідемічного режиму й у достатній кількості забезпечити медичні підрозділи установ хірургічним, гінекологічним, стоматологічним інструментарієм і допоміжними засобами захисту;
 - проводити обов'язкові співбесіди з питань профілактики ВІЛ/СНІДу;
 - забезпечити лікування наркотичної залежності.

Медико-санітарне забезпечення починається з моменту приймання засудженого до УВП. Згідно з пунктом 4 § 13 Правил внутрішнього розпорядку УВП одразу після прибуття до установи, засуджені проходять обов'язковий медичний огляд і санітарну обробку в порядку, встановленому діючими санітарно-епідеміологічними нормами. З метою попередження інфекційних захворювань засуджені, які прибули до УВП, після комплексної санітарної обробки та медичного огляду розміщуються у спеціальних ізольованих карантинних приміщеннях. У разі виявлення інфекційних захворювань серед засуджених, які перебувають у карантинному приміщенні, термін карантину продовжується. Якщо в УВП виявлено інфекційних хворих засуджених, які перебувають поза карантинним приміщенням, їх негайно ізолюють, а в УВП вводиться карантин з проведенням комплексу необхідних профілактичних заходів.

Чинним законодавством держави, положенням та відомчими інструкціями в медичних частинах СІЗО не передбачені умови для здійснення спеціалізованого діагностування та лікування, оскільки діяльність цих установ обумовлюється, по-перше, розміщенням на невеликій території значної кількості ув'язнених; по-друге, обмеженістю у вирішенні питань, пов'язаних із забезпеченням належних умов утримання взятих під варту ув'язнених; по-третє, з постійним рухом осіб, взятих під варту, що пов'язано з проведенням слідчих дій.

Потрібно зазначити, що відповідно до статті 150 Кримінально-процесуального кодексу України при вирішенні питання про застосування запобіжного заходу поряд з іншими обставинами необхідно враховувати стан здоров'я підозрюваного чи обвинуваченого. Недотримання зазначених норм призводить до грубого порушення прав людини, визначених у статті 3 Конституції України, — наносить суттєву шкоду здоров'ю громадян, а в окремих випадках стає причиною їхньої смерті.

Люди, які живуть з ВІЛ/СНІДом, можуть бути звільнені від подальшого відбування покарання. Про це йдеться у статті 84 Кримінально-процесуального кодексу України та у наказі ДКВС України від 18 січня 2000 р. № 3/6, де зазначено перелік захворювань, які є підставою для подання в суди матеріалів про звільнення засуджених від подальшого відбування покарання, зокрема ВІЛ-інфекція і СНІД. Однак через тривалий час, необхідний на отримання результатів обстеження на наявність ВІЛ-інфекції (інколи до місяця), тяжкохворих не завжди вдається вчасно звільнити за хворобою.

Варто зазначити, що в січні 2011 р. набув чинності Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ». Даний Закон створює нові можливості для захисту прав людини у контексті ВІЛ/СНІДу.

Розділ II

МЕДИЧНІ ТА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВІЛ/СНІДУ

2.1. Особливості перебігу ВІЛ та СНІДУ. Шляхи передачі ВІЛ-інфекції

Збудник **ВІЛ-інфекції** — вірус імунодефіциту людини, що належить до родини ретровірусів та підродина лентівірусів. Лентівіруси викликають хронічні інфекції з тривалим латентним періодом, прогресуючим перебігом, постійним розмноженням збудника (персистоючою репродукцією) та ураженням центральної нервової системи. Отже, ВІЛ-інфекція — це хвороба, що розвивається внаслідок довготривалої персистенції ВІЛ у лімфоцитах, макрофагах та клітинах нервової тканини і характеризується повільно прогресуючим зниженням імунітету, що призводить до розвитку тяжких супутніх (опортуністичних) захворювань. Внаслідок цього організм втрачає захисні функції і стає неспроможним боротися з різними захворюваннями.

Людина, інфікована ВІЛ, виглядає і почуває себе здоровою протягом тривалого часу, доки не з'являються ознаки СНІДУ. Проте вже в цей період аналіз крові у зовнішньо здорової людини може виявити наявність ВІЛ-інфекції. З часу, коли людина стала носієм ВІЛ-інфекції, вона, незважаючи на здоровий вигляд, може передавати вірус будь-кому.

Синдром набутого імунного дефіциту (СНІД) — кінцева стадія ВІЛ-інфекції, перебігає з ураженням імунної та нервової систем і проявляється розвитком тяжких вірусних, бактеріальних, паразитарних уражень і / або злоякісних новоутворень, які призводять до смерті хворого.

Вірус може знаходитися в багатьох біологічних тканинах організму людини. Щоб перейти від однієї людини до іншої, вірусу необхідно бути в біологічних тканинах (рідинах), якими люди обмінюються між собою, і бути він там повинен у найбільшій концентрації. Нижче наведено перелік біологічних тканин (рідин) у яких встановлено найбільш високу концентрацію ВІЛ:

- кров;
- сперма та прееякулят;
- вагінальні виділення;
- грудне молоко.

Зараження ВІЛ-інфекцією може відбутися, коли в організм людини потрапляють вищеназвані біологічні рідини від іншої, інфікованої, людини. Експерти ВООЗ у 1994 р. визначили п'ять достовірних шляхів передачі ВІЛ-інфекції від ВІЛ-інфікованої людини, а саме:

- при переливанні крові та її компонентів чи пересадці органів;
- при використанні для ін'єкцій наркотичних речовин нестерильних голки та шприців;
- при використанні для інвазивних процедур нестерильного медичного інструментарію та обладнання, забрудненого біологічною рідиною попереднього пацієнта (голки, шприци, гінекологічне, стоматологічне обладнання і т.д.);
- від матері до дитини під час вагітності, пологів та годування груддю;
- під час сексуальних контактів (вагінальних, анальних, оральних без використання презерватива).

Передача ВІЛ-інфекції контактно-побутовим шляхом, а також при укусах комах за всю історію дослідження ВІЛ-інфекції не зареєстрована. Потрібно зазначити: на сьогоднішній день залишилися непідтвердженими випадки зараження ВІЛ через повітря, при контакті зі слизою, потом та слиною ВІЛ-інфікованого.

Розвиток ВІЛ-інфекції у дорослої людини без антиретровірусної терапії (АРТ) від моменту інфікування до смерті становить у середньому 10 років. АРТ може суттєво подовжити цей період.

У науковій літературі пропонується низка класифікацій для стадій розвитку ВІЛ-інфекції.

Клінічна класифікація В.П. Покровського (1989 р.) містить чотири етапи розвитку ВІЛ-інфекції.

- I. Стадія інкубації.
- II. Стадія первинних проявів:
 - А — фаза гострої лихоманки;
 - Б — безсимптомна фаза;
 - В — персистуюча генералізована лімфаденопатія.

III. Стадія вторинних захворювань:

А — втрата менш ніж 10% маси тіла, поверхневі грибкові, бактеріальні, вірусні ураження шкіри та слизових оболонок та ін.;

Б — прогресуюча втрата ваги тіла — більш як на 10%, незрозуміла (нічим не пояснювана) діарея або лихоманка більше 1 місяця, туберкульоз легень, повторні або стійкі грибкові, бактеріальні, вірусні протозойні ураження внутрішніх органів та ін.

В — генералізовані бактеріальні, вірусні, грибкові, протозойні та паразитарні захворювання та ін.

IV. Термінальна стадія.

В Україні для характеристики хронічної ВІЛ-інфекції використовують **клінічну класифікацію стадій ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, розроблену експертами ВООЗ** у 2006 р. Ця класифікація виділяє п'ять стадій захворювання.

1. Стадія гострого захворювання

Після періоду інкубації, що триває від двох тижнів до трьох місяців (в окремих випадках — до року), у 30-50% інфікованих розвивається стадія гострого захворювання. Вона супроводжується підвищенням температури (96%), явищами фарингіту, лімфаденопатією (74%), нестійкими та різноманітними висипаннями (70%), рідше зустрічається збільшення печінки, селезінки та диспептичні розлади. Невралгічна симптоматика зустрічається у 12% хворих та характеризується розвитком менінгоенцефаліту та асептичного менінгіту.

Стадія гострого захворювання часто супроводжується зниженням рівня СД₄-лімфоцитів, розвитком клінічних проявів вторинних захворювань (кандидози, герпетична інфекція та ін.). Ці прояви, як правило, короточасні та добре піддаються терапії. В цій стадії людина вже може інфікувати інших під час незахищених статевих контактів або через кров. Не у всіх інфікованих на початку стадії гострого захворювання можна виявити антитіла до ВІЛ-інфекції, частіше по його завершенні. Тривалість клінічних проявів гострої інфекції варіюється від декількох днів до декількох місяців, але частіше триває 1-6 тижнів, після чого

захворювання переходить в одну з двох наступних стадій первинних проявів — безсимптомної інфекції або персистуючої генералізованої лімфаденопатії (ПГЛ). Іноді гостра інфекція може одразу перейти в стадію СНІДу, минаючи стадію безсимптомного носійства та ПГЛ.

2. Стадія безсимптомного носійства

Ця стадія характеризується відсутністю клінічних проявів захворювання. В окремих випадках спостерігається помірне збільшення лімфовузлів. У крові хворих з безсимптомною інфекцією визначаються антитіла до антигенів ВІЛ-інфекції. Визначення імунологічних показників, виявлення їх зниження має значення для прогнозу прогресії, але більш надійним є визначення вірусного навантаження.

У цей час інфікований почуває себе добре, веде звичайний спосіб життя. Однак протягом усього цього періоду є вірусоносієм і може інфікувати інших під час незахищених статевих контактів або через кров.

У цілому стадія безсимптомної інфекції характеризується «відносною рівновагою» між імунною відповіддю організму та дією вірусу. Тривалість цієї стадії — від 2 до 10 років і залежить від цілого ряду факторів, природа яких ще мало вивчена. Стадія безсимптомного носійства може переходити в СНІД-АК (*СНІД-асоційований симптомокомплекс*) або СНІД, минаючи стадію ПГЛ.

3. Стадія персистуючої генералізованої лімфаденопатії (ПГЛ)

Характеризується збільшенням лімфатичних вузлів у двох різних групах (за винятком пахових лімфовузлів у дорослих) до розмірів більше 1 см, у дітей більше 0,5 см в діаметрі, яке зберігається протягом не менш як трьох місяців. ПГЛ може спостерігатися і на наступних стадіях ВІЛ-інфекції, однак на цій стадії вона — єдиний клінічний прояв. Збільшені лімфовузли можуть зменшуватися і знову збільшуватися в розмірах.

При прогресуванні захворювання у інфікованих визначається зниження рівня СД₄-лімфоцитів, виявляються нові клінічні симптоми, що свідчить про поглиблення ураження імунної системи та перехід у наступну стадію — СНІД-асоційований симптомокомплекс.

4. СНІД-асоційований симптомокомплекс (СНІД-АК).

Цей етап характеризується наявністю таких ознак та симптомів: діарея неясної причини, нездужання, втомлюваність та сонливість, анорексія, лихоманка, нічна пітливість, головний біль, спленомегалія. З'являються неврологічні порушення, які призводять до втрати пам'яті, та прояви периферійної нейропатії, герпес оперізуючий, рецидивуючі кандидозні висипання на слизових оболонках ротової порожнини, рецидивуючий простий герпес та ін.

У більшості інфікованих на цьому етапі відзначається втрата ваги тіла.

5. СНІД

Це кінцева стадія клінічного перебігу ВІЛ-інфекції. На перший план виступає картина опортуністичних інфекцій і/або пухлин. Їх поява пов'язана з дефіцитом клітинного імунітету, чинником якого є ВІЛ. Сам термін «опортуністичні» інфекції підкреслює той факт, що ці інфекційні процеси практично не реєструються у осіб з нормальним рівнем імунної відповіді й розвиваються тільки у випадках глибокої імунодепресії.

З-поміж інших класифікацій перебігу ВІЛ-інфекції заслуговує на увагу запропонована американським урядовим Центром з контролю за інфекційними захворюваннями (CDC) й переглянута в 1993 р. (табл. 2.1).

Ця класифікація базується не тільки на клінічній симптоматиці, а й на точному визначенні імунного статусу з визначенням кількості CD_4^+ . Ця класифікація дає змогу лікарю точно визначити показання до початку антиретровірусної терапії та профілактики опортуністичних інфекцій.

Таблиця 2.1. Класифікація ВІЛ-інфекції Центру з контролю за інфекційними захворюваннями (США, 1993 р.)

Число(%) CD_4 Т-лімфоцитів у мкл.	Клінічні категорії		
	А Безсимптомна, гостра (первинна) або ПГЛ	В Маніфестна ні А ні С	С СНІД-індикаторні стани
1) > 500/мкл	A1	B1	C1
2) 200-499/мкл	A2	B2	C2
3) < 200/мкл	A3	B3	C3

Категорія А, визначена запропонованою класифікацією, включає безсимптомних ВІЛ-серопозитивних осіб, осіб з периферійною генералізованою лімфаденопатією (ПГЛ), а також гострою первинною ВІЛ-інфекцією.

Категорія В включає різні синдроми. Найважливішими з них є орофарінгеальний кандидоз, загальноінфекційні симптоми (лихоманка або діарея більше місяця); оперізуючий герпес та ін. При встановленні діагнозу ВІЛ-інфекції в категорії В її рекомендується зберігати, навіть якщо досягнуто успіхів у лікуванні

Категорія С — тяжка симптоматика (СНІД-індикаторні хвороби, стани, що визначають діагноз СНІДу).

Індикаторними станами для визначення випадків СНІДу у дорослих вважаються: кандидоз стравоходу, трахеї, бронхів та легенів; захворювання, спричинені цитомегаловірусом (за винятком уражень печінки, селезінки, лімфатичних вузлів); ВІЛ-асоційована деменція (ВІЛ-енцефалопатія); пов'язане з ВІЛ-синдромом виснаження; ізоспороз з діареєю більше місяця; саркома Капоші у пацієнта до 60 років; позалегенеовий туберкульоз; лімфома; пневмоцистна пневмонія тощо.

Відповідно до класифікації Центру з контролю інфекційних захворювань, діагноз СНІД встановлюється особам, які мають рівень CD_4 лімфоцитів нижче 200 в 1 мкл крові, навіть за відсутності СНІД-індикаторних хвороб.

Діагностика ВІЛ-інфекції відбувається у два етапи: 1) встановлення факту ВІЛ-інфікованості; 2) встановлення клінічного діагнозу, тобто визначення стадії та характеру перебігу ВІЛ-інфекції.

Встановлення факту інфікованості ВІЛ здійснюється шляхом комплексного оцінювання епідеміологічних, клінічних та лабораторних критеріїв, кожен з яких має певне значення при встановленні діагнозу. До ВІЛ-інфікованих належать особи, у яких, незалежно від клінічних проявів хвороби, під час лабораторного дослідження виявлено ознаки вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ).

Епідеміологічні критерії для встановлення інфікованості ВІЛ ґрунтуються на інформації щодо певної поведінки людини, як-от: переливання крові чи пересадка органів від ВІЛ-інфікованого донора чи багатьох до-

норів; народження дитини від ВІЛ-інфікованої матері; спільне вживання наркотичних речовин для парентерального введення з ВІЛ-інфікованим другом; незахищений статевий контакт з ВІЛ-інфікованим партнером; статеві стосунки зі значною кількістю партнерів; статеві стосунки з особами, які споживають наркотичні речовини ін'єкційним шляхом (СІН), особами секс-бізнесу, чоловіки, які мають секс з чоловіками на території з високим поширенням ВІЛ-інфекції. Збираючи анамнез у будь-якої людини, медичний працівник має неупереджено, без осуду поцікавитися її сексуальною орієнтацією, статевим життям і вживанням наркотичних речовин — ці відомості підвищують шанси на своєчасну діагностику ВІЛ-інфекції.

Основним методом діагностики ВІЛ-інфекції є виявлення антитіл при лабораторному дослідженні до ВІЛ у сироватці крові за допомогою імуноферментного аналізу (ІФА, імуноблотинг), який виявляє сумарний спектр антитіл проти антигенів ВІЛ.

Клінічна стадія захворювання визначається за її характерними ознаками.

Наприклад, на підставі виявлення антитіл до ВІЛ при лабораторних дослідженнях (ІФА), епідеміологічного анамнезу (статевий контакт з ВІЛ-інфікованим або вживання наркотиків ін'єкційним шляхом) та наявності генералізованої лімфаденопатії встановлюється діагноз: ВІЛ-інфекція, стадія персистуючої генералізованої лімфаденопатії.

Слід додати, що діагноз «ВІЛ-інфекція» у певному розумінні являє собою виклик фізичним, психічним, та соціальним можливостям людини. Знання діагнозу зумовлює, але не визначає різного роду зміни у житті конкретної людини, тим самим підводячи її до прийняття важливих рішень.

2.2. Уразливі до ВІЛ групи, групи-містки.

Поведінка, що збільшує ризик інфікування ВІЛ

*Ризик зараження особливо високий у **споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН)**, які вживають наркотики тривалий час, часто використовують загальні голки та шприці (наприклад, у групах, де традиційно користуються загальним шприцем), та у тих, хто проживає в районах*

з високим поширенням ВІЛ-інфекції. В Україні парентеральний шлях передачі реалізується через ін'єкційне вживання наркотичних речовин «підпільного» виробництва.

Наркозалежні після наповнення шприца наркотиком часто вводять голку у вену і потім для перевірки положення голки набирають у шприц деяку кількість своєї крові. Після цього шприц без жодної обробки передається наступній людині, яка робить аналогічну процедуру. При цьому збережена в шприці й голці кров попередньої людини проникає з новою порцією наркотику в організм іншої людини та безпосередньо потрапляє до її крові.

Групове застосування нестерилізованих шприців і голок до них, а також введення наркотику через недезинфіковану шкіру або прямо через одяг, використання для введення нестерильного продукту (частіше за все ацетильованого опію «ширки»), часто такого, який отримують із забруднених напівфабрикатів, — усе це може бути зараженням не лише ВІЛ-інфекцією, а й збудниками інших захворювань (сифілісу, вірусного гепатиту й ін.).

До 2000 р. у країнах пострадянського простору 70-95% нових випадків зараження ВІЛ-інфекцією мало місце серед СН — молодих людей віком від 12 до 30 років. За оцінками ВООЗ, щорічно по всьому світу через небезпечні ін'єкції інфікуються ВІЛ-1 — 80-160 тис. осіб, інфекційним гепатитом-В — 8-16 млн. осіб і вірусним гепатитом-С — 2,3-4,7 млн. осіб (ці показники не включають випадків, пов'язаних з переливанням крові). Оскільки вірус гепатиту-С має контагіозність, що в десятки разів перевищує таку для ВІЛ-інфекції, зовсім не дивно, що майже 90% СН інфіковані вірусом гепатиту-С.

Фактори ризику зараження ВІЛ та іншими інфекціями, що передаються через кров, серед СН численні та пов'язані не лише зі специфікою прийому наркотиків, а й зі способом життя в цілому:

- обмін ін'єкційним інструментарієм (голки, шприци, ємності для готування розчину, фільтри) може призвести до передачі інфекції від однієї людини до іншої;

- особи з числа СІН часто займаються проституцією (секс за гроші або наркотики). Незахищений секс може стати причиною інфікування ВІЛ, а особливо після вживання деяких психоактивних речовин. Особливо це характерно для стимуляторів (кокаїн, первітин), які значно підвищують сексуальну активність і можуть підвищити ризик інфікування;
- чимало серопозитивних наркозалежних, які здають аналізи на ВІЛ-інфекцію, не повертаються до клінік за результатами своїх аналізів. Як наслідок — багато випадків інфікування ВІЛ не зареєстровано у офіційному реєстрі;
- наркозалежні зазвичай не надто переймаються власним здоров'ям та здоров'ям інших людей.

*Найбільш поширений в усьому світі шлях передачі ВІЛ-інфекції — **статевий**.* ВІЛ-інфекцію виявляють як у рідкій частині сперми, так і в наявних у ній лімфоцитах й моноцитах. ВІЛ-інфекція має здатність накопичуватися у спермі, особливо при підвищеній у ній кількості лімфоцитів та моноцитів, наприклад при уретриті та епідидиміті. ВІЛ-інфекцію виявляють також у мазках з шийки матки та піхви.

Ризик зараження ВІЛ-інфекцією при статевому контакті становить 0,1-3% для пасивного партнера при анальних зносинах, 0,1-0,2% для жінки і 0,03-0,09% для чоловіка при вагінальному контакті.

Ризик передачі ВІЛ-інфекції від чоловіка до жінки приблизно у 20 разів вищий, ніж від жінки до чоловіка. Це зумовлено тривалим контактом слизової піхви та шийки матки чи ендометрію зі спермою, тоді як час контакту статевого члена зі слизовою оболонкою піхви відносно невеликий. Підвищенню ризику інфікування ВІЛ при незахищених вагінальних статевих контактах сприяє наявність захворювань, що передаються статевим шляхом (сифіліс, м'який шанкр і герпес статевих органів, хламідійний та гонококовий цервіцит).

При незахищених оральних статевих контактах ризик інфікування ВІЛ нижчий, ніж при анальних та вагінальних. Ризик інфікування ВІЛ під час оральних статевих контактів підвищується при наявності пошкоджень та захворювань слизової оболонки ротової порожнини.

Ризик інфікування ВІЛ статевим шляхом підвищується при збільшенні кількості незахищених статевих контактів (як гетеросексуальних, так і гомосексуальних).

До поведінкових чинників, що підвищують ризик інфікування ВІЛ, належать суспільні стереотипи.

Так, вживання чоловіками алкоголю, наркотиків, наявність кількох партнерок, демонстрація влади над жінкою, досвід у питаннях статевих стосунків у нашому суспільстві сприймають як норму. Від жінок вимагають бути вірною статевому партнеру, не демонструвати обізнаності у статевих стосунках, не ініціювати використання презерватива.

Жінки-наркоманки залежні від чоловіка, який володіє наркотичними ресурсами і зв'язками для здобування наркотиків. У групах наркоманів жінці традиційно останніми вводять наркотик.

Суспільство засуджує жінок сексуального бізнесу, а не чоловіків, які користуються їх послугами.

Стереотипні суспільні норми очікують від жінки покори та лагідності, надають перевагу репродуктивній ролі жінки, враховуючи материнство, знеохочують дівчат до отримання інформації про статеві стосунки, навички сексу з чоловіками, сприяють відмові від отримання послуг до отримання необхідної медичної допомоги, особливо в маргінальних сім'ях. Жінок інколи примушують до вступу в небажані статеві стосунки (вітчим, друг, партнер, чоловік, роботодавець, постачальник наркотиків, кредитор). Насильницький статевий акт підвищує ризик інфікування ВІЛ.

Для чоловіків характерна поведінка приховування емоцій та почуттів з будь-яких проблем, зокрема пов'язаних з власним здоров'ям та відмова від допомоги. Чоловіки, як правило, одноосібно вирішують питання щодо використання презервативів. Враховуючи схильність до демонстрації сили, сміливості, бажання все випробувати, чоловіки у більш ранньому віці починають вживати ін'єкційні наркотики.

Низький рівень поінформованості суспільства про наявні послуги, брак досвіду звернення та отримання послуг, зневага до влас-

ного здоров'я зумовлюють низький рівень діагностики захворювання. Відсутність навичок аналізувати результати власної поведінки та перспективного планування життя призводить до інфікування. Молоді люди через психологічні особливості частіше інфікуються, моделюючи негативну поведінку дорослих, для самоствердження, для відстоювання власних прав.

До групи, що має вищий ризик інфікування ВІЛ, належать **чоловіки, які мають секс з чоловіками**. Ризик передачі ВІЛ-інфекції при незахищених анальних статевих зносинах вкрай високий, оскільки вірус легко проникає зі сперми крізь тонку слизову оболонку прямої кишки й інфікує клітини-мішені. Крім того, анальні статеві зносини пов'язані з високим ризиком травмування слизової оболонки прямої кишки.

Моральне засудження гомосексуальності в багатьох суспільствах визначає необхідність приховувати гомосексуальні схильності і часто змінювати партнерів. Тим часом суспільне осудження та стигматизація гомосексуальності не впливає на його існування в «підпіллі».

Не менше (а можливо, навіть більше) значення мають сам спосіб життя і сексуальна активність чоловіків, що мають секс з чоловіками, які дуже часто вступають в інтимний зв'язок з незнайомими, а отже — потенційно інфікованими ВІЛ статевими партнерами. Особливо велике число статевих партнерів у пасивних гомосексуалів. У цьому відношенні ВІЛ-інфекція підкорюється епідеміологічним законам, властивим усім хворобам, що передаються статевим шляхом: чим більше інтимних партнерів, тим вище імовірність зараження.

Ще одну групу ризику становлять **працівники комерційного сексу**. Велике число статевих партнерів таких працівників і тих жінок, які ведуть аморальний спосіб життя та вступають в інтимний зв'язок з випадковими і незнайомими партнерами, підвищує вірогідність їхнього інфікування.

Нещодавно опубліковані результати епідеміологічних обстежень свідчать, що від 20 до 40% працівниць комерційного сексу інфіковані ВІЛ. Причому їхня зараженість цим збудником безупинно збільшується. Якщо ж зважити на те, що ця група ризику широко

представлена серед засуджених жінок і у нашій країні, про що свідчить офіційна статистика, то стає зрозумілою тривога щодо поширення ВІЛ-інфекції в місцях позбавлення волі.

Зараження дитини від ВІЛ-інфікованої матері (вертикальна трансмісія) може відбуватися під час вагітності (трансплацентарно), під час пологів (інтранатально) та після пологів під час вигодовування груддю (постнатально).

Дослідники довели, що зараження плоду можливе вже в I та II триместрах вагітності, однак найчастіше воно відбувається в перинатальному періоді (під час пологів та при вигодовуванні груддю). Недоношені діти (строк гестації <37 тижнів) мають більший ризик бути ураженими ВІЛ-інфекцією при народженні.

Встановлено ризик зараження дітей при вигодовуванні груддю. Вірус виявлений як у молозиві, так і в грудному молоці ВІЛ-інфікованих жінок. Встановлено, що ризик інфікування дітей зростає в разі тривалого вигодовування.

*До групи ризику ВІЛ-інфекції входять **особи, яким переливали кров та її компоненти***. Джерелом зараження ВІЛ може бути не тільки цільна кров, а й усі препарати крові (еритроцитарна, тромбоцитарна, лейкоцитарна маси, свіжозаморожена плазма), зокрема препарати крові, що виготовляються за спеціальною технологією, яка забезпечує зберігання у активному стані деяких білків. Це хворі гемофілією, основною ознакою якої є підвищена кровотеча, яка пов'язана з недостатністю одного з факторів крові, що забезпечує її згортання і тим самим — зупинку кровотечі. Як правило, люди, яким вводяться ці препарати, ведуть соціально прийнятне життя — не вживають ін'єкційних наркотиків, не ведуть непорядкованого статевого життя. Небезпека зараження виникає тоді, коли кров не піддають спеціальній обробці, внаслідок чого вірус імунодефіциту зберігається в життєздатному стані.

В Україні обов'язкове проведення тестування кожної порції донорської крові на антитіла до ВІЛ-1 та ВІЛ-2 (за допомогою імунофлуоресцентного аналізу), а також на гепатити В, С та сифіліс, що сприяє зниженню ризику інфікування при переливанні крові.

Діти та підлітки залишаються групою найвищого ризику щодо інфікування ВІЛ. До цієї групи належать неповнолітні, котрі у силу певних життєвих обставин, впливу суспільства та середовища, належності до певної субкультури або групи, а також відсутності або обмеженості доступу до інформації, послуг та програм, можуть почати практикувати поведінку, ризиковану щодо інфікування ВІЛ. До цієї групи можна віднести:

- дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування; безпритульних дітей;
- вихованців колоній; тих, хто перебуває у притулках та приймальниках-розподільниках для дітей та інших спеціальних закладах тощо.

Діти та підлітки груп найвищого ризику щодо ВІЛ-інфікування — це особи, які внаслідок своєї поведінки найбільше наражаються на ризик інфікування ВІЛ: дівчата та хлопці, які є СІН; дівчата та хлопці, які мають незахищені статеві контакти, зокрема, внаслідок сексуальної експлуатації, та мають незахищений (часто примусовий) секс за винагороду; хлопці, які мають незахищений секс з чоловіками; хлопці, які мають незахищений секс з жінками комерційного сексу.

Необхідно також зауважити, що підлітків груп найвищого ризику з-поміж інших груп вирізняє також висока схильність до будь-яких форм ризикованої поведінки, низька самооцінка та низька мотивація до будь-якої діяльності, у тому числі — до зміни своєї поведінки.

Для таких дітей здоров'я не є цінністю, відтак будь-які форми ризикованої поведінки, які мають яскраво негативний вплив на здоров'я та самопочуття, легко переймаються, у разі, якщо така поведінка обирається групою, в якій перебуває підліток. Приводом для користування будь-якими послугами щодо здоров'я є виняткова необхідність або небезпека для життя. Недостатньо розвинені навички критичного аналізу власних дій та прогнозування майбутнього не дають можливості визначити наслідки своєї ризикованої поведінки (соціальні, психологічні, медичні).

Ще однією особливою групою ризику щодо інфікування ВІЛ є хлопчики-підлітки, що мають одностатеві сексуальні контакти. Дослі-

дження Українського інституту соціальних досліджень (2007 р.) демонструють, що питома вага підлітків від 15 до 19 років серед чоловіків, що мають статеві контакти з чоловіками, становить 12,1%, з них 7% мають 10 та більше статевих партнерів за півроку. Це, безумовно, суттєво збільшує ризик інфікування ВІЛ. Доступ таких підлітків до профілактичних послуг є вкрай низьким, оскільки така група є прихованою, що також утруднює роботу фахівців з цільовою аудиторією.

До групи професійного ризику ВІЛ-інфекції входять: **персонал пенітенціарної служби, медичні працівники, співробітники клінічних лабораторій** та інші особи, які контактують з ВІЛ-інфікованим матеріалом (особливо при використанні гострих предметів) під час виконання службових обов'язків.

Широкомасштабні дослідження показали, що *ризик зараження під час поранення гострими інструментами, забрудненими кров'ю ВІЛ-інфікованих*, становить близько 0,3%. Ризик зараження гепатитом-В у такій ситуації значно вищий — 20-30%. Ризик зараження ВІЛ-інфекцією тим вищий, чим більше ВІЛ-інфікованої крові опиняється в рані: він значний при уколі голкою для внутрішньовенного введення зі слідами крові ВІЛ-інфікованого хворого. Особливо небезпечна кров хворих на стадії СНІДу — через високу концентрацію вірусу. Ризик зараження існує і у випадку потрапляння інфікованого матеріалу на слизові оболонки та ушкоджену шкіру, а також при тривалому контакті з цим матеріалом. Захворювання шкіри і слизових оболонок також підвищують ризик зараження ВІЛ при потраплянні на них інфікованого матеріалу. Зокрема, були зареєстровані випадки інфікування ВІЛ при контакті з такими біологічними рідинами, як сперма; будь-які рідини з домішкою крові; вагінальні виділення; культури або середовища, що містять ВІЛ-інфекцію.

Таким чином, до контактів, пов'язаних з ризиком інфікування ВІЛ на робочому місці (чи небезпечним контактом), належать:

- ушкодження шкіри інструментом, що міг бути інфікований;
- зіткнення слизових оболонок або ушкоджених шкірних покривів з тканинами, кров'ю й іншими біологічними рідинами;

- тривале (кілька хвилин і більше) або велике за площею зіткнення неушкодженої шкіри з тканинами, кров'ю й іншими біологічними рідинами.

До групи ризику належать люди — **жителі тих територій, де широко розповсюджена ВІЛ-інфекція**. Епідемія ВІЛ поступово зміщується від груп високого ризику (споживачі ін'єкційних наркотиків, чоловіки, які мають секс з чоловіками) в бік загального населення і найбільше вражає дітей та жінок. Особливо виразно це спостерігається в регіонах, де загальний рівень поширення ВІЛ-інфекції є високим. Так, в Одеській та Миколаївській областях значна частка вагітних жінок у міських районах є ВІЛ-позитивними (понад 1%), що може свідчити про переростання епідемії з концентрованої (тобто зосередженої на певних вразливих групах) у генералізовану, загальну (тобто таку, що стосується всього населення).

Чимало ВІЛ-інфікованих взагалі не знають, яким шляхом вони заразилися. З часом через групи-містки, тобто групи, які контактують з групами ризику, епідемія починає поширюватися й на основну популяцію населення. **Групи-містки** — це групи людей, які тісно пов'язані з групами підвищеного ризику інфікування ВІЛ і можуть слугувати провідником (або «містком») для поширення вірусу серед населення в цілому. Зважаючи на рівень ризику інфікування, як основні групи-містки можуть бути виділені: 1) статеві партнери СІН, 2) клієнти жінок комерційного сексу і 3) жінки — статеві партнерки чоловіків, що мають секс з чоловіками. До груп-містків також відносять дальнобійників, трудових мігрантів, провідників поїздів, працівників сфери розваг і рекреації. Тому, у наші дні доцільніше вести мову про небезпечні форми поведінки, а не про групи ризику.

Світовий досвід свідчить, про те, що найбільше вразливими до ВІЛ-інфекції є споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН), і поширення ВІЛ-інфекції серед них відбувається з найвищою швидкістю. СІН, починаючи з 1995 р., і протягом наступних 12 років, були рушійною силою епідемії в Україні, що й обумовило таку високу інтенсивність епідемічного процесу. Основним шляхом передачі ВІЛ в Україні з 1995 р. до 2007 р. включно був парентеральний шлях передачі, переважно при ін'єкційному вжи-

ванні наркотиків. Вперше, у 2008 р., починаючи з 1995 р., частка парантерального шляху передачі була нижче статевого. У 2009 р. продовжується зростання числа осіб, інфікованих статевим шляхом.

Сьогодні в Україні спостерігається концентрована стадія епідемії ВІЛ-інфекції. Незважаючи на те, що з 2008 р. статевий шлях передачі став домінуючим, не можна вести мову про генералізацію епідемії і, перш за все, тому, що в останні роки спостерігається зниження інтенсивності епідемічного процесу ВІЛ-інфекції.

Як відомо, рівень інфікування серед вагітних визначає рівень інфікованості ВІЛ в загальній популяції. Протягом останніх чотирьох років середній рівень інфікованості серед вагітних в Україні становить 0,37%, сягаючи в деяких областях 1%. В останні роки багато виявлених ВІЛ-позитивних вагітних інфікувалися статевим шляхом, тобто це класичне «основне населення». І далеко не всі жінки інфікуються від СНІ, партнерами багатьох є гетеросексуальні чоловіки, які ніколи не вживали наркотиків.

2.3. Залежність від психоактивних речовин як чинник поширення епідемії ВІЛ/СНІДу

Наркотичними речовинами (наркотиками чи психоактивними речовинами) називають хімічні сполуки, які мають властивість специфічно впливати на мозок та на організм людини. У повсякденному житті наркотики можуть зустрічатися у складі ліків, напоїв, харчових продуктів тощо. Регулярне вживання таких речовин спричинює виникнення залежності від них.

Зловживання психоактивними речовинами (ПАР) — неадекватне вживання, яке характеризується продовженням вживання, незважаючи на усвідомлення того, що вживання зумовлює або загострює постійні або тимчасові соціальні, виробничі, психологічні чи фізичні проблеми, або ж періодичним вживанням, коли це небезпечно для здоров'я.

Залежність — необхідність у повторюваних дозах певної речовини для того, щоб почувати себе краще або не почувати себе гірше.

Стан залежності може призвести до негативних фізичних та поведінкових наслідків, які можуть зумовити медичні або соціальні проблеми.

Наркозалежність — захворювання, що виникає внаслідок неконтрольованого вживання хімічних речовин на основі особистісної схильності у вигляді переваги рис залежної особистості, і проявляється у формі патологічної залежності від ПАР, яка має психологічний і фізичний характер. Загалом залежність від психоактивних речовин є проявом *адиктивної поведінки*, тобто однієї з форм деструктивної поведінки, яка проявляється в прагненні до відходу від реальності шляхом зміни свого психічного стану через прийом певних речовин або постійної фіксації уваги на певних предметах чи видах діяльності, що супроводжується розвитком інтенсивних емоцій.

У людини, яка використала якусь психоактивну речовину для досягнення бажаного психологічного стану, з часом засіб, тобто алкоголь або наркотик, перетворюється на мету — і все життя підкорюється непереборному бажанню вживати цю речовину.

З-поміж проблем, спричинених зловживанням наркотиків, можна виділити проблеми соціального статусу (зміна соціального оточення, зменшення кола соціальних зв'язків та якості цих зв'язків, поступова втрата поваги та визнання у значущому соціальному оточенні тощо), проблеми ефективності (погіршення дієздатності, втрата роботи, втрата здатності забезпечувати певний рівень достатку тощо), проблеми зі здоров'ям (хронічні захворювання, інтоксикація, інфекції, асоційовані захворювання через певні зміни норм поведінки тощо), проблеми із законом (кримінальне переслідування, притягнення до відповідальності через адміністративні порушення тощо).

До факторів ризику формування залежності від психоактивних речовин відносять:

- генетичну схильність: наукові дані, отримані на підставі вивчення близнюків та прийомних дітей, підтверджують роль спадковості у розвитку алкогольної залежності;
- фактори зовнішнього середовища: вплив оточення та наявність доступу до наркотиків можуть сприяти формуванню залежності;

- біль та самолікування: причиною початку споживання наркотичних засобів з метою самолікування можуть стати наслідки соматичних захворювань (депресія, фрустрація, больовий синдром);
- наявність психічних захворювань та специфічних рис характеру: встановлено високий рівень психічних захворювань серед тих, хто зловживає психоактивними речовинами, найчастіше зустрічаються депресія, соціопатія та межові стани. Характерними рисами характеру здебільшого є імпульсивність, нарцисизм, залежність, тривога, іпохондрія. Наркозалежним особам властиве сполучення суперечливих особистісних якостей: різкі коливання настрою, нестійкість інтересів, сенситивність, переоцінка своїх можливостей, одночасний прояв полярних якостей психіки, такі як самовпевненість і вразливість, розв'язність і сором'язливість, пестливість і жорстокість, а також підвищена рефлексія й здатність до самоаналізу.
- соціальні та культурні фактори: етнічне середовище, стать, культура, вік, рід діяльності, соціальний статус, субкультура, релігія. У розвитку залежності виділяють окремі **стадії вживання психо-**

активних речовин:

1. Початок експериментування: одноразове вживання, зумовлене бажанням спробувати.
2. Соціальне вживання: спорадичне вживання.
3. Вживання, що стало звичкою: періодичне вживання хімічної речовини, що призводить до неможливості виконувати важливі соціальні обов'язки.
4. Надмірне вживання: вживання, коли це небезпечне для життя та призводить до певних проблем із законом.
5. Хвороблива пристрасть (аддикція): тривале вживання хімічної речовини, зважаючи на постійні або регулярні соціальні чи міжособистісні проблеми, набуття синдрому наркотичної залежності.

Наркотична залежність визначається як дезадаптивний спосіб вживання наркотичних речовин, що призводить до клінічно вираженого дистресу, який виявляється за такими ознаками, що виникли протягом 12 місяців:

- 1) толерантність: потреба у значному підвищенні дози для досягнення бажаного ефекту; помітне зниження ефекту при повторному введенні тієї ж дози наркотичної речовини;
- 2) абстиненція, що проявляє себе як синдром відміни («ломка»), притаманний для конкретної наркотичної речовини; прийом тієї ж (або подібної) наркотичної речовини для полегшення або профілактики абстинентного синдрому;
- 3) вживання хімічної речовини в дозах більших або протягом тривалішого періоду, ніж передбачалося;
- 4) наявне стійке бажання припинити вживання або мають місце безрезультатні спроби зменшити вживання наркотичних речовин чи встановити над ним контроль.

Згідно з Міжнародною класифікацією хвороб 10 перегляду (МКХ-Х) діагностичні групи залежностей поділяються за психоактивною речовиною або групою речовин, вживання яких зумовлює психічні та поведінкові розлади, пов'язані з вживанням алкоголю (опіоїдів; канабіноїдів; седативних або снодійних речовин; кокаїну; інших стимуляторів, включаючи кофеїн галюциногенів; тютюну; легких розчинників наркотиків та інших психоактивних речовин).

За дією та проявами психотропні хімічні речовини поділяються на кілька груп.

1. Стимулятори (кокаїн, амфетамін, декстроамфетамін, метамфітамін, метилфенідат, фенметразин та ін.).
2. Депресанти: алкоголь, опіати (морфій, кодеїн, героїн, метадон), барбітурати (пентобарбітал, секобарбітал та ін.); транквілізатори (діазепам, флуразепам, оксазепам та ін.).
3. Галюциногени: серотонінергічні (діетиламід лізергінової кислоти (LSD)), гриб спорини, ібогаїн, псилоцибін, мескалін, діметилтриптамін, хармалін, ергін, ізоергін); метилові амфетаміни; антихолінергічні (атропін, скополамін та ін.); дисоціативні анестетики (фенциклідін, кетамін та ін.).

В Україні наявні наступні види допомоги наркозалежним:

- стаціонарна детоксикація — у наркологічних та деяких психіатричних закладах;

- амбулаторна детоксикація — у наркологічних закладах;
- лікарські консультації — у всіх наркологічних закладах;
- замісна підтримуюча терапія бупренорфіном або метадонем (Київ, Одеса, Сімферополь, Донецьк, Дніпропетровськ, Миколаїв, Херсон, Вінниця, Полтава тощо);
- реабілітаційні програми (амбулаторні) — здебільшого у великих містах;
- реабілітаційні програми (стаціонарні) — приблизно 50 центрів;
- терапевтичні осередки — приблизно 20 центрів;
- програми духовної психотерапії та релігійної реабілітації (стаціонар) — приблизно 40 центрів.

Згідно з розрахунками міжнародних організацій (ВООЗ, ЮНЕЙДС), в Україні налічується від 250 до 400 тис. споживачів ін'єкційних наркотиків. Не менше 95% з них вживають або вживали похідні опію, зокрема героїн. Серед СН відсоток ВІЛ-інфікованих коливається від 19% (Донецький регіон) до 54% (Одеська область).

За даними МОЗ України, на 1 січня 2009 р. кількість наркозалежних, які перебувають на диспансерному наркологічному обліку, становила 84 325 осіб (179,03 на 100 тис. населення). Близько 97% від цієї кількості — це ін'єкційні споживачі опіоїдів.

Найбільша кількість наркозалежних зареєстрована в Дніпропетровській області — 13 446 осіб (387,1 на 100 тис. населення), Одеській — 7 550 (314,0 на 100 тис. населення). Донецькій — 10 163 (218,1 на 100 тис. населення) і в м. Києві — 9 097 (346,5 на 100 тис. населення).

За даними МОЗ України, рівень поширеності вживання наркотичних речовин вищий на півдні та сході України, нижчий — на заході країни. У 2005 р. 39 872 особи отримали лікування (близько 1/3 від кількості зареєстрованих). Серед пацієнтів, що отримали лікування, 11 339 осіб з наркотичними проблемами лікувалися стаціонарно, 28 304 людини — амбулаторно, 11 187 осіб отримали наркологічну допомогу вперше у житті (28% від загальної кількості отримали лікування у 2005 р.). Важливо наголосити, що з 1999 по 2006 р. відбувалося збільшення абсолютної кількості СН серед нових випадків ВІЛ-інфекції

при щорічному зменшенні частки СНІ серед загальної кількості нових випадків ВІЛ-інфекції (рисунок 2.1).

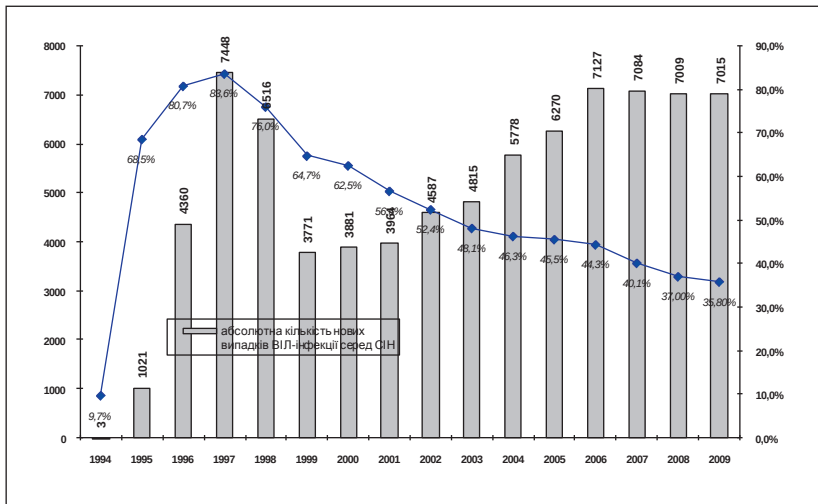


Рисунок 2.1. Офіційно зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції серед СНІ, 1994-2009 рр.

У 2006-2009 рр. відзначається майже однакова абсолютна кількість зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків при тому, що тенденція до зменшення частки СНІ зберігається. У 2010 р. офіційно зареєстровано 6 934 випадки ВІЛ-інфекції серед СНІ, що становить 33,8% від загальної кількості випадків ВІЛ-інфікування. Така динаміка може свідчити про перші ознаки впливу профілактичних програм серед цієї уразливої групи.

2.4. Інфекції, що передаються статевим шляхом, як фактор, що зумовлює поширення ВІЛ/СНІДу

Венеричні хвороби, чи захворювання, що передаються статевим шляхом, — група інфекційних захворювань, які поширюються в основному при статевому контакті з інфікованим партнером.

Спочатку до венеричних відносили п'ять захворювань: гонорею, сифіліс, м'який шанкр, паховий лімфогранульоматоз та венеричну гранульому. У 1960-ті р. було доведено, що статевим шляхом передаються й деякі інші хвороби. Термін **«інфекції, що передаються статевим шляхом» (ІПСШ)** сьогодні поєднує більший ряд захворювань, що включає не тільки згадані вище, а й хламідіоз, генітальний герпес, цитомегаловірусну інфекцію, зараження стрептококом групи В, гепатит, вагініт, інфекції органів черевної порожнини, гостроконечні кондиломи і зоопаразитарні хвороби тощо (понад 130 захворювань). ВІЛ-інфекція, що призводить до смерті внаслідок різних інфекцій, передається як при статевих контактах, так й іншими шляхами.

Під час Другої світової війни і відразу після неї частота захворювань, що передаються статевим шляхом, у більшості країн зросла. Потім, у зв'язку із застосуванням пеніциліну, вона зменшилася. Однак після 1950-х рр. частота захворювань на гонорею і сифіліс знову почала стрімко рости, й у 1989 р. у багатьох регіонах збільшилася у 43 рази та досягла рівня епідемії. У 1980-ті рр. стало викликати побоювання поширення генітального герпесу.

Хвороби, що передаються статевим шляхом, зустрічаються у осіб будь-якого віку і соціального стану. Більше половини зареєстрованих випадків — у підлітків і молодих людей, причому більшість випадків припадає на вік від 18 до 29 років. Поширеність таких хвороб зростає через різні чинники. По-перше, сучасна молодь починає статеве життя раніше і вступає у статеві стосунки з більшою кількістю партнерів, ніж це було прийнято колись. По-друге, зміна засобів запобігання вагітності, зокрема, усе частіше використання протизаплідних таблетованих

препаратів замість презервативів, призводить до збільшення ризику інфікування статевого партнера.

Таблиця 2.1. Хвороби, що передаються статевим шляхом
(класифікація ВООЗ)

«Класичні» венеричні хвороби	
Сифіліс; Гонорея; М'який шанкр (шанкроїд); Лімфогранульоматоз паховий; Гранульома венерична (донованоз).	
Інші інфекції, що передаються статевим шляхом	
А. З переважним ураженням статевих органів	Б. З ураженням інших органів
Хламідіоз; Трихомоніаз; Кандидоз; Мікоплазмоз; Герпес; Уреаплазмоз; Гостроконечні кондиломи (папіломавірус); Гарднерельоз; Токсоплазмоз; Контагіозний моллюск; Лобковий педикульоз (воші); Короста.	ВІЛ-інфекція; Гепатит-В; Цитомегаловірус; Стафілокок; Стрептокок; Амебіоз (переважно у гомосексуалів); Лямбліоз.

Протидія поширенню венеричних хвороб передбачає проведення комплексу заходів, зокрема:

- лікування хворих на ранніх стадіях захворювання. Це не тільки збільшує шанси на повне одужання, а й перешкоджає зараженню інших осіб;
- виявлення статевих контактів заражених осіб. Це дає змогу швидко почати лікування партнерів і сприяє встановленню діагнозу, особливо у жінок, адже нерідко єдиною вказівкою на венеричну хворобу в жінки є захворювання її статевого партнера;

- *санітарна освіта*. Знання дозволяють людині змінити свою статеву поведінку та гігієнічні прийоми так, щоб звести до мінімуму можливість зараження і поширення інфекції;
- *правильне використання презервативів*. Сучасні презервативи виготовляють здебільшого з натурального латексу (сік каучукового дерева гевея). Як експеримент виробляються невеликі партії презервативів зі штучних полімерів, однак для них поки не вдалося досягти прийнятних показників щодо розтягнення й міцності;
- *екстрена індивідуальна профілактика* у випадку незахищених статевих стосунків. Вона може бути проведена на пунктах противенеричної допомоги або самостійно. У випадку орального сексу доцільним є промивання ротової порожнини, після незахищеного анального контакту необхідне промивання прямої кишки з використанням розчину хлоргексидину (0,05%) або розчином мірамистину (0,01%). Профілактична обробка статевих органів має ефективність 80% за умови, що вона здійснена не пізніше, ніж через дві години після незахищеного статевого акту.

2.5. Стигма та дискримінація як різновиди порушення прав людини. Шляхи протидії

Стереотип — сукупність певних (часто звичних, вкорінених) уявлень, думок, висновків про світ, навколишнє середовище, людей тощо. Сутність його полягає в тому, що він визначає ставлення, установку певної соціальної групи до певного явища. Стереотип не завжди може бути істинним, може викликати протилежні емоції у людей з різними поглядами.

Стереотипи закріплюються на підсвідомому рівні й позбутися їх надзвичайно важко. Саме стереотипи визначають норми моралі, формують політичні, релігійні та світоглядні концепції. Завдяки поведінковим стереотипам наша поведінка оцінюється як правильна чи неправильна, наші погляди і ставлення до навколишнього світу. Стереотипи визначають те, яким чином нам поводитися в тому чи іншому випадку.

Сформовані стереотипи надзвичайно стійкі та часто зберігаються протягом всього життя людини, їхнє руйнування зазвичай буває доволі болючим процесом, тягне за собою роздратування, відчуття дискомфорту, призводить до серйозних порушень психічної рівноваги, аж до стресових станів.

Упереджене ставлення до певної категорії людей (соціальної групи) на основі існуючих стереотипів та установок називають **стигмою** (від давньогрецьк. — тавро, що ставили на тілі раба або злочинця). Стигма — це дискредитація людини через приписування їй соціально негативних рис, характеристик, які сприймаються у певному соціальному середовищі як принизливі, спричиняють негативні суб'єктивні переживання.

Стигма знижує об'єктивність оцінки конкретних людей, а інколи може перешкоджати їх інтеграції у соціальні групи. Стигма, асоційована з ВІЛ/СНІДом, означає упередженість, нехтування, дискредитацію та дискримінацію людей, які сприймаються як такі, що живуть з ВІЛ/СНІДом. Ця стигма стосується як окремих осіб, так і груп, спільнот, з якими вони асоціюються.

Стигма може призвести до дискримінації, тобто коли переконання переходять до дій. **Дискримінація** (лат. *Discriminatio* — розрізнення) — обмеження прав частини населення за певною ознакою (раса, вік, стать, національність, релігійні переконання, сексуальна орієнтація, стан здоров'я, рід занять тощо). Дискримінація має місце тоді, коли по відношенню до людини робиться виняток, який призводить до несправедливого або упередженого ставлення до людини на підставі її належності до певної групи.

Суспільство встановлює способи категоризації людей і визначає набір якостей, які вважаються «нормальними» і «природними» для кожної з категорій. При зустрічі з незнайомцем ми можемо помітити свідчення того, що він має деякі якості, що відрізняють його від інших людей такої ж категорії (незвична манера поведінки, зовнішній вигляд, хворобливий вигляд). Таким чином, у нашій свідомості він перетворюється зі звичайної людини на неповноцінну, що має якийсь дефект. За терміном «стигма» і його синонімами ховається подвійне питання: чи

вважає стигматизований індивід, що про його незвичайність вже відомо оточуючим або що про неї стане відомо у момент спілкування — або ж він припускає, що їм про неї не відомо, і вони не відразу її помітять?

Стигму щодо ВІЛ/СНІДу можна визначити як знецінення людей, які живуть або асоціюються з ВІЛ-інфекцією. У процесі стигматизації ознака ВІЛ-статусу або його можливої наявності характеризується як така, що дискредитує, є не гідною, вимагає осуду з боку тих, хто її не має, та сорому і страху з боку ВІЛ-позитивних людей. Серед представників різних груп населення, які ведуть соціально прийнятний спосіб життя, вважається, що люди, які мають ВІЛ-інфекцію, заслуговують на те, що з ними відбулося, через свою поведінку, вчинки.

Причинами виникнення стигми можуть бути кілька факторів:

- недостатнє розуміння хвороби;
- міфи про шляхи передачі ВІЛ-інфекції;
- сором за те, що спілкувався з людиною хворою на ВІЛ-інфекцію;
- відсутність лікування (або обмежений доступ до препаратів через їхню вартість);
- поширення соціальних страхів та побоювань, а також суспільного осуду, пов'язаних із сексуальністю, хворобами та смертю, вживанням наркотиків.

Наслідки стигми та дискримінації:

- вплив на свідомість людей, що живуть з ВІЛ-інфекцією: занижена самооцінка, депресія, відчай;
- збільшення ризику інфікування через страх проходити тестування, побоювання осуду;
- стигма та дискримінація формують таке середовище, коли лякає не сама хвороба, а те, як її оцінюють, ставлення до неї;
- ігнорування людиною свого реального або потенційного ВІЛ-статусу;
- порушення прав та свобод людей у сфері охорони здоров'я, праці, освіти тощо;

- зменшення зусиль, спрямованих на боротьбу з ВІЛ/СНІДом, або їхньої ефективності;
 - примусове тестування на ВІЛ-інфекцію без попередньої згоди та недотримання конфіденційності з подальшим цькуванням;
 - насильство над людьми, які сприймаються як такі, що живуть з ВІЛ-інфекцією;
 - знецінення певних груп людей, закріплення соціальної нерівності (зокрема, гендерної нерівності, нерівності, пов'язаною із сексуальністю). Джерелами походження стигми, асоційованої з ВІЛ/СНІДом є:
- 1) прагматичний страх ВІЛ/СНІДу як хвороби (стигма пов'язана з цим, впливає зі здатності інфекції передаватися та летальних наслідків ВІЛ-інфекції; вона виражає страх та уявлення, що зазвичай пов'язують з будь-яким інфекційним захворюванням, побоюванням щодо передачі ВІЛ-інфекції побутовим шляхом;
 - 2) символічне асоціювання ВІЛ/СНІДу та груп, у яких виявлено значну поширеність ВІЛ-інфекції. Ця стигма є ніщо інше як використання захворювання для того, щоб висловити ставлення до груп, з якими воно асоціюється та поведінки, через яку інфекція передається (гомосексуали, споживачі ін'єкційних наркотиків, повії).

Близькі людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією, також зазнають ризику стигматизації. Вони часто зустрічають неприйняття та дискримінацію через те, що пов'язані з людьми з ВІЛ-інфекцією.

Ці суспільні стереотипи не стимулюють людей до проходження тестування на ВІЛ-інфекцію та виявлення свого статусу.

На заваді зусиллям з контролю за ВІЛ/СНІДом часто стають порушення прав людини. 75% ВІЛ-позитивних осіб у країні не знають про те, що вони інфіковані, а більшість населення має обмежені знання про ВІЛ-інфекцію і те, як захиститися від інфікування.

У пункті 13 Декларації про прихильність справі боротьби з ВІЛ/СНІДом зазначено: «Стигматизація, замовчування, дискримінація та заперечення, а також відсутність конфіденційності підбивають зусилля з попередження та догляду і збільшують вплив епідемії на окремих осіб, сім'ї, громади та нації».

Обов'язком держави є забезпечити повагу до права людини, не допускати прямої чи непрямой дискримінації у законодавстві й політиці, вживати заходів, спрямованих на захист прав людини та боротьбу з дискримінацією. Дискримінація у зв'язку з ВІЛ/СНІДом є порушенням прав людини, і особи, які дозволяють дискримінацію, повинні відповідати згідно з чинним законодавством, а постраждалі від неї мають право на компенсацію. У Законі України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту та соціальний захист населення» (№ 1972-12, від 19 грудня 2001 р.) у статті 17 зазначено, що «ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД громадяни України користуються всіма правами та свободами, передбаченими Конституцією та законами України, іншими нормативно-правовими актами України. Крім загальних прав і свобод, вони також мають право на відшкодування збитків, пов'язаних з обмеженням їх прав, яке мало місце внаслідок розголошення інформації про факт зараження цих осіб вірусом імунodefіциту людини».

У статтях 17, 18 та 19 цього закону зазначено, що забороняється відмовляти ВІЛ-інфікованим людям у прийнятті до лікувальних закладів, наданні медичної допомоги, а також здійснювати обмеження їх прав будь-яким іншим чином. У разі порушення прав ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД мають право оскаржувати неправомірні дії посадових осіб у суді. Важливою нормою є можливість отримати компенсацію шкоди, завданої здоров'ю особи, при зараженні ВІЛ-інфекцією під час медичних маніпуляцій.

У звіті «Риторика та ризик. Порушення прав людини перешкоджає боротьбі України з ВІЛ/СНІДом», опублікованому міжнародною правозахисною організацією Human Rights Watch у березні 2006 р., висвітлюється тема дискримінації людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом, у медичних установах. Під час опитування 101 людини було виявлено, що «дискримінаційне ставлення до людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом або в умовах підвищеного ризику інфікування, є дуже поширеним серед працівників галузі охорони здоров'я в Україні. Людям, які живуть з ВІЛ/СНІДом, та споживачам ін'єкційних наркотиків відмовляли у прийомі до лікарні. Їх примусово виписували, як тільки дізнавалися, що вони ВІЛ-інфіковані, або надавали медичні послуги на дуже

низькому рівні, що було вкрай негуманним та підривало їхнє і без того слабе здоров'я». Одним з найпоширеніших та найсерйозніших порушень прав людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією, що були зафіксовані Human Rights Watch, є розголошення конфіденційності результатів тестування на ВІЛ-інфекцію. Ефективні заходи протидії цим явищам потребують мобілізації усіх учасників процесу: людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, їх партнерів, друзів, членів сімей; недержавні та громадські організації; лікарів та ін.

Дієвими механізмами подолання або зменшення стигматизації та дискримінації, пов'язаної з ВІЛ/СНІДом, повинні стати реформи у політиці та законодавстві. Однак, без зміни системи цінностей та ставлення до цієї проблеми в суспільстві такі заходи не будуть мати незначного успіху.

Кожна людина має спостерігати за своїм мисленням і ставленням до людей та перешкоджати будь-якій спробі гноблення особи, що відрізняється від «норми».

Основні шляхи подолання стигматизації та дискримінації стосовно людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом:

1. Поширення у суспільстві інформації стосовно шляхів передачі ВІЛ-інфекції та ефективних засобів запобігання інфікуванню.
2. Використання сучасних діагностичних методик ВІЛ-інфекції поряд з консультаціями спеціалістів-медиків.
3. Безкоштовне лікування хворих та дотримання їх прав та прав представників їх найближчого оточення, створення сприятливого правового середовища, що дозволяє людям боротися з дискримінацією.
4. Навчання ВІЛ-позитивних людей навичкам боротьби з проблемами.
5. Використання сучасних підходів до формування у суспільстві толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних людей.
6. Контроль за порушенням прав людини та притягнення винних за порушення вимог конфіденційності, надання необхідної медичної, соціальної та психологічної допомоги ВІЛ-інфікованим.

Отже, подолання стигматизації та дискримінації повинно бути спрямоване на формування неупередженого розуміння природи та причин поширення ВІЛ-інфекції, повинно зменшувати тривогу та по-

чуття беззахисності у людей, а головне — повинно ґрунтуватися на повазі до особистості, її прав і свобод.

2.6. Пенітенціарна система як специфічне середовище, що впливає на перебіг епідемії ВІЛ/СНІДу

Пенітенціарні установи — це місця надзвичайно високого ризику в аспекті передачі ВІЛ-інфекції, що характеризуються наступними несприятливими факторами: велика скупченість людей; обмежений доступ до медичної допомоги; вживання ін'єкційних наркотичних речовин; незахищений секс; нанесення татуювань тощо.

Місця позбавлення волі, для кожної людини, яка потрапляє до них, є випробуванням на міцність, оскільки їй повсякчас доводиться долати значні фізичні та психологічні навантаження. З іншого боку, місця позбавлення волі виступають соціально організованим випробуванням, де важливо знати, хто знаходиться поряд з тобою, чого від нього можна очікувати, як себе з ним поводити.

Чимало осіб, які перебувають у виправних установах, до засудження належали до маргінальних груп населення. **Маргінали** (з лат. — ті, хто на краю) представляють три категорії індивідів: 1) тих, хто не бажає поділяти ціннісні орієнтації соціуму; 2) нездатних адекватно інтегруватися у товариство з огляду на свої інтелектуальні, психічні або соціальні особливості; 3) які мають уроджені відхилення від прийнятих норм.

Особистостям маргінального типу притаманні деякі соціально-психологічні особливості:

- стан непевності, коливання між агресивністю і пригніченістю (наслідок невизначеності у завтрашньому дні, блокади життєво важливих цілей);
- наявність екстремізму (в ідеології) та здатності бути об'єктом маніпулювання (у поведінці);
- нестійкість, схильність до впливу спонукань і настроїв, а не розуму та логіки;

- насторожене ставлення до можливостей змін, схильність до агресивного захисту свого статусу через страх перед подальшим погіршенням свого становища;
- невміння користуватися демократичними інструментами для захисту своїх прав і свобод, схильність до екстремістських форм протесту.

У місцях позбавлення волі перебуває значна кількість **засуджених, які мають обмежені можливості**. До цієї групи належать люди, які мають функціональні обмеження, які нездатні до якоїсь діяльності через захворювання, відхилення або вади розвитку, нетиповий стан здоров'я, внаслідок неадаптованості зовнішнього середовища до особливих потреб індивіда.

У товаристві засуджених стосовно осіб з обмеженими можливостями зберігаються стійкі соціокультурні стереотипи, що створює для таких людей низку проблем щодо їхньої адаптації в соціумі через порушення принципів людської гідності залежно від стану фізичного й психічного здоров'я, соціального статусу. З настанням інвалідності для людини починається новий етап життя: виникають бар'єри на шляху реалізації найважливіших соціальних потреб, змінюється суспільний статус особистості, порушується сформована система соціальних контактів, деформуються звичні життєві стереотипи.

Одностатеве середовище, в якому перебувають засуджені, характеризується боротьбою за владу, конфліктністю, насильством відносно слабких осіб, а також осіб, які зазнають насильство як примус для досягнення відповідних цілей — приниження, зниження їхнього соціального статусу тощо. Насильство може набувати форми одностатевого зґвалтування перед переведенням жертв насильства до когорти «відторгнутих».

Тривале перебування засуджених у місцях позбавлення волі, розрив позитивних соціальних зв'язків робить їх **самотніми**. Феномен «самотності» характеризується соціально-психологічним станом відсутності соціальних контактів, поведінкової відчуженості та емоційної ізоляції індивіда.

Розрізняють певні типи самотніх:

- «безнадійно самотні» або цілком не задоволені своїми стосунками (люди, які не мали партнера в сексуальному житті);
- рідко встановлювані зв'язки з будь-ким; з сильно властивим почуттям незадоволеності своїми стосунками, спустошеності, залишеності; які звинувачують інших людей у своїй самотності;
- «періодично і тимчасово самотні» (люди, достатньою мірою пов'язані з певною групою, хоча й відчують нестачу в близькій прихильності або не одружені; свою самотність вважають тимчасовою, скороминучою);
- «пасивно і стійко самотні» (відчують відсутність партнера для інтимних зв'язків в умовах дефіциту інших зв'язків, упокорилися своєму становищу і приймають його як неминучість).

На збільшення масштабів самотності засуджених особливий вплив справляють: шлюбно-сімейна динаміка (розлучення); деперсоналізація; індивідуалізм; психічні захворювання (шизофренії), пограничні психічні стани і розвиток аутизму (хворобливої нездатності до спілкування).

Для засуджених, які перебувають в інтенсивному й тісному спілкуванні з іншими людьми в емоційно перевантаженій атмосфері, неминучим є прояв **синдрому «емоційного вигорання»**. Перелік симптомів емоційного вигорання такий: утомля, стомлення, виснаження; психосоматичні нездужання; безсоння, негативне ставлення до оточуючих, до роботи; зловживання хімічними агентами (тютюном, чаєм, алкоголем, наркотиками); відсутність апетиту або, навпаки, переїдання, негативна Я-концепція; агресивні почуття (дратівливість, напруженість, тривожність, занепокоєння, схильність до перезбудження, гнів); занепадницький настрій і пов'язані з ним емоції (цинізм, песимізм, почуття безнадійності, безглуздості, апатія, депресія); переживання почуття провини.

Таким чином, до «групи ризику» щодо інфікування ВІЛ у пенітенціарних закладах можна віднести категорії людей, чий соціальний стан за тими або іншими ознаками не має стабільності, які практично не можуть поодиноці перебороти труднощі, що виникли в їхньому житті; все це в результаті може призвести до втрати ними соціальної значущості, духовності, морального образу, біологічної загибелі. До цієї групи нале-

жать: інваліди, люди з відхиленою (асоціальною, девіантною) поведінкою, особи зі зниженим інтелектом, люди, які зазнали насильства тощо.

Позбавлення волі завжди руйнує раніше утворену систему взаємовідносин між людьми. Потерпаючи від вимушеної ізоляції, засуджений з перших днів свого перебування в пенітенціарній установі починає підшукувати собі друга, товариша, однодумця, людину зі схожою долею та потребами, прагне до «вільного» спілкування. Люди з нетрадиційною сексуальною орієнтацією, традиційною, наркозалежні, хворі на гепатит В, С, туберкульоз, захворювання, що передаються статевим шляхом тощо потрапляють до системи міжособистісних групових стосунків залежно від набутого неформального соціального статусу. В кожній такій групі існують свої правила, цінності, орієнтири, норми та традиції, порушення яких призводить до соціальної ізоляції, бойкоту з боку оточуючих.

Факт примусового утримування і режимні вимоги, багаторазово посилюють ізоляцію людини від позитивного соціального оточення, істотно збіднюють варіативність виборів поведінки, помітно примітивізують систему референтних міжособистісних зв'язків.

Регламентація охоплює всі сфери життя засуджених, що повинно допомогти прищепити їм навички соціально схвалюваної поведінки. Водночас, позбавлені особистісного простору, приватного життя, зокрема й інтимного, засуджені втрачають змогу самоконтролю за власними діями, способами задоволення потреб, в тому числі й статевих.

Правила внутрішнього розпорядку УВП забороняють індивідуалізувати простір. Природне реагування зводиться до пошуку засудженими «квазіприватного простору», де індивід умовно «може залишатися на самоті та де йому забезпечена мінімальна воля дій і ряд прав, якими він не ділиться ні з ким». У цьому випадку наркотики дають змогу засудженому відірватися від реальності, відчувати бажані психічні стани ейфорії, кайфу, що не можливі в умовах «емоційного голоду» в УВП.

В УВП нормою життя для багатьох людей стають замкнутість, відчуженість, які дозволяють уберегтися від небезпечних контактів. Будь-яке

необережне слово, натяк, зауваження можуть викликати неадекватну й агресивну реакцію з боку оточуючих. Товариськість, відкритість, розкутість витісняються з комунікативного досвіду. У той же час тривожність, підозрілість, непевність тільки підсилюють внутрішню напруженість, що проривається назовні у вигляді актів агресії або аутоагресії.

З іншого боку, тотальна регламентація діяльності, побуту, спілкування лише підвищує імовірність порушень, викликає у засуджених стан постійної тривоги й напруги. Очікування можливого покарання для багатьох є нестерпним. У таких умовах неминучі деформації різних сфер психіки особистості засудженого, насамперед — ціннісної. Деякі цінності й потреби втрачають зміст взагалі, значущість інших — гіпертрофується.

Людина, яка до ув'язнення не наносила собі або іншим татуювань, починає це робити в колонії. Татуювання — це знакова система, що дає змогу засудженому продемонструвати своє соціальне становище та ставлення до певних явищ, речей. Людям, які відступили від тюремних правил, татуювання наносять примусово у вигляді міток. І в першому, і в другому випадку нанесення татуювання пов'язане з ризиками зараження крові інфекційною хворобою через нестерильний інструмент.

Таким чином, щоб вижити у мінливому суперечному середовищі, засудженому доводиться поводитися адекватно з точки зору групової психології, що може бути досягнуто через вибір конформної (лат. *conformis* — подібний, відповідний) моделі поведінки. Розрізняють три моделі такої поведінки:

- а) поведінкову (прагнення «бути разом з групою»);
- б) пов'язану зі зміною ставлення або переконання;
- в) пов'язану з виявом конформних властивостей особистості.

Конформізм у цьому контексті розглядають як зміну поведінки або переконань під впливом реального чи уявного тиску групи, а на особистісному рівні — виявляється як конформність, тобто тенденція допускати вплив на власні думки, ставлення, дії і навіть сприймання усталених оцінок, норм, канонів. Конформізм визначає пасивне, пристосовницьке прийняття готових стандартів поведінки, безапеляційне визнання існу-

ючих порядків, норм і правил, безумовне схиляння перед «авторитетами», а також різновид соціального впливу, соціальної дії, наслідком якої стає потреба та прагнення відповідати нормам суспільної поведінки.

Таким чином, соціальний конформізм слугує одним з ключових факторів адаптації особистості до соціальної системи, у тому числі її адаптації до умов різкої зміни життєвої ситуації, адаптації особистості в умовах різкої зміни соціального і культурного оточення. У боротьбі за виживання він стає специфічним регулятором процесу соціальної адаптації до нових умов соціокультурного середовища, що дає змогу особистості змінюватися відповідно до змін цього середовища, ще одна з його функцій — звільнення засудженого від самотності та відчуження.

Конформна поведінка характеризується прийняттям запропонованих норм мислення, поведінки, орієнтування індивіда на включення у життєдіяльність соціальних спільнот навіть всупереч власним інтересам та здоров'ю.

Неформальне спілкування представників груп між собою, в закритих колективах, щоденний тісний, хоча нерідко і конфронтаційний за своїм характером контакт кожного з кожним — норма життя у середовищі ув'язнених, зумовлена феноменом постійної публічності.

Несприятлива ситуація в УВП, пов'язана з поширенням ВІЛ-інфекції, стає дедалі загрозливішою через з високу захворюваність засуджених на туберкульоз та гепатит В і С.

Таким чином, небезпека зараження ВІЛ-інфекцією в УВП пов'язана з: методами введення ін'єкційних наркотиків; способом життя засуджених, значною скупченістю людей; кримінальними законами та традиціями, за якими вони живуть; феноменом самотності; насиллям та стратифікацією; обмеженістю можливостей більшості засуджених.

2.7. Особливості поведінки та психології ув'язнених у контексті ВІЛ/СНІДУ

Іноді ВІЛ-інфекцію помилково розглядають як винятково медичну проблему. Тим часом, навіть за відсутності симптомів хвороби,

ВІЛ-інфекція часто приводить до проблем, що впливають на якість життя, на ставлення людини до себе й оточуючих.

У той момент, коли у людини підтверджується ВІЛ-позитивний статус, вона зазвичай переживає *сильний шок*. Згодом перед нею постає питання: як складеться її подальше життя, скільки воно триватиме і як це все відіб'ється на близьких людях? У кожної людини є те, що їй не хотілося б повідомляти стороннім, те, що є частиною її особистого життя. Для людей з ВІЛ-інфекцією такою таємницею, зазвичай, є їх діагноз. Навіть за відсутності явних труднощів необхідність приховувати свій ВІЛ-статус й очікування прояву негативного ставлення навколишніх погіршують емоційне самопочуття людини та породжують різного роду страхи.

Людині буває складно зрозуміти, що саме повинно змінитися в її житті з одержанням діагнозу. Насамперед, вона переглядає своє ставлення до смерті. Як правило, до оголошення діагнозу люди не замислюються над тим, що їхнє життя може незабаром перерватися. Також змінюється ставлення до власного здоров'я, до створення родини й до уявлення про майбутнє в цілому.

Люди з ВІЛ-інфекцією часто стикаються з нездатністю довгострокового планування свого життя. При встановленні діагнозу їм видається, ніби, тепер їхнє життя обмежене, що вони незабаром помруть, не доживуть до старості. Відтак, деякі ВІЛ-позитивні люди нічого не планують, живуть одним днем. Інші, навпаки, намагаються виразніше визначити власні життєві плани.

Це означає, що не існує однакової або типової реакції на діагноз «ВІЛ-інфекція» — усі сприймають його по-різному. Нерідко людина спочатку не вірить своєму діагнозу. Багатьох охоплюють гнів, пригніченість, розпач, страх за себе або близьких. Деякі в перший момент думають про самогубство. Інші, навпаки, абсолютно спокійні. Є засуджені, які намагаються знайти переваги в цьому новому для них статусі, про який вони повідомляють оточуючим.

Якою б не була реакція людини на діагноз, розвиток ВІЛ-інфекції призводить з часом до появи у неї різних захворювань: дифузійної ен-

цефалопатії, менінгіту, менінгіальної і церебральної лімфоми, церебральної геморагії тощо.

Симптоми хвороби самі по собі є важким випробуванням для людини, але, крім цього, багато хто боїться неможливості повернення до безсимптомної стадії інфекції й того, що відтепер їхнє життя буде пов'язане тільки з постійними болями, ліками й лікарнею.

Більшість людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією, — це молоді люди, які не мали раніше досвіду довгострокового лікування й щоденного прийому лікарських препаратів. Деяких з них лякає думка про нездатність імунної системи самостійно боротися з вірусом, інших — складність прийому й можливість появи побічних проявів лікування.

Важлива психологічна проблема, з якою можуть зіткнутися ВІЛ-позитивні, хворі СНІДом, — це *соціальна ізоляція*. У них часто розпадаються родини, від них відмовляються родичі та друзі. Навіть у медичній частині вони почувають «стіну» між собою й навколишніми: персонал УВП, лікарі й медичний персонал розмовляють з ними «на відстані простягнутої руки», намагаються до них не доторкатися, іноді відверто виражають свою огидливість, відмовляються виконувати необхідні медичні маніпуляції.

У ВІЛ-позитивних людей звужується коло спілкування, виникають постійна сонливість (летаргія), головні болі, депресія, тривога. Часто саме з приводу депресивних порушень інфіковані звертаються до лікаря установи, де у них і виявляють ознаки ВІЛ/СНІДу. Тривога супроводжується панікою, ідеями самозвинувачення або почуттям безвихідності, печалі, суму, безпорадності, провини, соціальної ізоляції й гніву.

ВІЛ-позитивна людина стикається, як правило, відразу з кількома проблемами й не бачить виходу з ситуації, що склалася. У такому стані їй складно розібратися навіть у власних почуттях і бажаннях.

Хоча у багатьох країнах діють закони, що захищають людей з ВІЛ/СНІДом, однак на практиці вони далеко не завжди виконуються. Це викликає у інфікованих негативну реакцію, зумовлює розвиток реактивних психічних розладів і може обумовлювати здійснення ними різних асоці-

альних вчинків. Крім того, психологічні та соціальні проблеми надзвичайно ускладнюють життя ВІЛ-позитивних та підвищують ризик суїциду.

Навчитися жити з ВІЛ-інфекцією — складне завдання, воно вимагає чимало часу й зусиль. ВІЛ-позитивна людина має усвідомити, що ВІЛ-інфекція може змінити стосунки з іншими людьми. Ці стосунки можуть залишитися колишніми, погіршитися або навіть покращитися. Життя з будь-яким хронічним захворюванням тісно пов'язане з соціальним становищем людини. Наявність ВІЛ-інфекції не означає, що потреби в соціальній сфері стають менше. Навпаки, криза у зв'язку з ВІЛ-інфекцією може спонукати людину знайти нові цілі в соціальному житті. Однак дискримінація, пов'язана з ВІЛ-інфекцією, обмежує можливості людей і призводить до їхньої соціальної вразливості.

Людям, що зіткнулися з проблемами ВІЛ-інфікування, буває складно впоратися з цим поодиночі. У деяких ситуаціях необхідна підтримка, досвід і допомога інших людей, надання інформації й підтримки з боку кваліфікованих фахівців. На жаль, ресурси для більшості ВІЛ-позитивних досить обмежені. Спеціалізованих служб підтримки мало. В умовах дискримінації й нерозуміння з боку оточуючих, а також через відсутність служб підтримки, одним з основних ресурсів допомоги для людей з ВІЛ-інфекцією є взаємодопомога — підтримка з боку людей, які опинилися в подібній ситуації. Прагнення допомогти іншим ВІЛ-позитивним може бути однією з перших потреб людини, навіть якщо вона лише нещодавно дізналася про свій діагноз.

Розділ III

ПРОФІЛАКТИКА ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

3.1. Профілактика ВІЛ-інфекції

як один з шляхів реалізації права на здоров'я

Зарубіжний досвід переконує, що найвагоміших результатів у галузі профілактики поширення ВІЛ-інфекції домоглися ті країни, лідери яких продемонстрували політичну волю та відданість справі боротьби з епідемією, та де були реалізовані три ключові принципи координації:

- 1) єдина національна стратегія/програма дій;
- 2) єдиний координуючий орган високого рівня з широкими міжсекторальними повноваженнями;
- 3) єдина національна система моніторингу і оцінювання ефективності діяльності.

Здійснення профілактики ВІЛ-інфекції можливе шляхом реалізації заходів профілактичного, лікувально-діагностичного та соціально-психологічного, нормативно-правового забезпечення та управлінсько-розпорядчого спрямування.

До профілактичних заходів слід віднести:

- масштабну первинну профілактику ВІЛ-інфекції серед населення шляхом проведення інформаційно-просвітницьких кампаній з активним залученням засобів масової інформації;
- проведення серед молоді просвітницької роботи щодо запобігання ВІЛ-інфекції/СНІДу, пропаганди та впровадження здорового способу життя;
- заходи, спрямовані на представників уразливих верств населення, зокрема споживачів ін'єкційних наркотиків, безпритульних, дітей-сиріт, дітей вулиці, неповнолітніх, які перебувають в УВП та у спеціалізованих закладах, дітей та підлітків, з сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах, звільнених з місць позбавлення волі, працівників комерційного сексу, чоловіків, що мають секс з чоловіками, мігрантів та інших;

- програму профілактики ВІЛ-інфекції на робочих місцях, передусім серед медичних працівників, співробітників силових міністерств та відомств, з широким залученням органів місцевого самоврядування, роботодавців, професійних спілок, представників бізнесу;
- удосконалення служби крові та безпеки донорства;
- запобігання передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини та систему моніторингу.

Лікувально-діагностичні заходи та заходи соціально-психологічної допомоги передбачають забезпечення:

- консультування та безкоштовного тестування на ВІЛ-інфекцію для всього населення та представників уразливих груп;
- безперервної та доступної антиретровірусної терапії;
- замісної підтримуючої терапії та реабілітаційних програм для СНІВ, передусім ВІЛ-інфікованих;
- якісного медичного супроводу ЛЖВ, лікування опортуністичних інфекцій, супутніх захворювань, ускладнень та організація паліативної допомоги;
- належного догляду та підтримки особам, ураженим епідемією, шляхом надання пакету соціальних послуг.

Заходи нормативно-правового забезпечення та управлінсько-розпорядчого спрямування полягають в:

- удосконаленні законодавчого забезпечення боротьби з соціально небезпечними хворобами;
- створенні єдиної системи моніторингу протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та оцінювання ефективності заходів на національному та регіональному рівнях;
- впровадженні механізмів залучення громадських та благодійних організацій до надання соціальних послуг;
- удосконаленні матеріально-технічної бази та кадрового забезпечення шляхом зміцнення наявної спеціалізованої інфраструктури та поступовим впровадженням децентралізації медичних послуг;

- створенні умов для випуску антиретровірусних препаратів вітчизняного виробництва;
- забезпеченні наукового супроводу для отримання науково обґрунтованого аналізу та підвищення ефективності даної програми;
- впровадженні на до- та післядипломному рівнях освіти заходів з підготовки фахівців та спеціалістів з питань ВІЛ/СНІДу.

Громадяни України, які є ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД, користуються всіма правами і свободами, передбаченими Конституцією та законами України, а також іншими нормативно-правовими актами України. Згідно із Законом України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» ВІЛ-позитивні мають право на:

- медичний огляд на предмет наявності ВІЛ-інфекції (доступність обстежень на ВІЛ-інфекцію (ст. 8); цей огляд проводять безкоштовно та анонімно, в умовах пенітенціарної системи тестування проводять на базах центрів СНІДу; результати проведення тестування на ВІЛ-інфекцію конфіденційні та становлять лікарську таємницю, інформація про результати обстежень може бути надана лише законним представникам закладів охорони здоров'я, слідства, дізнання та суду);
- всіх ВІЛ-позитивних попереджають стосовно необхідності дотримання поведінки, яка б запобігала поширенню інфекції, а також про кримінальну відповідальність за свідоме поставлення в небезпеку зараження або зараження іншої особи (ст. 9);
- факт отримання інформації про наявність ВІЛ-інфекції засвідчується письмово (ст. 14);
- ВІЛ-інфіковані мають право на відшкодування збитків, пов'язаних з обмеженням їх прав, які мали місце при розголошенні інформації (ст. 17);
- безоплатне забезпечення ліками, необхідними для лікування будь-якого наявного захворювання, засобами особистої гігієни та психосоціальною підтримкою (ст. 17);
- соціальний захист — пенсії, допомогу на інфікованих дітей, отримання консультативної допомоги (ст. 24);

- проведення фото, відео, кінозйомок, випробовування медичних засобів, участь у навчальному процесі — за їх згодою (ст. 17).
Окрім прав, ВІЛ-інфіковані мають певні обов'язки:
- відмовитися від донорства крові та інших біологічних рідин;
- повідомити осіб, з якими були в сексуальному контакті, стосовно можливості зараження;
- вживати заходів щодо запобігання поширення ВІЛ-інфекції.

3.2.Профілактика ВІЛ-інфекції серед співробітників установ виконання покарань

Основним напрямом профілактики ВІЛ/СНІДу в пенітенціарній системі була і залишається стратегія запобігання зараженню серед персоналу УВП під час виконання ними своїх професійних обов'язків та захисту медичних працівників від інфікування.

Універсальні запобіжні заходи — це заходи інфекційного контролю, рекомендовані для зниження ризику передачі інфекційних збудників між ув'язненими та працівниками силових структур, а також між пацієнтами і медичними працівниками через контакт з кров'ю та іншими біологічними рідинами.

Беручи до уваги неможливість виявлення всіх людей, інфікованих збудниками, що передаються з кров'ю, основним принципом профілактики є наступний: з усіма людьми необхідно поводитися так, начебто вони заражені інфекціями, що передаються з кров'ю.

Виконання універсальних запобіжних заходів передбачає, що варто ставитися до будь-якого контакту з кров'ю й іншими біологічними рідинами, як до небезпечного, і вживати належних заходів захисту, а не покладатися на власну інтуїцію щодо віднесення того чи іншого ув'язненого (засудженого) або ж пацієнта до групи «високого ризику».

До контактів, пов'язаних з ризиком інфікування ВІЛ на робочому місці (чи небезпечним контактом), належать:

- ушкодження шкіри інструментом, що міг бути інфікований (наприклад, укол голкою чи поріз гострим інструментом);
- зіткнення слизових оболонок або ушкоджених шкірних покривів з тканинами, кров'ю й іншими біологічними рідинами;
- тривале (кілька хвилин і більше) або велике за площею зіткнення неушкодженої шкіри з тканинами, кров'ю й іншими біологічними рідинами.

Необхідно дотримуватися універсальних запобіжних заходів при контакті на робочому місці з кров'ю й іншими біологічними рідинами при контакті з якими були зареєстровані випадки інфікування ВІЛ: сперма; вагінальні виділення; будь-які рідини з видимою домішкою крові; культури або середовища, що містять ВІЛ-інфекцію.

Універсальні запобіжні заходи не застосовують при контакті з: каловими масами; виділеннями з носа; мокротинням; потом; сльозами; сечею; блювотними масами; слиною (за винятком стоматологічних маніпуляцій, під час яких до слини часто потрапляє кров).

Рекомендації щодо зниження ризику інфікування ВІЛ полягають у тому, що необхідно уникати:

- випадкових травм голками або іншими гострими інструментами;
- контакту слизової ротової порожнини, очей чи носа, ушкоджених ділянок шкіри (порізи, подряпини, дерматит, вугрі) з кров'ю та іншими біологічними рідинами.

Необхідно дотримуватися техніки безпеки під час виконання професійних обов'язків, використовувати на робочому місці різні засоби захисту і захисні пристосування:

- використовувати пристосування, за допомогою яких можна ізолювати предмети (герметичні контейнери для гострих інструментів);
- удосконалити правила техніки безпеки для співробітників УВП та медичних працівників.

*Адміністрація УВП зобов'язана забезпечити своїх працівників **індивідуальними засобами захисту**, які повинні зберігатися в легкодоступному місці та надаватися безкоштовно:*

1. Гумові рукавички: важливо, щоб співробітники УВП та медичний персонал завжди надягали рукавички перед контактом з кров'ю або з іншими потенційно небезпечними біологічними рідинами чи забрудненими ними поверхнями. Не можна повторно використовувати одноразові рукавички.
2. Халати, захисний одяг для персоналу лабораторії.
3. Захисні екрани для обличчя, маски, захисні окуляри для очей. Надягайте захисні екрани, що закривають обличчя до підборіддя, чи маски разом із захисними окулярами для очей з бічними щитками у всіх випадках, коли існує небезпека появи брызжок крові й інших потенційно небезпечних біологічних рідин під час контакту з ув'язненими (засудженими) чи під час виконання медичних маніпуляцій.

Роль адміністративних працівників полягає у забезпеченні дотримання універсальних запобіжних заходів:

1. Усвідомлення персоналом необхідності дотримання універсальних запобіжних заходів (регулярні інструктажі з охорони праці).
2. Зниження кількості інвазивних маніпуляцій.
3. Забезпечення медичної установи необхідним устаткуванням (одноразові шприци та системи для інфузій, дезінфектанти і контейнери для медичних інструментів, що колють і ріжуть).
4. Розробити інструкції та стандарти, прийнятні для умов конкретної УВП.
5. Для немедичного персоналу УВП необхідно дотримуватись безпечних правил проведення обшуку, використовувати гумові та шкіряні рукавиці.

Найбільш небезпечними в плані інфікування є проведення обшуку, робота з агресивними особами, особами, які навмисно себе поранили, чи у випадку пролиття крові (спроби самогубства, бійки тощо).

Приховані гострі предмети, які можна знайти у заарештованих чи засуджених (леза для гоління, шпильки та голки, інструментарій для ін'єкцій), можуть стати чинниками поранення шкіри або слизових оболонок.

Головним ризиком інфікування персоналу, що проводить обшук, є укол голкою або іншим гострим предметом.

Під час проведення обшуку співробітник має керуватися наступними принципами:

1. Заклеїти пластирем усі порізи та садна на шкірі.
2. На час обшуку обов'язково вдягати шкіряні рукавички.
3. Одягати додатково гумові рукавички у разі, якщо існує можливість контакту з кров'ю або іншими біологічними рідинами та субстанціями іншої людини.
4. Якщо можна, «використовувати очі, а не руки», тобто дивитися, але не торкатися. Наприклад, коли під столом приклеєний якийсь предмет, то спочатку його потрібно уважно роздивитися і лише потім торкатися руками.
5. Особливо обережно слід перевіряти одяг. Там, де це можливо, запропонувати ув'язненому самому звільнити свої кишені й показати білизну. Запропонувати ув'язненому своїми руками промацати свій одяг.
6. Усі вилучені речі, в першу чергу гострі, з ознаками забруднення кров'ю необхідно з усіма належними пересторогами помістити в контейнер для подальшої утилізації. Бажано, щоб зазначені предмети складав у контейнер сам ув'язнений. Заборонено використовувати у якості контейнера поліетиленовий пакет.

У випадку акту насильства ризик інфікування може виникнути під час ударів, укусів, уколів гострими предметами. Тому важливо, щоб працівники УВП, які мають справу з актами насильства та обшуком, захищали себе за допомогою таких заходів перестороги:

1. Необхідно завчасно оцінити можливість ризику.
2. У разі виникнення ситуації, що призвела до конфлікту, покликати на допомогу.
3. Використати спеціальні засоби та спорядження для контролю та запобігання насильству.
4. Уникати контакту з кров'ю та біологічними рідинами ув'язнених.

5. У разі розлиття крові потерпілого під час насильницьких дій, спроби самогубства тощо, ізолювати місце розлиття з подальшим його дезінфікуванням та прибиранням.

В УВП однією зі складових цілісного підходу до профілактики інфікування на робочому місці збудниками, що передаються з кров'ю, повинна бути **постконтактна профілактика (ПКП)**.

ПКП — це короткостроковий курс антиретровірусних препаратів для зниження імовірності розвитку ВІЛ-інфекції після контакту з біологічними рідинами, сполученого з ризиком інфікування ВІЛ (що відбулося на робочому місці, при уколi голкою тощо).

ПКП необхідно також проводити особам, що вколюлися (чи були вколоті) голкою не на робочому місці (наприклад, жертвам насильства). ПКП необхідно також проводити жертвам сексуального насильства, якщо мав місце статевий контакт.

Показання до проведення ПКП:

- ушкодження шкіри гострим предметом (укол голкою, поріз гострим краєм голки або уламком скла), забрудненим кров'ю, рідиною з видимою домішкою крові або іншим потенційно інфікованим матеріалом або голкою з вени чи артерії хворого;
- укуси співробітника УВП чи медичного працівника з ушкодженням шкіри ВІЛ-інфікованим пацієнтом, у якого є кровотеча в роті;
- потрапляння бризок крові, рідини з видимою домішкою крові або іншого потенційно інфікованого матеріалу на слизові оболонки (рот, ніс, очі);
- потрапляння бризок крові, рідини з видимою домішкою крові або іншого потенційно інфікованого матеріалу на ушкоджену шкіру (наприклад, при наявності дерматиту, ушкодженої шкіри чи відкритої рани).

Заходи після контакту з ВІЛ-інфекцією на робочому місці:

- відразу після контакту з кров'ю необхідно промити забруднені ділянки шкіри (у тому числі ушкоджені) водою з милом, а забруднені слизові оболонки промити чистою водою;
- оцінити ризик інфікування ВІЛ, пов'язаний з контактом;

- ПКП ВІЛ-інфекції повинна проводитися після контакту з біологічними рідинами ВІЛ-інфікованої людини (чи людини з високою імовірністю наявності ВІЛ-інфекції);
- провести обстеження особи, з біологічними рідинами якої відбувся небезпечний контакт, на ВІЛ-інфекцію (тільки після проведення консультування та одержання інформованої згоди);
- обстеження на ВІЛ-інфекцію постраждалого медичного працівника слід проводити тільки після одержання інформованої згоди;
- підготувати звіт про випадок небезпечного контакту з ВІЛ-інфекцією.

3.3.Профілактика ВІЛ-інфекції серед ув'язнених та засуджених

Дані досліджень, що проводилися у 2004–2008 рр., свідчать, що кожен десятий, а в установах східних та південних регіонів кожен п'ятий, засуджений є носієм ВІЛ-інфекції. Тому в УВП та СІЗО досить високим є ризик зараження ВІЛ-інфекцією при нанесенні татуювань, спільному користуванні інструментів для гоління та інших засобів особистої гігієни, ін'єкційному введенні наркотичних та медичних засобів, гомосексуальних зв'язках.

Експерти ВООЗ визначили наступні принципи поведінки, спрямовані на те, щоб не інфікуватися ВІЛ:

1. Ставитися до кожної людини незалежно від її статусу як до потенційного носія ВІЛ-інфекції.
2. Усвідомити що будь-яка рідина або субстанція організму ув'язненого може бути потенційно інфікованою;
3. Абсолютно відмовитися від незахищеного сексу;
4. Для інвазивних процедур використовувати лише одноразовий інструментарій або, в разі його відсутності, продезинфікований одним з дезрозчинів;
5. Звести до мінімуму ймовірність поранень шкіри, попадання крові іншої людини на відкриті поверхні поранення вашої шкіри чи слизових оболонок.

Поширення ВІЛ-інфекції серед засуджених відбувається внаслідок:

- незахищених статевих (особливо гомосексуальних) актів, коли бракує презервативів;
- користування чужим забрудненим інструментарієм (шприци тощо), що використовується для ін'єкційного введення наркотиків;
- користування забрудненими лезами для гоління або голками для татуювання.

Основою впровадження профілактичних програм в УВП є визнання факту вживання наркотиків та ризикованої сексуальної поведінки серед засуджених.

Як свідчать дослідження, практично в усіх УВП ув'язнені мають доступ до наркотиків та вживають їх. Гострий дефіцит інструментарію сприяє тому, що той самий шприц використовують кілька засуджених одночасно, що створює небезпеку поширення інфекційних хвороб.

Для профілактики ВІЛ-інфекції, ЗПСШ та інших інфекцій серед ув'язнених необхідно використовувати ті ж методи зменшення шкоди, які традиційно працюють серед СІН поза тюремними стінами: навчання з питань ВІЛ/СНІДу та менш ризикованої поведінки, як професіоналами, так і рівними з числа ув'язнених; консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію; надання стерильного інструментарію та презервативів; забезпечення дезінфікуючими засобами; замісна терапія; сучасне лікування, підтримка та догляд ВІЛ-інфікованих.

За кордоном накопичено позитивний досвід профілактики поширення ВІЛ-інфекції у місцях позбавлення волі. Так, у 1994 р. уряд Швейцарії відкрив програму роздачі стерильного ін'єкційного інструментарію в жіночій колонії у м. Хіндельбанку. Програма оцінювалася щороку і продемонструвала позитивні результати: не було зареєстровано нових випадків ВІЛ-інфекції або гепатитів; знизився рівень спільного використання інструментарію; голки не використовувалися як зброя й, що дуже важливо, рівень вживання наркотиків не зріс. Спостереження щодо того, що рівень вживання наркотиків не зріс, співпадає з оцінками, які продемонстрували, що програми обміну голок поза в'язницями не призводять до росту споживання наркотиків.

Інший ефективний метод для профілактики ін'єкційного шляху передачі ВІЛ-інфекції у в'язницях — замісна терапія метадоном. Така інтервенція доступна ув'язненим у Канаді, США та у країнах Західної Європи. Її одержують ті люди, яким вона була призначена ще до вироку суду й у цілому вважається звичайним медичним лікуванням, еквівалентом медичної допомоги, яка надавалася на волі.

3.4. Замісна терапія як один із засобів профілактики ВІЛ-інфекції серед наркозалежних. Інші види лікування наркотичної залежності

З середини 1980-х рр. — як альтернатива безуспішній «війні з наркотиками» — у всьому світі стала популярною нова концепція, що одержала назву «зменшення шкоди». В основі цієї філософії лежить ідея, що люди тим чи іншим способом схильні задовольняти свої потреби, внутрішні спонукання та вирішувати проблеми, використовуючи індивідуальні механізми адаптації.

Вживання наркотиків у цьому контексті є інструментом особистісного пристосування до навколишнього світу. Категорії «погано/добре», «правильно/не правильно» є оцінювальними й жодною мірою не відбивають всієї глибини індивідуального вибору відносно наркотиків.

Наслідки вживання наркотиків стосуються таких аспектів життя, як стан здоров'я, взаємини з іншими членами суспільства, професійна діяльність, дотримання законів тощо. Суспільство може й повинне спрямувати увагу на наслідки тієї поведінки, яку обрала людина, щоб зменшити персональний і соціальний ризик та збитки, що виникають в результаті вживання наркотиків.

Основними принципами зменшення шкоди є:

1. Немедичне використання психоактивних засобів — неминуче явище у будь-якому середовищі осіб, які мають до них доступ. Політика щодо боротьби з наркотичною залежністю не повинна базуватися на утопічній ідеї про те, що немедичне вживання наркотиків можна припинити.

2. Немедичне вживання наркотиків неминуче призводить до соціальної та індивідуальної шкоди. Політика відносно наркотиків не повинна базуватися на утопічній ідеї про те, що всі споживачі наркотиків будуть завжди вживати наркотики менш небезпечним способом.
3. Політика відносно наркотиків повинна бути прагматичною. Вона повинна оцінюватися на основі актуальних наслідків, а не на символічно правильних чи неправильних посиланнях (ідеях).
4. Споживачі наркотиків — інтегральна частина суспільства. Для захисту здоров'я всього суспільства необхідний захист здоров'я споживачів наркотиків, а для цього потрібно інтегрувати споживачів у суспільство, а не намагатися ізолюватися від них.
5. Вживання наркотиків завдає індивідуальної та соціальної шкоди через різні механізми, а тому програми впливу необхідно реалізовувати за різними по змісту напрямками: програми оздоровлення (зокрема, лікування наркозалежності) для нинішніх споживачів наркотиків; зниження числа осіб, схильних до вживання; допомога споживачам перейти на менш небезпечні способи прийому наркотиків.

Прикладом можуть слугувати програми зменшення шкоди, запропоновані Канадським центром вивчення проблем зловживання наркотичними речовинами. Методи роботи цих програм ґрунтуються на прийнятті того, що на даний момент клієнт має намір продовжувати вживання наркотиків. До споживача наркотиків ставляться з повагою, як до будь-якого повноправного члена суспільства. Таке ставлення передбачає те, що споживач наркотиків буде поводитися у межах чинного законодавства. Крім того, ставлення програм зменшення шкоди до довгострокових цілей лікування є нейтральним. Участь у таких програмах може стати вирішальним кроком на шляху скорочення і навіть припинення вживання наркотиків.

Напрями діяльності програм зменшення шкоди можуть включати:

- проведення вуличної роботи (аутріч) за принципом «рівні навчають рівних»;

- організація обміну використаного інструментарію на новий з роздачею презервативів, засобів для дезінфекції;
- створення за допомогою самих клієнтів інформаційних матеріалів (буклети, брошури, листівки) та їх поширення;
- телефон довіри для осіб, що вживають наркотики;
- консультування й тестування на ВІЛ-інфекцію, вірусні гепатити і ЗПСШ;
- тренінги з СН стосовно формування навичок надання першої допомоги у випадку передозування наркотиками;
- консультації психолога та інших медичних фахівців;
- проведення замісної підтримувальної терапії (метадоном, бупренорфіном або іншими замінниками);
- створення бази даних медичних установ і служб допомоги та направлення клієнтів у програми з лікування наркотичної залежності тощо;
- організація груп самопомоги;
- відкриття спеціальних приміщень для проведення безпечних ін'єкцій;
- працевлаштування клієнтів.

Зменшення шкоди — це політика, стратегії та заходи, спрямовані на обмеження або зниження природи й ступеня поширення шкідливих наслідків:

- для здоров'я: зниження поширення ВІЛ-інфекції й інших інфекційних хвороб;
- соціальних: зниження соціальних витрат у зв'язку з широким поширенням незаконних наркотиків тощо;
- економічних: зниження витрат на лікування людей з ВІЛ/СНІДом;
- правових: включаючи тюремне ув'язнення споживачів наркотиків при відсутності адекватної терапії наркотичної залежності у в'язницях;
- інших наслідків, які можуть виникати в результаті вживання наркотиків.

Цей підхід ґрунтується на визнанні того, що не існує програм, вплив яких міг би повністю зупинити вживання наркотиків або вирішити проблеми, пов'язані з цим вживанням, у жодному місті, житловому співтоваристві або в країні.

До роботи зі зменшення шкоди повинні бути залучені різні групи (співробітники наркологічних служб, працівники аутріч і самі споживачі наркотиків), роботу необхідно проводити за різними напрямками: від кампаній з профілактики вживання наркотиків до консультування на індивідуальному рівні.

Найбільш ризикованою практикою відносно інфікування ВІЛ є практика обміну ін'єкційним інструментарієм між СІН. З метою зниження ризику застосовується використання індивідуального ін'єкційного обладнання, впроваджуються **програми обміну шприців**.

Забезпечення достовірної інформації й індивідуальної роботи з СІН може сприяти зниженню кількості випадків використання чужого ін'єкційного інструментарію.

У випадках, коли СІН не припиняють використовувати чужий інструментарій, стерилізація шприців та голок може сприяти зниженню поширення ВІЛ-інфекції. З цією метою можна застосовувати наступні методи: кип'ятіння голок і шприців, промивання в хлорному розчині або дезінфектантах.

Програми обміну шприців, тобто обмін використаних шприців на нові, здійснюються на базі якогось закладу (стаціонарні пункти), на транспортних засобах (мобільні пункти) або вуличними працівниками (польова робота).

Стаціонарні програми можуть бути відкриті як у недержавних, так і у державних установах. Останнє характерне для пострадянських країн, де пункти обміну в деяких містах були відкриті на базі центрів СНІДу або наркологічних диспансерів. Пункт обміну інструментарієм є місцем доступу до цільової групи, тому його робота будується таким чином, щоб залучити до програми якнайбільше клієнтів. Окрім нових шприців, клієнти також мають можливість отримати консультації у спеціалістів та літературу.

Важливий аспект діяльності пунктів обміну шприців/голок — не тільки збір, а й утилізація зданого на обмін використаного інструментарію.

Вулична робота (аутріч — від англ. outreach) спрямована на встановлення контакту з СІН, залучення їх до послуг програми, створення

довірчих відносин між співробітниками програми та СІН, поширення інформаційних матеріалів і, у деяких випадках, забезпечення клієнтів стерильним інструментарієм та презервативами. Робота на вулицях, тобто в тих місцях, де має місце продаж і/або вживання наркотиків, здійснюється або активними, або колишніми споживачами наркотиків, базуючись на підході «рівний навчає рівних».

Провідним компонентом вуличної роботи з СІН є поширення інформації (як друкованої, так і вербальної), тому в кожному проєкті особлива увага приділяється питанню якості інформаційних продуктів. Традиційно тексти буклетів, які створюються в проєктах, містять у собі рекомендації щодо підтримки здоров'я, а також інформацію, де і як можна отримати медичну допомогу.

Лікування наркотичної залежності — ефективна стратегія профілактики хвороб серед СІН і зниження рівня смертності, асоційованої з вживанням наркотиків. Популярною методикою лікування в країнах Заходу є **замісна або підтримуюча терапія**, вперше випробувана у США в 1964 р. Ідея полягає в тому, що опіатну залежність можна тримати під контролем, призначаючи (під ретельним спостереженням) препарати, що дублюють дію наркотиків. У цьому випадку наркозалежній людині не доводиться шукати та вживати нелегальні наркотики, а можна повноцінно жити й працювати.

Комітет ВООЗ з проблем наркотичної залежності в 1995 р. дав таке визначення для замісної терапії: «Для досягнення певних терапевтичних цілей, зазвичай поліпшення стану здоров'я та благополуччя, людям, залежним від психоактивних речовин, призначають психоактивний засіб, фармакологічно схожий з тим, що викликає залежність».

Метадон став першим препаратом, який почали використовувати для цих цілей. Правильно підібрана доза (для Метадону від 60 до 120 мг/день), що приймається у вигляді розчину або у таблетованій формі один раз на день, дозволяє наркозалежній особі вести повноцінне життя (робота, родина, соціальна активність). Доведено, що замісна терапія як метод ресоціалізації пацієнта ефективно поліпшує стан соматич-

ного та психічного здоров'я, усуває необхідність у прийомі ін'єкційних наркотиків, і запобігає виникненню інфекційних ускладнень.

Поряд з традиційною моделлю замісної терапії метадонам у багатьох країнах існують програми, де використовують бупренорфін, який має більш тривалий фармакологічний ефект (призначається один раз на дві-три доби).

Профілактика передозувань — одна з важливих тем, що завжди виникає при роботі з наркозалежними особами. Активне проникнення героїну на наркоринок та заміщення ним кустарних опіатів ставить на порядок денний проблему запобігання загрозливих для життя ускладнень, зумовлених його вживанням. Як свідчить статистика, кількість смертельних передозувань за останні роки стрімко зростає, тому державні та неурядові організації повинні приділяти особливу увагу цій проблемі.

Замісна терапія, яка призначається опіоїднозалежним пацієнтам, істотно знижує ризик виникнення передозування. Використовуючи підхід, що базується на принципах зменшення шкоди, необхідно впроваджувати наступні стратегії:

1. Консультування й навчання СН методом зменшення шкоди (менш небезпечні способи вживання наркотиків, ієрархія ризику та ін.).
2. Навчання СН навичкам ранньої діагностики симптомів гострої інтоксикації (передозування) і способам надання першої медичної допомоги (техніки реанімації).
3. Консультування й інформування пацієнтів відділень детоксикації та реабілітаційних програм, а також ув'язнених перед виходом на волю про феномен толерантності й про небезпеку вживання декількох наркотиків одночасно.
4. Залучення СН до програм замісної терапії.
5. Заохочення свідків передозування викликати швидку допомогу.

У вересні 2000 р. експерти ООН опублікували документ, що визнає головні напрямки профілактики ВІЛ-інфекції серед СН:

- 1) профілактика наркозалежності;

- 2) забезпечення можливості вільного отримання лікування від наркозалежності;
- 3) організація ефективної вуличної роботи для залучення споживачів наркотиків до програм профілактики ВІЛ-інфекції, які допоможуть захистити їх самих, членів їх родин та сексуальних партнерів від зараження ВІЛ-інфекцією і залучити СІН до програм лікування від наркозалежності та до інших лікувальних установ.

При розробці ефективних програм профілактики й лікування ВІЛ-інфекції серед споживачів наркотиків необхідно враховувати інтереси й точку зору самих споживачів наркотиків і представників тих соціальних груп, у яких вони живуть. Подібні програми повинні відповідати реальному стану справ і задовольняти потреби цільової групи, для якої вони створюються. Цього можна досягти, забезпечивши активну участь представників цільової групи в процесі розробки й реалізації програми.

Комплексні програми профілактики ВІЛ-інфекції серед СІН повинні включати: освітню роботу з питань ВІЛ/СНІДу, організацію тренінгів з формування життєвих навичок, роздачу презервативів, добровільне й конфіденційне тестування на ВІЛ-інфекцію, поширення стерильних голів і шприців, засобів для дезінфекції, направлення клієнтів проекту в різні лікувальні програми. Весь комплекс перерахованих заходів повинен проводитися паралельно із заходами щодо профілактики наркоманії, особливо серед молоді.

Численні дослідження, які проводилися протягом останніх 15 років, показують, що комплексні програми зменшення шкоди (аутріч, обмін шприців, консультування з питань ВІЛ/СНІДу, замісна терапія, групи самопомогли) ефективно впливають на ризиковану поведінку СІН, що дає змогу:

- знизити частоту спільного використання ін'єкційного інструментарію;
- створити умови для використання одноразових шприців;
- підвищити використання засобів дезінфекції для очищення інструментарію;

- підвищити частоту використання презервативів при проникаючих сексуальних контактах;
- підвищити кількість звернень СН до програм лікування наркотичної залежності й соціальних служб підтримки;
- приділяти більше уваги питанням власного здоров'я, включаючи тестування на ВІЛ-інфекцію та інші інфекційні захворювання, й тим самим знизити кількість нових випадків ВІЛ-інфекції у суспільстві

3.5. Антиретровірусна терапія як реалізація права на життя та метод профілактики ВІЛ/СНІДу

Люди, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), мають потребу в постійній медичній допомозі. Основним компонентом лікування та допомоги при ВІЛ/СНІДі є **антиретровірусна терапія (АРТ)**. Правильно підібрана АРТ збільшує тривалість і підвищує якість життя ЛЖВ, крім того, знижує ризик передачі вірусу іншим людям.

ВООЗ визначає наступні цілі АРТ:

1. Клінічні: подовження життя та покращення його якості.
2. Імунологічні: кількісне і якісне відновлення імунітету для попередження опортуністичних інфекцій.
3. Вірусологічні: максимально можливе придушення вірусного навантаження на максимально тривалий строк з метою уповільнення прогресування хвороби й попередження (або відстрочки) розвитку резистентності вірусу.
4. Епідеміологічні: зниження частоти або попередження подальшої передачі ВІЛ-інфекції.

Призначення та проведення АРТ хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД засуджених і осіб, узятих під варту, здійснюється відповідно до п. 3 наказу Державного департаменту України з питань виконання покарань та МОЗ України від 15 листопада 2005р. № 186/607 «Про організацію антиретровірусної терапії хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД осіб, які утримуються в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах». Цим

наказом затверджено «Інструкцію про організацію антиретровірусної терапії хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД осіб, які утримуються в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах».

Призначають АРТ-терапію лікарі-інфекціоністи закладів охорони здоров'я пенітенціарної служби, які пройшли навчання з питань проведення АРТ, або фахівці обласних (міських) центрів профілактики та боротьби зі СНІДом.

Моніторинг АРТ в УВП здійснюють лікарі закладів охорони здоров'я пенітенціарної служби, які мають спеціалізацію з інфекційних хвороб або терапії та пройшли навчання з питань проведення АРТ. В УВП, у яких відбуваються покарання засуджені жінки, моніторинг АРТ може проводити також лікар-гінеколог, який пройшов навчання з питань проведення АРТ.

Моніторинг АРТ у СІЗО здійснюють фахівці обласних (міських) центрів профілактики та боротьби зі СНІДом.

При виявленні ознак прогресування захворювання у засудженої ВІЛ-інфікованої особи, з метою встановлення діагнозу захворювання та визначення підстав для призначення АРТ її консультує фахівець обласного (міського) центру профілактики та боротьби зі СНІДом. При необхідності засуджену ВІЛ-інфіковану особу (за її згодою) направляють для призначення АРТ до багатoproфільної лікарні пенітенціарної служби, де впроваджено АРТ. У разі, якщо можливість направлення засудженої ВІЛ-інфікованої особи до багатoproфільної лікарні кримінально-виконавчої служби відсутня, АРТ розпочинають в умовах стаціонару медичної частини УВП під наглядом фахівця обласного (міського) центру профілактики та боротьби зі СНІДом.

При надходженні до СІЗО хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД осіб, які до взяття під варту отримували АРТ, начальником медичної частини СІЗО забезпечується термінове отримання антиретровірусних препаратів з обласного (міського) або Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом.

Диспансерний нагляд за хворими на ВІЛ-інфекцію/СНІД проводиться в медичних частинах УВП та СІЗО.

Лікування ВІЛ-інфікованих осіб з I-II клінічними стадіями захворювання проводиться у медичних частинах УВП та СІЗО і за необхідності в багатопрофільних та спеціалізованих лікарнях пенітенціарної служби України, осіб з III-IV клінічними стадіями — у багатопрофільних лікарнях пенітенціарної служби, осіб з активними формами туберкульозу — у туберкульозних лікарнях пенітенціарної служби.

Моніторинг АРТ в УВП здійснюють лікарі закладів охорони здоров'я ДКВС, які мають спеціалізацію з інфекційних хвороб або терапії та пройшли навчання з питань проведення АРТ. В установах виконання покарань, у яких відбувають покарання засуджені жінки, моніторинг АРТ може проводити також лікар-гінеколог, який пройшов навчання з питань проведення АРТ.

Проведення АРТ хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД включає стаціонарний та амбулаторний етапи. Стаціонарний етап проводиться протягом 1-3 місяців в умовах стаціонарів закладів охорони здоров'я пенітенціарної служби. Амбулаторний етап, за рекомендаціями лікарів, проводиться в умовах установ виконання покарань та слідчих ізоляторів.

Для покращення здоров'я ВІЛ-інфікованих людей необхідно максимально зменшити вірусне навантаження на тривалий строк. Головна причина клінічних неудач лікування — невиконання пацієнтами схеми ВААРТ, що призводить до виникнення у ВІЛ-інфекції стійкості до антиретровірусних та інших препаратів. Тому через недотримання схеми лікування не ефективною може виявитися ціла група антиретровірусних препаратів.

Прихильність до терапії означає, що пацієнт: приймає ліки вчасно й у необхідній, призначеній лікарем дозі; дотримується рекомендацій щодо дієти.

Дослідження свідчать, що для досягнення оптимального результату хворий повинен прийняти 90-95% призначених доз, а нижчий рівень прийому препаратів найчастіше пов'язується з невдалим вірусологічним результатом.

Наслідки недосконалого дотримання режиму АРТ

1. Вірусологічні наслідки. Формування резистентних штамів в умовах недостатнього придушення реплікації вірусу.

2. Клінічні наслідки. Порушення режиму АРТ призводить до зниження імунологічної ефективності лікування та росту захворюваності, смертності, частоти стаціонарного лікування ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Визначено *ряд факторів, що впливають на дотримання пацієнтами режиму АРТ*. Знання цих факторів допомагає уважніше ставитися до дотримання режиму лікування найбільш схильними до порушень дисципліни пацієнтами та розробляти заходи щодо підвищення лояльності до АРТ.

1. Фактори ризику з боку пацієнта.

Соціально-демографічні — вік, стать, раса й національність, рівень доходів, освіта, грамотність, житлові умови, наявність доступу до медичної допомоги, наявність факторів ризику ВІЛ-інфекції.

Психосоціальні — депресія й інші психічні розлади, вживання алкоголю та наркотиків, важкі потрясіння, відсутність соціальної підтримки, нездатність чітко описати режим прийому лікарських засобів або зрозуміти зв'язок між дотриманням режиму лікування та стійкістю вірусу до ліків.

2. Фактори ризику, пов'язані з режимом лікування — велика кількість таблеток, складність режиму лікування, гострі та віддалені побічні ефекти.
3. Наявність захворювань: хворі, що перенесли опортуністичні інфекції, прагнуть зберегти здоров'я, тому більше зацікавлені в дотриманні режиму лікування.
4. Взаємини між пацієнтом і медичними працівниками: довіра пацієнта до лікаря й медичного персоналу, думка пацієнта про професіоналізм медичних працівників, прагнення медичних працівників залучити пацієнта до вирішення питань лікування, емоційний бік взаємин (співчуття, відкритість, співробітництво та ін.), доцільність направлення до інших фахівців.
5. Умови надання допомоги. На дотримання режиму лікування можуть впливати умови, у яких пацієнт отримує допомогу: доступність первинної медичної допомоги в будь-який час, наявність спеціальних програм з підвищення лояльності до АРТ, призначення зустрічей у клініці з урахуванням зручності часу для па-

цієнта, дотримання лікарської таємниці, задоволеність пацієнта медичною допомогою в минулому.

Чинники, які допомагають дотримуватися режиму лікування: усвідомлення пацієнтом, що недотримання режиму прийому ліків призводить до формування резистентності вірусу; усвідомлення важливості прийому всіх доз препарату у відведений час; регулярне дотримання графіку відвідувань лікарні; наявність емоційної та практичної підтримки близьких людей та соціальних працівників; здатність пацієнтів включити прийом ліків до режиму свого повсякденного життя.

Лояльність до АРТ на початку лікування залежить від наступних причин: рівень стресу, який відчуває пацієнт, та ефективність його подолання; віра в ефективність призначеного лікування; баланс між перевагою від прийому препарату та наявністю обмежень; соціально-психологічна підтримка.

Підготовка до початку АРТ включає консультування пацієнта та його близьких людей лікарем (медичною сестрою, соціальним працівником, психологом, які підготовлені в питаннях АРТ). При консультуванні необхідно обговорювати наступні питання: мета та механізм дії АРТ, щоденна схема прийому препаратів, правила прийому препаратів (прийом з їжею та іншими медичними препаратами), правила зберігання препаратів, негативні наслідки порушення прийому препаратів та їх дозування, правила та режим отримання препаратів у лікувальному закладі, прийом препаратів, якщо пацієнт працює.

У роботі з пацієнтами, що одержують АРТ, необхідний точний і відносно простий метод оцінювання дотримання режиму АРТ, адже від неї залежить успіх лікування.

Особливості формування лояльності до АРТ серед СІН. Для ВІЛ-інфікованих СІН, яким необхідна АРТ, слід забезпечити доступ до цієї терапії як в аспекті охорони здоров'я, так і в аспекті забезпечення прав людини. Існують фактори, що вимагають особливої уваги до цієї групи населення: СІН є найбільш ураженою ВІЛ-інфекцією групою населення в Україні; швидке розповсюдження ВІЛ-інфекції у середовищі СІН є найважливішим фактором розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні; необхідно забезпечити універсальний та рівноправний доступ до лікування усім, хто

цього потребує, поважаючи право людини на життя; захист найбільш уражених груп населення є водночас захистом всього населення в цілому.

Істотні елементи догляду за хворими на ВІЛ-інфекцією в основному однакові як для СІН, так і для всіх інших людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом.

Активне вживання наркотиків не може бути критерієм відмови СІН у доступі до лікування та догляду. Залучення пацієнта СІН до програм комплексного лікування повинно починатися на базі програм та служб підтримки, які є доступними для СІН. Вони включають: програми зменшення шкоди (ПЗШ); програми допомоги, які формують зв'язки з організаціями місцевих співтовариств, представлених зацікавленими групами і консультантами за принципом соціальної рівноправності; програми замісної підтримуючої терапії (ПЗПТ); реабілітаційні програми для СІН; групи підтримки; соціальні служби.

Активні СІН, які нещодавно дізналися про свій діагноз ВІЛ-інфекції, не завжди готові сприйняти всебічну допомогу. Допомогу слід пропонувати у тому обсязі, в якому пацієнт готовий її прийняти. Починати потрібно з першочергових та найпростіших заходів (наприклад, з лікування та профілактики опортуністичних інфекцій), потім додавати нові види допомоги, в тому числі АРТ.

Можливо, хворому, який зловживає наркотиками або страждає від психічного захворювання, корисно буде почати з лікування у психіатра або нарколога. Протягом 1-2 місяців, потрібних для лікування цих станів, можна обмежитися профілактикою опортуністичних інфекцій за показаннями та симптоматичним лікуванням станів, пов'язаних з відміною наркотиків і детоксикацією або симптомами психічного захворювання. Крім того, в цей період можна поліпшити готовність хворого до АРТ і провести навчання, яке стосується важливості дотримання призначеної схеми.

Дотримання режиму АРТ в УВП. Згідно з чинними регламентуючими документами в умовах УВП видача антиретровірусних препаратів засудженим та особам, узятим під варту, на амбулаторному етапі проводиться з розрахунку на одну добу згідно з призначеною схемою

лікування. З метою формування лояльності медичні працівники, які беруть участь в організації АРТ, проводять консультування засуджених щодо дотримання режиму лікування. Контроль за прийомом антиретровірусних препаратів здійснюється лікарем, відповідальним за передтестове, післятестове консультування з питань ВІЛ-інфекції та організацію і контроль за проведенням АРТ в УВП. За згодою пацієнта до роботи з формування лояльності можуть бути залучені соціальні працівники та консультанти ВІЛ-сервісних НУО.

На сьогоднішній день надання медичної допомоги ув'язненим та засудженим хворим на ВІЛ/СНІДом, які утримуються в УВП ДКВС України, здійснюється сумісно із МОЗ та ін. зацікавленими міністерствами та відомствами, її можна представити наступним чином (рисунок 3.1).

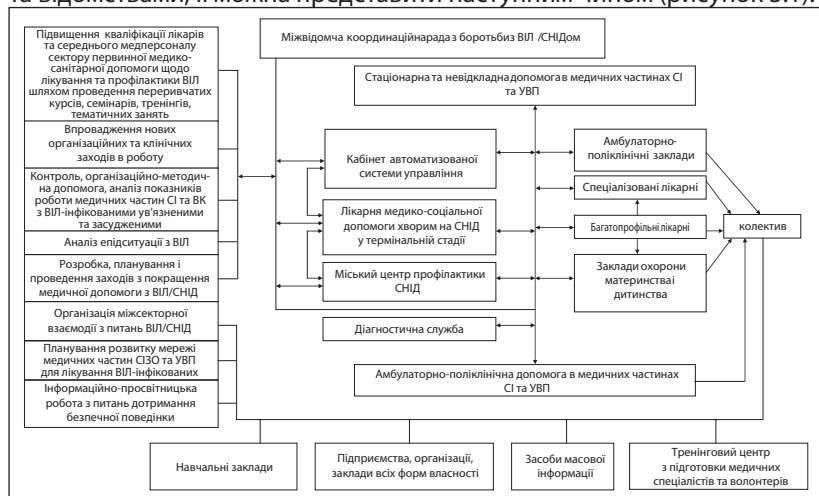


Рисунок 3.1. Організація надання медичної допомоги ув'язненим та засудженим хворим на ВІЛ/СНІД, які утримуються в закладах та установах ДКВС України.

Перед переведенням засуджених, хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД, які отримують АРТ, з однієї установи до іншої забезпечується оформлення супровідних документів (медичної довідки та виписки з медичної картки чи історії хвороби). Медична довідка із зазначенням кількості виданих

антиретровірусних препаратів та рекомендаціями лікаря щодо необхідності продовження лікування видається медичному працівнику, який супроводжує хворого, разом із запасом антиретровірусних препаратів з розрахунку на середню тривалість етапування з урахуванням необхідної їх кількості для продовження лікування в УВП протягом 10 днів.

Перед звільненням ВІЛ-інфікованої особи, яка отримує АРТ, заклад охорони здоров'я пенітенціарної служби видає на руки особі, яка звільняється, направлення до обласного (міського) центру профілактики та боротьби зі СНІДом за обраним нею місцем проживання та медичну довідку із зазначенням клінічної стадії захворювання та призначеного лікування; забезпечує особу, яка звільняється, запасом антиретровірусних препаратів з розрахунку на один місяць лікування.

Перебування під вартою протягом тривалого терміну не сприяє формуванню відповідальності за власне здоров'я у засуджених, тому важливою є підготовка до звільнення, а також соціальна підтримка в перші місяці після звільнення. ВІЛ-інфікована людина повинна отримати інформацію щодо режиму прийому препаратів, медичних закладів, до яких вона може звернутися після звільнення, строків отримання препаратів, проведення лабораторних тестів.

Розділ IV

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПИТАННЯ, ПОВ'ЯЗАНІ З ВІЛ/СНІДОМ В УСТАНОВАХ ПЕНІТЕНЦІАРНОЇ СЛУЖБИ

4.1. Організація протиепідемічної роботи. Взаємодія з Міністерством охорони здоров'я

Правове регулювання і організація протиепідемічної роботи та медико-санітарного забезпечення осіб, позбавлених волі та хворих на ВІЛ/СНІД здійснюється законодавством про охорону здоров'я, нормативними актами Кабінету Міністрів України, Державної пенітенціарної служби України, Кримінально-виконавчим кодексом (КВК) України.

Система охорони здоров'я в пенітенціарній сфері — складова загальнодержавної системи охорони здоров'я, яка водночас має специфічні завдання щодо організації протиепідемічних заходів як елементу боротьби з поширенням ВІЛ/СНІДу (табл. 4.1).

Таблиця 4.1. Завдання загальнодержавної та пенітенціарної охорони здоров'я щодо протидії епідемії ВІЛ/СНІДу

Сфера	Система охорони здоров'я	
	пенітенціарна	загальнодержавна
Ідейна та ідеологічна	Єдина мета щодо боротьби з ВІЛ/СНІДОМ та спільне прагнення створити інтегровану службу.	
Технічна	Додаткові аспекти для в'язниць — політика активного виявлення та обстеження при надходженні ув'язнених.	Відповідальність за розробку національної політики стосовно виявлення, лікування, обліку та звітності, яка буде застосовуватися в кожному секторі.
Діагностична	Створення умов для доступності діагностування ВІЛ/СНІДу серед ув'язнених. Транспортування зразків діагностичного матеріалу.	Дослідження зразків діагностичного матеріалу в в'язницях в лабораторіях. Видача результатів.
Лікування	Створення для ЛЖВ умов доступу до лікувальних закладів.	Надання послуг лікувальних закладів для хворих.

Сфера	Система охорони здоров'я	
	пенітенціарна	загальнодержавна
Лікування переведених хворих	Організація системи обліку хворих, що надходять, та звільнених, а також тих, хто переводиться у інші в'язниці.	
Облік та звітність	Результати когортного аналізу та квартальні звіти подаються у цивільний сектор.	Збір даних із в'язниць та надання цих даних у національному статистичному звіті.
Персонал	Набір персоналу, умови праці та опис робіт. Навчання з питань ведення хворих. Формування безпечних умов праці та навчання. Підготовка з питань прав людини та карного права.	Підготовка з питань тактики боротьби та профілактики ВІЛ/СНІДу. Розроблення стандартів безпеки праці.
Матеріально-технічне забезпечення	Замовлення, зберігання, кінцевий розподіл та моніторинг використання ресурсів.	Матеріально-технічне забезпечення, транспортування, зберігання, розподіл та контроль за постачанням медикаментів, потребами лабораторій та стаціонарів (замовлення та облік). Забезпечення якості.
Підготовка та навчання	Спеціальні навчальні матеріали для персоналу в'язниць та ув'язнених	Навчальні матеріали загального характеру для хворих на ВІЛ/СНІД та членів їх сімей.
Керівництво та інспектування	Щоденне керівництво програмою та інспектування.	Загальна відповідальність за керівництво та інспектування.
Умови утримання у в'язницях	Надання всім ув'язненим основних благ, включаючи відповідні умови утримання, харчування, засоби гігієни, медичну допомогу, повагу прав людини.	Державний та недержавний моніторинг дотримання стандартів ВООЗ та ООН.

Беручи до уваги вищевикладене та принципові положення щодо організації протиепідемічних заходів, які викладені в Законі України «Про захист населення від інфекційних хвороб» 6 квітня 2000 № 1645-III, всі можливі протиепідемічні заходи в УВП можна представити наступним чином (див. табл. 4.2).

Таблиця 4.2 . Схема організації протиепідемічної роботи в УВП
(стосовно загальної схеми розвитку епідемічного процесу)

Спрямованість заходів	Групи заходів
Джерело інфекції	1. Ізоляційні, лікувально-діагностичні і режимно-обмежувальні; 2. Ветеринарно-санітарні та дератизація;
Механізм передачі	3. Санітарно-гігієнічні протиепідемічного спрямування; 4. Дезінфекційно-дезінсекційні;
Сприйнятливість організму	5. Імунопрофілактика; 6. Екстрена профілактика;
Загальні заходи	7. Лабораторні дослідження; 8. Санітарна просвіта.

Пріоритетними напрямками в діяльності медичної служби Державної пенітенціарної служби України є:

1. *Профілактична освіта* з метою вироблення установок, навичок та стійкої мотивації, необхідних для зміни соціальної поведінки з метою зниження ризику й вразливості стосовно ВІЛ-інфекції.

Освіта підозрюваних, обвинувачуваних і засуджених здійснюється шляхом проведення широких просвітницьких кампаній з використанням різних форм подачі інформації (радіо- і телепередачі, публікації у відомчих засобах інформації; рекламні профілактичні кампанії; проведення лекцій, тренінгів; підготовка й поширення друкованих інформаційних матеріалів; проведення профілактичних культурно-масових заходів; впровадження програми «Рівний навчає рівного»).

Для неповнолітніх засуджених застосовують програми або проекти, спрямовані на те, щоб шляхом поведінкових, психологічних, соціальних дій зменшити сексуальні й наркотичні ризики підлітків.

2. *Профілактична освіта співробітників* різних служб закладів та УВП спрямована на формування у них здорового способу життя й морально-етичних норм поведінки, навичок професійної безпеки. Така освіта, як правило, здійснюється шляхом інформаційно-навчальних програм, тренінгів, семінарів.

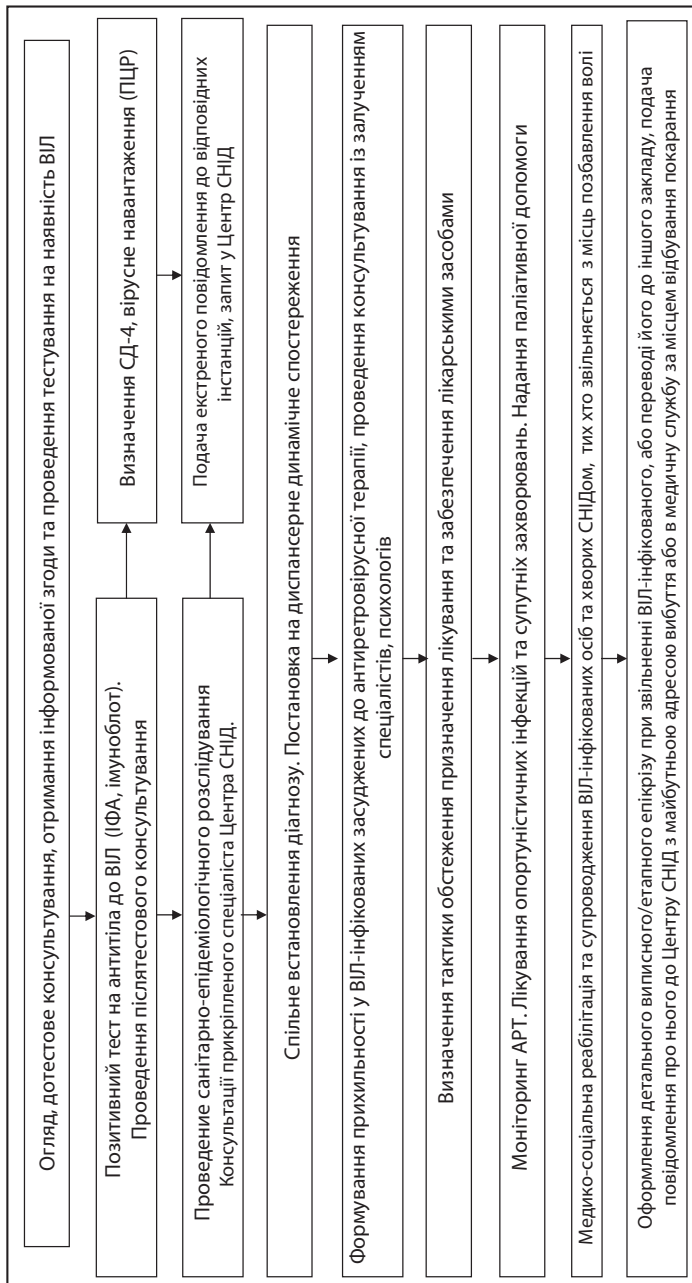


Рисунок 4.1. Блок-схема виявлення, профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу у осіб, які утримуються в місцях позбавлення волі.

Висока концентрація ВІЛ-інфекції серед осіб, взятих під варту, висуває особливі вимоги до організації надання спеціалізованої допомоги в установах пенітенціарної системи. Завданням медичної служби є попередження поширення інфекції, як всередині системи, так і за її межі, при виході засуджених на волю. Для розв'язання цього питання розроблено блок-схему виявлення, профілактики й лікування ВІЛ-інфекції у осіб, що утримуються в місцях позбавлення волі (Рисунок 4.1).

На базі медичної частини СІЗО та УВП здійснюється:

- інформаційно-методична робота з проблеми ВІЛ/СНІД;
- формування у ув'язнених та засуджених навичок безпечної поведінки;
- предтестове консультування;
- медичне консультування та психологічна підтримка у разі ВІЛ-інфікування одного чи кількох членів колективу;
- організація лікування;
- навчання членів колективу догляду за хворим на СНІД; забезпечення медичної допомоги на дому хворому на СНІД у термінальній стадії.

Розробляючи механізми взаємодії відомчої охорони здоров'я пенітенціарної служби з Центрами з профілактики та боротьби зі СНІДом, МОЗ бере до уваги основні напрями спільної діяльності щодо попередження поширення ВІЛ-інфекції в місцях позбавлення волі, забезпечення безкоштовними медикаментами для лікування ВІЛ-інфікованих осіб, підозрюваних, обвинувачуваних і засуджених, що перебувають у пенітенціарних установах.

Таким чином, структура моделі сучасних організаційних технологій взаємодії медичних закладів пенітенціарної системи, УВП та охорони здоров'я держави у сфері діагностики, профілактики й лікування ВІЛ-інфекції затриманих та засуджених представлена наступними блоками:

1. Профілактика ВІЛ-інфекції в УВП;
2. Організація діяльності на основі алгоритму виявлення й профілактики ВІЛ-інфекції, забезпечення антиретровірусними препаратами, моніторингу за динамікою захворювання на всіх етапах надання спеціалізованої допомоги ВІЛ-інфікованим, які утримуються в місцях позбавлення волі;

3. Забезпечення міжвідомчої взаємодії на всіх рівнях організації медичної допомоги: державному, регіональному, на рівні органів і установ, на рівні первинної ланки;
4. Консолідація всіх шарів суспільства, держави, міжнародних і громадських організацій для підтримки й надання допомоги особам, що живуть з ВІЛ/СНІДом.

4.2. Правовий та соціальний статус ВІЛ-інфікованих людей, які перебувають в установах пенітенціарної служби

Одним з головних чинників охорони суспільства від подальшого розповсюдження вірусу імунодефіциту людини є дотримання здоровими та ВІЛ-інфікованими особами соціально відповідального способу життя, що обмежує поширення ВІЛ-інфекції.

Умовою дотримання ВІЛ-інфікованими такого способу життя є надання ВІЛ-позитивним особам та хворим на СНІД своєчасної медичної допомоги та психологічної підтримки.

Психологічну підтримку ВІЛ-інфікованим в умовах установ кримінально-виконавчої системи (за згодою пацієнта) надають:

- психотерапевти;
- психологи;
- лікарі-консультанти, які здійснюють диспансерний нагляд і лікування таких пацієнтів та мають відповідну професійну підготовку. Метою психологічної підтримки є надання ВІЛ-позитивним людям:
- безпосередньої емоційної, психологічної підтримки;
- сприяння корекції їх негативної, руйнівної поведінки щодо себе, оточення та суспільства, формування позитивної, життєстверджуючої поведінки;
- роз'яснення їх прав та обов'язків, ознайомлення із заходами індивідуальної профілактики для запобігання інфікуванню контактних осіб;

- інформування про обов'язкову відмову від донорства крові та (чи) її компонентів і кримінальну відповідальність за завідоме поставлення в небезпеку зараження та зараження іншої особи (осіб) ВІЛ-інфекції. Інформація про захворювання, шляхи інфікування, форми поведінки, яких повинна дотримуватися інфікована особа, має викладатися зрозумілою людині мовою (без зловживання науковою термінологією) і бути об'єктивною, конкретною, логічною та послідовною.

Лікар має висловлюватися відповідально, оскільки практично постійно при роботі з ВІЛ-інфікованими виникає необхідність обговорювати питання їх прав та обов'язків, а також інші юридичні проблеми.

4.3. Організація дотестового та післятестового консультування в установах пенітенціарної служби

До 1997 р. в Україні була поширена практика обов'язкового тестування на ВІЛ-інфекцію усіх осіб, які потрапляли до УВП. У 1997 р. — за рішенням уряду — порядок медичного огляду та обстеження на ВІЛ-інфекцію осіб, які перебувають в місцях позбавлення волі, умови їх тримання було змінено з урахуванням рекомендацій ВООЗ.

Нині порядок надання медичної та соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД регламентується спільним наказом Державного департаменту України з питань виконання покарань та Міністерства охорони здоров'я України від 18 січня 2000 р. № 3/6 «Про затвердження нормативно-правових актів з питань медико-санітарного забезпечення осіб, які утримуються в слідчих ізоляторах та виправно-трудових установах Державного департаменту України з питань виконання покарань».

Перед- та після тестове консультування регулюється Законом України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» від 23 грудня 2010 р. та протоколом «Добровільне консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію» (далі — ДКТ), ухваленим Наказом МОЗ України від 19 серпня 2005 р. № 415 «Про вдосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію». Прото-

кол містить правила та алгоритми дій під час перед- та післятестового консультування, порядок консультування особливих груп клієнтів.

У протоколі визначено **принципи проведення ДКТ**: добровільність, конфіденційність, анонімність, доступність та відсутність дискримінації, достовірність та повнота інформації, професійність та технічна досконалість, мобілізація ресурсів. Кожний з принципів містить пояснювальні твердження, які стосуються виключно ситуації добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію.

Метою ДКТ є надання добровільної консультативної допомоги населенню стосовно шляхів поширення ВІЛ-інфекції та профілактики інфікування, сприяння прийняттю добровільного інформованого рішення щодо тестування на ВІЛ-інфекцію, визначення ВІЛ-статусу людини, підтримка подальшої безпечної щодо інфікування ВІЛ-інфекцією поведінки, отримання своєчасної медичної допомоги: обстеження на туберкульоз, інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), опортуністичні інфекції та їх лікування, своєчасний початок антиретровірусної терапії (АРТ), профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції, послуг з планування сім'ї та всебічної підтримки (в тому числі за принципом «рівний-рівному»).

Завданнями ДКТ є:

1. Зниження темпів поширення ВІЛ-інфекції серед населення шляхом:
 - інформування щодо шляхів поширення ВІЛ-інфекції та ризиків інфікування, пов'язаних з кожним з них;
 - ознайомлення із заходами та засобами зменшення ризику інфікування ВІЛ-інфекцією;
 - оцінювання індивідуального ризику інфікування ВІЛ, сприяння формуванню у людини власної оцінки ступеня особистого ризику інфікування ВІЛ;
 - інформування про процедуру тестування та практичне значення результатів;
 - тестування на ВІЛ-інфекцію;
 - надання психологічної та соціальної підтримки;
 - інформування про існуючі державні й комунальні заклади охорони здоров'я, інші державні та комунальні установи, організації та

заклади, медичні заклади інших форм власності, об'єднання громадян, що надають медичну, психологічну, юридичну, соціальну та інші види допомоги особам, які її потребують;

- сприяння щодо прийняття добровільного інформованого рішення стосовно проходження тестування на ВІЛ-інфекцію;
- 2. Інформування з правових питань, пов'язаних з проблемами ВІЛ-інфекції/СНІДу;
- 3. Сприяння підвищенню рівня здоров'я населення, в тому числі подовженню та покращенню якості життя людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією.

Передтестове консультування — це співбесіда (з дотриманням принципів ДКТ) між консультантом та пацієнтом з метою надання інформації щодо профілактики передачі ВІЛ-інфекції, емоційної і психологічної підтримки тим, хто вагається стосовно проходження тесту на ВІЛ-інфекцію, допомоги у прийнятті усвідомленого рішення щодо тестування.

Консультування може проводитися для групи осіб (групове консультування/інформування) або індивідуально.

Групове консультування/інформування (ГК/І) може проводитися у разі:

- якщо з'ясування власного ВІЛ-статусу для даної особи не є головною метою обстеження (особи, що обстежуються з метою отримання довідки, донори тощо);
- неможливості (в окремих випадках) здійснення індивідуального консультування (серед осіб, що групою звертаються за тестуванням на ВІЛ-інфекцію з метою отримання довідки, ув'язнених, донорів, під час проведення акцій тощо);
- недостатньої кількості консультантів.

Групове консультування/інформування проводиться лише за усною згодою всіх осіб, залучених до консультації. Метою цього консультування є надання інформації щодо:

- шляхів зараження ВІЛ-інфекцією, ризиків інфікування;
- методів та засобів захисту від інфікування;
- профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини (при консультуванні вагітних);
- добровільності та конфіденційності тестування;
- порядку проходження тестування та отримання його результатів;

- мотивування до отримання індивідуальної консультації та проходження тестування;
- наслідків з'ясування ВІЛ-статусу з висвітленням правових аспектів;
- можливості отримання психосоціальної підтримки та медичної допомоги.

Метою індивідуального передтестового консультування є оцінювання індивідуального ризику інфікування, розробка індивідуального плану зменшення ризику інфікування та визначення наслідків з'ясування ВІЛ-статусу для пацієнта.

Консультант повинен тактовно пояснити причини, на підставі яких він ставить ті чи інші питання, зокрема інтимні, запевнити у конфіденційності інформації, отриманої ним під час консультування. Консультант повинен запевнити у конфіденційності результатів тесту.

Ефективне передтестове консультування допомагає пацієнту:

- підвищити інформованість щодо питань ВІЛ-інфекції/СНІДу та його профілактики;
- оцінити персональні поведінкові ризики щодо інфікування ВІЛ;
- ознайомитися з процедурою тестування;
- отримати інформацію про можливі результати тесту та їх значення;
- прийняти інформоване рішення про проходження тестування;
- отримати правову інформацію.

Зміст групового передтестового консультування/інформування:

- введення в зміст консультації;
- інформування пацієнта для оцінювання власних ризиків інфікування;
- інформування про інші види допомоги;
- прийняття рішення щодо проходження тесту;
- пропозиція пройти тестування у державному або комунальному ЗОЗ.

Зміст індивідуального передтестового консультування:

- введення в зміст консультації;
- оцінювання індивідуального ризику;
- розробка шляхів зниження ризику інфікування;
- сприяння прийняттю рішення щодо проходження тесту;

- пропозиція пройти тестування у державному або комунальному закладі охорони здоров'я.

Основною умовою успішності програм ДКТ є забезпечення конфіденційності інформації, яка стала відома консультанту під час перед- та післятестового консультування, що передбачено законодавством України і є складовою гарантій дотримання прав людини.

Звернення за консультуванням та обстеженням на ВІЛ-інфекцію ускладнюється страхом розголошення інформації про особисте життя пацієнта, відчуження та дискримінацію з боку сім'ї та суспільства.

Забезпечення конфіденційності інформації, пов'язаної з проведенням ДКТ, є обов'язковим для закладів, установ та організацій, які надають ці послуги. Розголошення службовою особою лікувального закладу, допоміжним працівником, який самочинно здобув інформацію, або медичним працівником відомостей про проведення медичного огляду особи на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини та його результатів, сімейне життя пацієнта, що стали їм відомі у зв'язку з виконанням службових або професійних обов'язків, тягне за собою кримінальну відповідальність.

Відповідно до положень спільного наказу 3/6, ВІЛ-інфіковані в УВП утримуються на загальних засадах, лабораторні дослідження (тестування) з метою виявлення ВІЛ-інфекції проводяться добровільно з обов'язковим забезпеченням передтестового консультування. Відомості про результати тестування надаються лише за письмовим запитом тільки органам суду, слідства та прокуратури, про що робиться відповідна відмітка в обліковій картці засудженого.

Первинною ланкою надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД є медичні частини при УВП, де надається первинна медична допомога з дотриманням конфіденційності.

При направленні до лікувального закладу за згодою особи, яка є ВІЛ-інфікованою, інформація щодо її статусу може бути надана лише лікареві УВП, який відповідає за надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим, куди направляється засуджений (ця інформація направляється таємною поштою).

4.4. Забезпечення догляду, лікування та підтримки людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією, в ув'язненні

До пріоритетних напрямів стратегії щодо профілактики ВІЛ-інфекції в установах пенітенціарної системи України можна віднести:

- проведення широкої інформаційно-освітньої роботи серед осіб, які утримуються в установах та серед співробітників; запровадження в установах інституту передтестового та післятестового консультування, забезпечення конфіденційності інформації одержаної під час її проведення;
- добровільність та доступність тестування на ВІЛ-інфекцію;
- утримування ВІЛ-інфікованих осіб на загальних засадах;
- доступність запобіжних засобів, дезінфектантів та навчання правилам їх застосування.
- забезпечення профілактичного лікування ВІЛ-позитивних вагітних засуджених та їх дітей.

Впровадження цих принципів, у першу чергу конфіденційності та доступності медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД, утримування їх на загальних засадах сприяє зменшенню напруги серед засуджених та особового складу, підвищенню рівня знань про ВІЛ-інфекцію та СНІД, шляхи передачі інфекції та засоби перестороги.

ВІЛ-інфіковані в УВП утримуються на загальних засадах, лабораторні дослідження (тестування) з метою виявлення ВІЛ-інфекції проводяться добровільно з обов'язковим забезпеченням передтестового консультування. Відомості про результати тестування надаються лише за письмовим запитом тільки органам суду, слідства та прокуратури, про що робиться відповідна відмітка в обліковій картці засудженого. Лікування ВІЛ-інфікованих засуджених проводиться на базах міжобласних соматичних та протитуберкульозних лікарень.

Медична допомога хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД включає проведення обов'язкового диспансерного нагляду, лікування опортуністичних захворювань і забезпечення доступу до антиретровірусної терапії

та надається на загальних підставах із забезпеченням принципу конфіденційності відповідно до нормативно-правових актів МОЗ України та національних протоколів з питань організації надання медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД.

Первинною ланкою надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД є медичні частини при УВП, де надається первинна медична допомога з додержанням конфіденційності.

Надалі, у разі прогресування захворювання, з метою уточнення діагнозу, лікування та визначення ступеню втрати працездатності ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД на загальних засадах направляються до міжбласних лікарень для засуджених згідно закріпленості.

Диспансерний нагляд за ВІЛ-інфікованими в УВП здійснюється лікарем-консультантом відповідальним за проведення перед- та після-тестового консультування та обліку ВІЛ-інфікованих.

Термін «диспансеризація» при ВІЛ-інфекції визначає систему комплексних лікувально-профілактичних, соціально-психологічних і гігієнічних заходів, спрямованих на подовження активного періоду життя та працездатності людей, які інфіковані ВІЛ, шляхом активного виявлення ознак прогресування захворювання, профілактики і своєчасного лікування опортуністичних інфекцій та психосоціальної підтримки. Мета диспансеризації — подовжити життя людини, ураженої ВІЛ-інфекцією, зробити його соціально змістовним і економічно продуктивним. Завданням диспансеризації є:

- динамічний нагляд за ВІЛ-позитивними особами та хворими на СНІД;
- своєчасне виявлення ознак прогресування ВІЛ-інфекції;
- надання комплексної лікувально-профілактичної допомоги;
- попередження розвитку опортуністичних інфекцій;
- психологічна підтримка, допомога в соціальній адаптації та психологічне консультування ВІЛ-інфікованих.

4.5. Моніторинг ВІЛ/СНІДу в установах виконання покарань

Моніторинг означає регулярне відслідковування ключових елементів поточної діяльності.

Оцінювання передбачає проведення епізодичного вивчення змін, які можна пояснити втручанням з боку певних служб, та характеризує якісні результати діяльності цієї служби.

Моніторинг і оцінювання заходів з протидії епідемії ВІЛ/СНІДу мають на меті оцінити ефективність послуг щодо зниження ризику зараження ВІЛ-інфекцією та зміни сексуальної поведінки, допомоги ВІЛ-інфікованим у сприйнятті свого ВІЛ-позитивного статусу та отриманні необхідних послуг тощо. Так, моніторинг і оцінювання добровільного тестування та консультування (ДКТ), розроблені на підставі рекомендацій ЮНЕЙДС (2000 р.), передбачають вивчення таких компонентів:

- ступінь підготовленості країни і регіонів до втілення ДКТ та готовності до його проведення;
- оцінювання організації роботи пунктів ДКТ та послуг, що ними надаються;
- вимоги до консультантів;
- оцінювання якості та змісту консультування;
- консультування з урахуванням особливостей контингенту — донори, вагітні, СІН, ПКС, ув'язнені тощо;
- групове консультування/інформування;
- задоволеність пацієнтів.

Для координації національної відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу, для досягнення цілей Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом та Цілей тисячоліття у сфері розвитку у грудні 2004 р. Кабінет Міністрів України своїм розпорядженням визначив центральні органи виконавчої влади, відповідальні за проведення моніторингу й оцінювання ефективності заходів, що забезпечують контроль стану епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу за національними показниками, а також зобов'язав МОЗ затвердити перелік цих національних показників та інструкцію щодо їх визначення.

Моніторинг та оцінювання протиепідемічних заходів на рівні регіонів проводять обласні центри з профілактики та боротьби зі СНІДом (в Автономній Республіці Крим — республіканський центр профілактики та боротьби зі СНІДом), на рівні країни — Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом МОЗ України.

В Україні здійснюється регулярна підготовка Національного звіту з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом (Національний звіт) за підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» та ЮНЕЙДС, за участю ключових центральних органів виконавчої влади.

Моніторинг ВІЛ/СНІДу в УВП має бути спрямований на систематичне вивчення, облік результатів епідеміологічного розслідування випадків ВІЛ-інфекції у донорів крові, зараження ВІЛ-інфекцією при переливанні крові; внутрішньолікарняного зараження ВІЛ-інфекцією; професійного зараження та аналізу повторно негативних результатів після первинно позитивних результатів обстеження на ВІЛ-інфекцію. Однак потрібно розуміти, що аналіз загальних показників поширеності (захворюваності) ВІЛ/СНІДу в кожній конкретній УВП (регіоні держави), а тим більше епідеміологічне розслідування кожного випадку ВІЛ-інфекції повинно здійснюватись шляхом залучення медичних спеціалістів УВП до роботи у складі оперативних бригад.

На рівні ДКВС передбачається здійснювати посилення міжвідомчих зв'язків щодо надання медичної допомоги з ВІЛ/СНІД на місцевому, регіональному та державному рівнях (рисунок 4.2). Ця мета досягається шляхом створення місцевих та регіональних координаційних рад із залученням посадових осіб відповідного рівня.

Міжвідомча інтеграція щодо боротьби з ВІЛ/СНІДом в системі ДКВС України передбачає створення відповідної бази даних (в т.ч. персоніфікованого реєстру усіх хворих для обліку, аналізу, цільової профілактики та ін.) для подальшої передачі зазначеної категорії осіб у відповідні заклади МОЗ України, що вимагає посилення взаємодії (Рисунок 4.2).

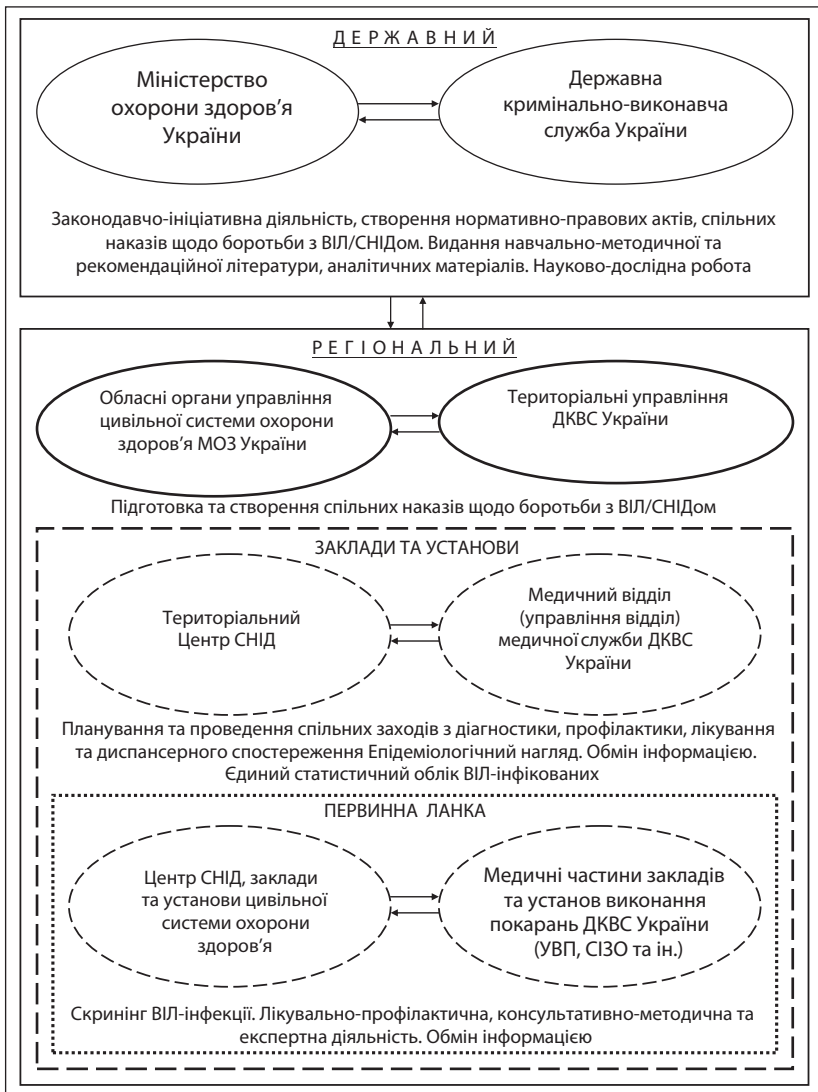


Рисунок 4.2. Рівні та зміст міжвідомчої інтеграції щодо зниження захворюваності на ВІЛ/СНІД в закладах та установах ДКВС України.

Розділ V

ОСОБЛИВІ КАТЕГОРІЇ ЗАСУДЖЕНИХ ТА ВІЛ/СНІД

5.1. Жінки та ВІЛ/СНІД в установах пенітенціарної системи

Пенітенціарна система — зона підвищеного ризику поширення ВІЛ-інфекції не тільки серед чоловіків, а й серед жінок, які потрапляють до цієї системи. Це зумовлено, зокрема, способом життя жінок до засудження та їх психофізіологічними особливостями.

Насамперед, слід зазначити, що особливу групу в місцях позбавлення волі утворюють жінки, засуджені за розкрадання і насильницькі злочини (хуліганство, грабіж, вбивство тощо), зараження венеричними хворобами. При цьому останніми роками збільшилося число жінок, що відбувають покарання за умисне вбивство при обтяжливих обставинах, умисне нанесення тяжких тілесних ушкоджень і навіть співучасть у зґвалтуванні. Це свідчить про зростання жорстокості серед засуджених жінок.

До того ж, лєвова частка злочинів здійснюється у стані сп'яніння. Серед засуджених жінок значна частка тих, хто примусово лікувався від алкогольної або наркотичної залежності, а отже їх можна віднести до груп ризику щодо зараження ВІЛ-інфекцією.

Щоб завоювати авторитет, показати себе сміливими, деякі засуджені наносять собі татуювання і нарізки (шрами), що теж є ознакою ризикованої поведінки у контексті епідемії ВІЛ-інфекції.

Варто звернути увагу й на гіперсексуальність, притаманну деяким засудженим жінкам. Сформована вона була внаслідок того, що жінки вступали в ранні і безладні статеві стосунки. Потрапивши до УВП, такі жінки активно шукають статевого партнера, створюють то одну, то іншу любовну пару, що супроводжується міжособистісними конфліктами. Ті жінки, які відіграють в колонії винятково чоловічі ролі, прагнуть у всьому бути схожим на чоловіків. Проте в багатьох лесбійських парах у жіночих колоніях виразний поділ на активну і пасивну половини від-

сутній. Жіночі пари створюються за обопільною домовленістю, а тому відрізняються міцністю та існують по кілька років.

Одне з найгостріших бажань засуджених жінок — завагітніти. В цьому випадку виникає змога зменшити термін, отримати послаблення в режимі відбування покарання, особливе харчування. Заради материнства засуджені жінки здатні на різні хитрощі, аж до придбання донорської сперми «з волі».

Якщо засуджена жінка вагітна, їй пропонують добровільно пройти тест та отримати інформацію про власний ВІЛ-статус. Кожна людина має право відмовитися від тестування на ВІЛ-інфекцію, але в інтересах дитини матері доцільно мати інформацію про свій статус. Всі тести на ВІЛ-інфекцію мають супроводжуватися консультуванням (перед тестом і після нього при отриманні результатів). За законодавством України, надання консультування є обов'язковим.

Тест на ВІЛ-інфекцію дає вірогідний результат лише через три місяці після інфікування. Тому, якщо протягом попередніх трьох місяців жінка стикалася з ризиком зараження ВІЛ, їй рекомендують пройти повторне тестування через три місяці.

Якщо засуджена жінка ВІЛ-позитивна і бажає мати дитину, їй рекомендується обговорити це рішення з лікарем, який допоможе підібрати оптимальну схему профілактики інфікування майбутньої дитини. Крім цього, за необхідності, жінці пролікують супутні захворювання (наприклад, анемію), а також інфекції, що передаються статевим шляхом (якщо такі будуть виявлені). Лікар також має визначити початок і схему прийому АРТ-препаратів, надати рекомендації щодо оптимального методу народження дитини (природні пологи або кесарів розтин) тощо.

Ризик передачі ВІЛ-інфекції від матері до новонародженої дитини за відсутності профілактики становить 30%. Передача вірусу може відбуватися під час вагітності, пологів або при грудному годуванні.

Ризик зараження дитини ВІЛ-інфекцією збільшується, якщо у матері:

- просунута стадія ВІЛ-інфекції та є симптоми СНІДу;
- ослаблена імунна система;

- високе вірусне навантаження;
- розрив плідного міхура відбувається більш ніж за 4 години до почату пологів;
- тривалі пологи;
- наявні генітальні інфекції (наприклад, гонорея, хламідіоз тощо);
- відсутня АРТ-терапія під час вагітності або пологів.

Для зниження ризику інфікування дитини ВІЛ-інфекцією необхідно виконати такі правила:

- призначення АРТ-препаратів матері під час вагітності, пологів і дитині відразу після народження;
- раціональне ведення пологів (за необхідності плановий кесарів розтин);
- годування дитини молочною сумішшю замість грудного годування.

Якщо чоловік, що приходить на побачення до ВІЛ-позитивної засудженої жінки, є також ВІЛ-позитивним, то, як правило, зачаття дитини відбувається природнім шляхом. Разом з тим, існують питання, які жінка має попередньо з'ясувати у лікаря:

- Якщо вона приймає АРТ-терапію, як це вплине на здоров'я майбутньої дитини?
- Можливо, що жінка або її партнер хворі на інфекцію, яка передається статевим шляхом?
- Чи існує ризик повторного інфікування ВІЛ-інфекцією?
- Чи дозволяє стан здоров'я завагітніти зараз чи слід перенести вагітність на потім?

Часом лікарі радять перервати вагітність, але кожна засуджена жінка має право зробити свій власний вибір. Не треба приймати рішення на підставі консультації лише одного лікаря.

Якщо жінка приймала ін'єкційно наркотики (з використанням нестерильних інструментів або розчину), це підвищує ризик інфікування ВІЛ. Діти, матері яких систематично вживали наркотики під час вагітності, після народження відчують синдром абстиненції («ломки»), тому для них необхідно розробляти спеціальну програму лікування.

Якщо до жінки на побачення приходить чоловік, то використання презервативів під час вагітності суттєво зменшує ризик зараження майбутньої дитини інфекціями, що передаються статевим шляхом (наприклад, сифілісом).

Якщо вагітна засуджена є ВІЛ-позитивною, у пологовому будинку її, як правило, поміщають до спеціальної палати для людей з інфекційними захворюваннями. Жінки з невідомим ВІЛ-статусом також можуть бути поміщені до цієї палати. Однак умови перебування в ній повинні бути не гіршими, ніж в інших палатах пологового будинку.

Дитина, яка є ВІЛ-позитивною, повинна отримувати необхідні ліки, харчування, правильне щеплення, перебувати в безпечному середовищі.

Права засудженої жінки на отримання медичної допомоги, як для неї самої, так і для дитини, незалежно від правового статусу, в якому вона зараз перебуває, гарантовані Конституцією України.

5.2. Діти та ВІЛ/СНІД в установах пенітенціарної служби

Профілактику ВІЛ/СНІДу серед засуджених неповнолітніх слід будувати з урахуванням вікових особливостей та умов перебування в місцях позбавлення волі.

Насамперед, слід відзначити, що у підлітковому періоді формуються моральні основи, соціальні установки, виробляється ставлення до різних моральних і правових заборон, ведеться пошук меж припустимого у поведінці. Водночас цей період характеризується дисгармонією соціально-етичного і фізичного дозрівання, підвищеною збудливістю, неврівноваженістю, переваги збудження над гальмуванням. Такі особливості типу нервової системи можуть обумовлювати порушення дисципліни.

Нервова система підлітка відрізняється підвищеною чутливістю патогенного характеру, яка при сильній перевтомі може призвести до різних функціональних розладів. У зв'язку з диспропорцією між статевим дозріванням і соціальною зрілістю підліткові часто важко контролювати статеві інстинкти.

Категорії «чесність», «принциповість», «честь», «гордість», «товариство» мають для засуджених неповнолітніх вузьке групове значен-

ня. У них часто проявляється сильно виражений скептицизм, цинізм, нігілізм, неповага до оточуючих їх людей і самих себе.

Багатом засудженим неповнолітнім властива неадекватна самооцінка. Вони нерідко прагнуть будь-якими засобами звернути на себе увагу, демонструють свою перевагу над іншими. Нездатність критично оцінювати себе приводить до того, що вони не бачать необхідності долати негативні якості і звички. Ставлення вихованців до своїх недоліків залежить переважно від норм і цінностей, які панують у певній групі.

Невідповідність рівня домагання наявним можливостям народжує так званих невдах, осіб, що прагнуть до поведінкової автономії (сприяє виникненню «подвійного життя»). У зв'язку з обмеженням споріднених і дружніх зв'язків відбуваються істотні зрушення в емоційній сфері. Намагаючись стати популярними, вони відкрито висловлюють прихильність до цінностей, які засуджуються персоналом колонії.

Серед засуджених підлітків юнацького віку виділяються інфантильні вихованці. Вони безтурботні, байдуже ставляться до режиму, навчання і свого майбутнього, для них є характерною поверховість думок, недорозвиненість відчуття відповідальності. Вони рухомі, непосидючі, не доводять почату справу до кінця, їх інтереси і увага нестійкі, а вчинки часто не відповідають віку. У них переважає етичний і правовий інфантилізм: байдужість до норм моралі й права, невимогливість до себе та інших, активна аморальна і протиправна поведінка. Ці особи не переживають почуття провини, вважають покарання за несправедливе. Деякі засуджені підліткового і юнацького віку страждають на психічні хвороби, схильні до аутоагресії, втеч, симуляції та агравації, вживання алкоголю і наркотиків.

Здійсненню неповнолітніми злочинів, як правило, передують порушення поведінки (ухилення від навчання і праці, зловживання спиртними напоями, раннє статеве життя і девіація сексуальної поведінки, прояв агресії, аутоагресії, ін.). Соціальна ізоляція — сильний чинник, що викликає фрустрацію у багатьох неповнолітніх, сприяє розвитку агресивності. До участі в бійках почасти спонукає й саме середовище коло-

нії, культ сили як спосіб самоствердження. Агресія може бути наслідком захисної реакції (відстояти свій статус, уникнути репутацію «слабака»).

Отже, одні вихованці прагнуть отримати високий статус у відділенні та демонструють знання тюремних правил, звичаїв і традицій, пропагують колоністську романтику, вольові якості, порушують режим. Дотримання неповнолітніми засудженими тюремних традицій і звичаїв закріплює спотворені етичні цінності, інтереси й ціннісні орієнтації. Інших неповнолітніх відрізняє підвищена навіюваність, інфантильність поведінки, третіх — затурканість, конформізм, психічні відхилення, через які з них постійно знущаються.

Зміст спілкування, установки і цінності неповнолітніх визначаються групою («сім'єю»). Саме вона диктує норми, суворо окреслюючи правила поведінки кожного зі своїх членів, межі дозволеного і недозволеного.

Представники молодіжного віку неофіційних угруповань негативної спрямованості нерідко намагаються прожити за рахунок інших (відбирають у засуджених посилки, речі). Тривале паразитування в умовах свободи геть відбиває у них бажання працювати, вчитися, тому кримінальні установки ще більш активізуються. Засуджені саме цього віку схильні до гри в карти «на інтерес», наркоманії, алкоголізму і гомосексуальності.

Доступ засуджених підлітків до профілактичних послуг є обмеженим. Особливе занепокоєння викликає група підлітків, яка, перебуваючи у місцях позбавлення волі, практикує одностатеві стосунки. Адже презервативи в УВП поширювати заборонено, а питання попередження ВІЛ-інфекції за умов подібних статевих стосунків обговорюються вкрай рідко, якщо обговорюються взагалі. Звичайно, такі підлітки не мають доступу до якісних соціально-психологічних послуг у силу особливого ставлення до таких стосунків у місцях позбавлення волі, приховування цих фактів.

Таким чином, на ризик розповсюдження ВІЛ-інфекції в умовах виховної колонії впливають такі фактори:

- невміння неповнолітніх критично оцінювати партнерів по спілкуванню, що призводить до появи залежності від їх поглядів, пропо-

зицій (нанюхатися клею, фарби або вступити в статевий акт за їжу, які-небудь дрібні речі);

- недостатність життєвого досвіду, невміння робити стратегічні прогнози щодо свого подальшого життя та соціального статусу;
- легка навіюваність, конформність поведінки, явище групового тиску («всі так робили і я так зробив»);
- бажання випробувати себе, довести оточуючим наявність лідерських якостей через нанесення татуювань;
- байдуже ставлення до свого здоров'я, недотримання правил безпечного сексу з використанням презервативу;
- цинізм, насилля відносно слабких неповнолітніх, поділ середовища на касти, коли з'являються особи відторгнуті колективом;
- злочинська романтика та засилля норм так званого «іншого життя»;
- правовий нігілізм та нездатність відстоювати свої права через кругову поруку та побоювання фізичної розправи.

Значну роль в ефективності профілактичної роботи щодо поширення ВІЛ-інфекції має відігравати залучення неповнолітніх до обговорення актуальних питань, прийняття рішень, розробки та реалізації різноманітних тренінгів за допомогою персоналу, який безпосередньо може впливати на формування та становлення дитини як цілісної, відповідальної, соціально адаптованої особистості.

У своєму оточенні підготовлені за принципом «рівний — рівному» неповнолітні можуть пояснювати інформацію щодо профілактики ЗПСШ, ВІЛ-інфекції та наслідків ризикованої поведінки.

Під час планування виховної роботи доцільно робити акцент на ставленні до свого здоров'я, повагу до протилежної статі, поняття про сексуальність та статеві відносини, усвідомлене ставлення до створення майбутньої сім'ї.

Важливим підходом у формуванні безпечної поведінки молоді є врахування психологічних якостей особистості. Найбільш схильними

до ризикованих форм поведінки є підлітки зі зниженою самооцінкою, відсутністю співчуття, з невмінням накопичувати свій та чужий досвід переживань та приймати рішення в складних ситуаціях. Такі підлітки нетовариські, скуті, мають низьку оцінку з боку однолітків і тому готові заплатити будь-яку ціну за можливість бути залученими до відповідної групи однолітків. Ця ситуація потребує психологічної корекції, спрямованої на підвищення самооцінки та виховання впевненості в собі.

Найбільш ефективними, цікавими та привабливими методами профілактичної роботи для неповнолітніх є бесіди з використанням наочних посібників, відеоматеріалів, дискусії та тренінги. Підвищення рівня знань засуджених стане ефективним поштовхом до формування здорової поведінки та відмови від небезпечних вчинків.

5.3. Специфіка роботи кримінально-виконавчої інспекції в контексті епідемії ВІЛ/СНІДу

Пенітенціарний аспект профілактики ВІЛ/СНІДу, як правило, розглядають з точки зору реалізації профілактичних програм, спрямованих на протидію розповсюдженню інфекційних хвороб серед засуджених в установах закритого типу. Поряд з цим, існує специфічна (з точки зору умов виконання та відбування покарання) категорія засуджених, яка за кількістю перевищує категорію засуджених, позбавлених волі. Це — особи, які відбувають покарання, не пов'язані з позбавленням волі.

Сутність покарань, не пов'язаних з позбавленням волі, що закладена у законодавстві, полягає у наданні правопорушнику можливості виправлення без ізоляції від суспільства. Процес повернення засудженого до загальноприйнятих норм життя (ресоціалізація), який, поряд з карою за вчинений злочин, є метою покарання, має як суб'єктивну, так і об'єктивну складові.

Суб'єктивна складова полягає у зміні поведінки та ставлення до суспільних норм з боку самого засудженого. Об'єктивна ж складова полягає у змінах діяльності оточення, в якому залишається засудже-

ний, з метою усунення об'єктивних умов, що могли сприяти виникненню асоціальної поведінки та вчиненню злочину.

Якщо порівняти основні складові організації профілактики ВІЛ/СНІДу в місцях позбавлення волі та серед засуджених до покарань, не пов'язаних з позбавленням волі, маємо абсолютну ідентичність мети цієї роботи, переважну схожість особистості правопорушників та майже абсолютну протилежність суспільних відносин, у яких вони перебувають. Саме остання складова, а точніше її потенціал, вимагає окремого урахування при побудові стратегії профілактики ВІЛ/СНІДу серед осіб, засуджених до покарань, альтернативних позбавленню волі.

Координатором у побудові такої стратегії виступає кримінально-виконавча інспекція (КВІ), на яку законодавством покладено завдання організації виконання покарань, не пов'язаних з позбавленням волі.

На початок другого півріччя 2010 р. на обліку підрозділів КВІ перебувало майже 142 тис. осіб, засуджених за кримінальні покарання. 16,6 тис. засуджених, які перебували на обліку, раніше засуджувалися до покарання у виді позбавлення волі (7,4 тис. з них — неодноразово). Раніше засуджувалися до альтернативних покарань 19,9 тис. осіб.

27,8 тис. осіб (більше 20%) були засуджені за злочини, пов'язані з незаконним обігом та використанням наркотичних засобів. 2401 судові рішення виконувалося КВІ стосовно засуджених, які мали небезпечні захворювання, з них 1741 тис. — хворі на туберкульоз, 456 — ВІЛ-інфіковані або СНІД-хворі, 75 — мали венеричні захворювання, 129 — інші інфекційні захворювання.

Найбільш ризиковану групу засуджених до альтернативних видів покарань, з точки зору негативного впливу на поведінку, становлять неповнолітні. На початок другого півріччя 2010 р. на обліку КВІ перебувало 5115 засуджених неповнолітніх. Значна їх частина мала високий рівень соціальної занедбаності. Так, 25% від їх кількості до засудження не відвідували школу та не працювали, 59% вчинили злочини у складі групи, 13% — за участю дорослих, 11% — в стані алкогольного сп'яніння, 6,4 % раніше вже притягувалися до кримінальної відповідальності.

З огляду на склад осіб, засуджених до альтернативних видів покарань, особливості їх правового статусу та визначеного законодавством порядку виконання таких покарань, для формування ефективної стратегії профілактики ВІЛ/СНІДу варто враховувати наступне:

- значна частина засуджених до альтернативних видів покарань мають досвід асоціальної поведінки і особистий високий ризик інфікування ВІЛ;
- цільова група перебуває в умовах відкритого суспільства, що унеможлиблює цілодобовий нагляд за поведінкою її членів та не виключає вплив на їх поведінку тих негативних факторів, яким вони піддавалися раніше;
- на відміну від незасуджених членів суспільства, цільова група має певні обмеження та обов'язки, що роблять поведінку її учасників більш контрольованою та цілеспрямованою (обов'язки щодо періодичного прибуття до підрозділів КВІ, регулярний контроль за поведінкою з боку КВІ та правоохоронних органів, у тому числі за місцем проживання; урахування участі засуджених у профілактичних програмах при оцінюванні поведінки, підвищена відповідальність за поведінку у громаді, що може тягнути за собою більш сувору міру покарання і таке інше);
- наявність у персоналу КВІ, під час постановки засуджених на облік, розширеної інформації про фактори негативного впливу, особливості поведінки та психофізіологічні особливості засудженого, що вивчалися під час слідства та судового розгляду справи;
- певна частина засуджених, які перебувають на обліку у КВІ, — це особи, звільнені з установ закритого або відкритого типу на підставі заміни покарання більш м'яким. Ці особи могли брати участь у профілактичних програмах під час перебування в УВП, що повинно підтримуватися та розвиватися. Водночас продовження участі в профілактичних програмах має передбачати, що вона здійснюватиметься в інших умовах;
- включення засудженого до самостійної участі у вирішенні проблемних питань — це важливий елемент організації профілактичної роботи (спрямований він на розвиток соціальної активності);

- можливість оперативного підключення ресурсів місцевих державних та недержавних інституцій до вирішення проблемних питань усіх сфер життєдіяльності засуджених;
- суттєве значення в організації профілактичної роботи має координація діяльності державних інституцій та громадських організацій, що здійснюється у суспільному середовищі, в якому засуджений перебував до вчинення злочину. Тобто, профілактична робота має бути спрямована на практичне подолання реальних проблем середовища, в якому існує засуджений (а не лише теоретичне навчання), та передбачати підключення громади, членом якої він є, до заходів контролю і впливу на його поведінку.

Підвищення результативності роботи з профілактики ВІЛ/СНІДу серед осіб, які перебувають на обліку КВІ, спостерігається у випадках включення діяльності КВІ до системи профілактичних заходів державних органів. Це дає змогу розширити арсенал профілактичних заходів, підвищити рівень використання потенціалу державних інституцій у системі профілактичної роботи через спрощення доступу клієнта до медичних, соціальних, освітніх та інших необхідних організацій.

Велике значення для результатів профілактики ВІЛ/СНІДу серед осіб, засуджених до покарань, не пов'язаних з позбавленням волі, сьогодні має активність місцевих громад.

Поєднуючи функції громадського контролю за діяльністю державних інституцій та забезпечення інтересів місцевих громад, недержавні організації, які опікуються питаннями профілактики ВІЛ/СНІДу, у багатьох випадках стають основною рушійною силою в організації цієї роботи та з'єднувальною ланкою між державною політикою та потребами цільових груп населення.

На важливості участі громадськості у процесі ресоціалізації осіб, засуджених до покарань, альтернативних позбавленню волі, наголошується і у положеннях Мінімальних стандартних правил ООН щодо заходів, не пов'язаних з ув'язненням (Токійські правила, 1990 р., Резолюція 45/110).

Зокрема, у пункті 17.1 наголошено на необхідності «заохочення участі (у цьому процесі) громадськості, бо у ньому закладені великі мож-

ливості та оскільки воно є одним з найважливіших факторів зміцнення зв'язків з правопорушниками, щодо яких вжиті заходи, не пов'язані з ув'язненням, їх сім'ями та суспільством. Воно повинне доповнювати зусилля органів кримінального правосуддя». Особливу увагу у правилах приділено волонтерській діяльності. Зокрема, у пункті 19.2 зазначено, що «добровольці повинні заохочувати правопорушників та їх сім'ї до встановлення конструктивних зв'язків із суспільством та більш широким контактів, надаючи їм консультації та інші необхідні форми допомоги відповідно до своїх можливостей та потреб правопорушників».

Співпраця КВІ з громадськими організаціями, зокрема у питаннях профілактики ВІЛ/СНІДу, будується з урахуванням зазначених правил. Активна співпраця дає позитивні результати та свідчить про необхідність її розширення.

Протягом першого півріччя 2010 р. територіальні підрозділи КВІ при виконанні службових завдань співпрацювали з 319 громадськими, 255 релігійними організаціями. При цьому діяльність майже третини недержавних організацій полягала у наданні допомоги нарко- та алкозалежним, ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД підобліковим.

Співпраця з громадськими організаціями у питаннях профілактики ВІЛ/СНІДу серед осіб, які перебувають на обліку КВІ, сьогодні будується на засадах укладення довгострокових угод між організаціями. Форми діяльності, які здійснюють представники недержавних організацій, охоплюють широке коло профілактичних заходів, як правило, комплексного характеру.

Такі заходи можна висвітлити на прикладі діяльності громадської організації «Центр психосоціальної реабілітації хімічно залежної молоді «Крок за кроком», яка співпрацює з підрозділами КВІ м. Києва у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу та надання допомоги у ресоціалізації наркозалежних осіб, засуджених до покарань, не пов'язаних з позбавленням волі.

Організація забезпечує надання особам, засудженим до покарань, не пов'язаних з позбавленням волі, за їх згодою, таких послуг:

- експрес-тестування (із залученням спеціалізованої мобільної амбулаторії) на ВІЛ-інфекцію, сифіліс та інфекції, що передаються статевим шляхом;
- надання засобів гігієни та індивідуального захисту (презервативів, спиртових серветок тощо);
- надання інформаційно-освітніх матеріалів з питань наркоманії, ВІЛ/СНІДу;
- консультування з питань наркоманії, ВІЛ/СНІДу;
- надання направлень для тестування на ВІЛ-інфекцію до Київського міського центру профілактики і боротьби зі СНІД та кабінетів довіри при ньому;
- надання направлень на консультації до фахівців — юриста, психолога, лікаря-інфекціоніста та лікаря-дерматовенеролога.

Важливим аспектом такої співпраці є комплексність профілактичних послуг, які розробляються з урахуванням індивідуальних потреб клієнта.

Для запобігання поширенню АВЛ профілактичні заходи також повинні включати: надання тимчасового притулку, допомогу у працевлаштуванні цільової групи, залучення її до індивідуальної активності у системі профілактики ВІЛ/СНІДу, небезпечних захворювань та шкідливих звичок.

З огляду на правову неврегульованість стимулювання волонтерського руху в Україні особливе зацікавлення викликають проекти зі створення осередків волонтерів та особливо залучення до такої діяльності засуджених.

Отже, профілактика ВІЛ/СНІДу серед осіб, засуджених до покарань, не пов'язаних з позбавленням волі, які перебувають на обліку КВІ, передбачає надання широкого спектру послуг. Така профілактика — складова стратегії профілактики ВІЛ/СНІДу в пенітенціарній системі.

Особливістю такої роботи є те, що вона здійснюється органами виконання покарань в умовах вільного суспільства, а тому не може бути ефективною без співпраці з місцевими державними і недержавними інституціями. Основними засадами такої роботи є безперервність, комплексність, програмність та орієнтованість на усі потреби підоблікових у реальному соціальному середовищі, які впливають з умов їх життя до вчинення злочину.

ДОДАТКИ

Додаток А

Міжнародні керівні принципи щодо ВІЛ/СНІДу та прав людини

23-25 вересня 1996 р. відбулася друга міжнародна консультативна нарада з питань ВІЛ/СНІДу і прав людини, покликана надати державам допомогу у формуванні позитивної правової відповіді на ВІЛ/СНІД. Ця нарада установила Керівні принципи щодо ВІЛ/СНІДу й прав людини.

Мета принципів — перевести міжнародні норми прав людини в практичну площину в контексті ВІЛ/СНІДу.

Принципи містять дві частини. У першій частині підкреслено позитивну відповідь на ВІЛ/СНІД, а в другій — визначено дієві заходи, які мають вживатися урядом у сферах права, політики та практики, аби захистити права людини й досягти пов'язаних з ВІЛ-інфекцією цілей у площині громадського здоров'я.

У зв'язку з особливою важливістю цього документа наведемо короткі витяги з цих Керівних принципів.

Принцип 1. Держави повинні створити ефективні національні механізми відповіді на ВІЛ/СНІД, що забезпечать скоординований, колективний, прозорий і підзвітний підхід, який дасть змогу реалізувати політики й програми реагування на ВІЛ/СНІД на всіх рівнях управління.

Принцип 2. Держави через політичну й фінансову підтримку повинні забезпечити проведення консультацій на рівні громад на всіх етапах вироблення політики, виконання й оцінювання результативності програм у сфері ВІЛ/СНІДу, а також надати змогу громадським організаціям ефективно здійснювати свою діяльність, зокрема у сфері етики, права й прав людини.

Принцип 3. Держави повинні переглянути та реформувати законодавство у сфері охорони громадського здоров'я таким чином, щоб воно давало можливість адекватно вирішувати проблеми гро-

мадського здоров'я, які виникають у зв'язку з ВІЛ/СНІДом, з тим, щоб положення цього законодавства, застосовувані до хвороб, які передаються випадково, не застосовувалися необґрунтовано щодо ВІЛ/СНІДу, і щоб зазначене законодавство відповідало міжнародним зобов'язанням у сфері прав людини.

Принцип 4. Держави повинні переглянути та реформувати кримінальне законодавство й пенітенціарні (виправні) системи, щоб вони відповідали міжнародним зобов'язанням у сфері прав людини, не використовувалися неправильно в контексті ВІЛ/СНІДу і не були спрямовані проти вразливих груп населення.

Принцип 5. Держави повинні ухвалити чи посилити антидискримінаційні та інші охоронні закони, які б захищали від дискримінації у державному і приватних секторах уразливі групи, людей, які живуть із ВІЛ/СНІДом, та тих, що мають інвалідність; забезпечували б недоторканність приватного життя, конфіденційність і дотримання етичних норм при проведенні досліджень на людині; робили б акцент на вихованні та примиренні й передбачали швидке та ефективне застосування адміністративних і цивільно-правових засобів захисту.

Принцип 6. Держави повинні ухвалити закони стосовно регулювання питань, пов'язаних з товарами, послугами й інформацією щодо ВІЛ-інфекції, маючи на увазі забезпечення широкої доступності якісних профілактичних заходів і послуг, належне інформування про лікувально-профілактичні аспекти ВІЛ-інфекції, а також безпечне й ефективне лікування за доступними цінами.

Принцип 7. Держави повинні створити та підтримувати служби правової підтримки, які інформуватимуть людей, уражених ВІЛ/СНІДом, про їхні права, надавати безкоштовні юридичні послуги з метою забезпечення дотримання цих прав

Принцип 8. Держави у співпраці з громадськістю та за її посередництва повинні забезпечити сприятливе і стимулююче середовище для жінок, дітей та інших уразливих груп шляхом усунення упередженості й нерівності, які зумовили цю вразливість, забезпечення діалогу з насе-

ленням, створення спеціальних соціальних служб і служб охорони громадського здоров'я, а також через підтримку уразливих груп населення.

Принцип 9. Держави повинні підтримувати широке та перспективне поширення творчих, виховних, навчальних та інформаційних програм, призначених для того, щоб дискримінація й остракізм, що асоціюються з ВІЛ/СНІДом, були замінені розумінням і співчуттям.

Принцип 10. Держави повинні забезпечити розробку урядовими органами та приватним сектором кодексів (правил) поведінки з питань ВІЛ/СНІДу, які б інтегрували принципи прав людини у кодекси професійних обов'язків і практики, що доповнювалися б механізмами забезпечення їх дотримання.

Принцип 11. Держави повинні створити контрольні механізми з метою гарантування захисту прав людини, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, зокрема, прав людей, які живуть із ВІЛ/СНІДом.

Принцип 12. Держави повинні співпрацювати з усіма відповідними програмами та установами системи ООН, зокрема з ЮНЕЙДС, у справі обміну знаннями та досвідом з проблематики захисту прав людини, пов'язаних з ВІЛ/СНІДом, а також створювати ефективні механізми захисту прав людини в контексті ВІЛ/СНІДу на міжнародному рівні.

Додаток Б

Рекомендації ВООЗ стосовно ВІЛ-інфекції та СНІДу у в'язницях

Ці рекомендації підготовлено на підставі технічних даних, отриманих ВООЗ до й під час консультації експертів, яка відбулася в Женеві у вересні 1992 р. У нараді взяли участь представники міжнародних неурядових організацій, а також державних відомств, що мають значний та різноплановий досвід щодо вирішення проблем, пов'язаних з поширенням ВІЛ/СНІДу у в'язницях, з погляду питань охорони здоров'я, управління й дотримання прав людини. Рекомендації визначають стандарти у сфері охорони здоров'я, яких повинна дотримуватися адміністрація пенітенціарного закладу для ефективної профілактики поширення ВІЛ-інфекції у в'язницях і надання допомоги тим, хто є носієм ВІЛ-інфекції або хворим СНІДом. Мається на увазі, що адміністрація пенітенціарного закладу буде користуватися цими рекомендаціями з урахуванням конкретних обставин.

А. Загальні принципи

1. Усі ув'язнені мають право на медичне обслуговування, зокрема профілактичне, яким користуються всі члени суспільства, без будь-якої дискримінації, особливо на підставі їх правового статусу або національності.
2. Загальні принципи, закріплені в національних програмах боротьби зі СНІДом, повинні поширюватися на ув'язнених рівною мірою, як і на інших членів суспільства.
3. У кожній країні слід виробити конкретну політику відносно профілактичних заходів щодо боротьби з ВІЛ/СНІДом у в'язницях і надання допомоги особам, що є носіями ВІЛ-інфекції. Така політика й стратегія стосовно в'язниць повинна бути розроблена в тісній співпраці з національними органами охорони здоров'я, адміністрацією пенітенціарних закладів та відповідними представни-

ками громадськості, включаючи неурядові організації. Ці заходи повинні знайти відображення в більш широкій програмі, спрямованій на зміцнення здоров'я ув'язнених.

4. Профілактичні заходи щодо боротьби з ВІЛ/СНІДом у в'язницях повинні стати доповненням до загальнонаціональних заходів у цій галузі та поєднуватися з ними. Крім того, під час розробки профілактичних заходів слід виходити з підвищеної небезпеки зараження у в'язницях, особливо внаслідок спільного використання споживачами наркотиків голок для ін'єкцій і відсутності запобіжних засобів при статевих контактах. Під час здійснення просвітницької роботи серед ув'язнених необхідно прагнути до реально досяжної зміни в їх поглядах і поведінці, як у період перебування у в'язниці, так і після звільнення.
5. Під час планування національних програм боротьби зі СНІДом й організації охорони здоров'я населення та надання необхідної первинної медичної допомоги, а також при розподілі коштів, особливо в країнах, що розвиваються, необхідно брати до уваги потреби ув'язнених та персоналу в'язниць.
6. Активне залучення неурядових організацій, участь самих ув'язнених і недискримінаційне та гуманне ставлення до осіб, що є носіями ВІЛ-інфекції або хворіють на СНІД, є передумовами для ефективної реалізації стратегії щодо запобігання поширенню ВІЛ-інфекції.
7. Важливо визнати, що обстановка у в'язниці багато в чому залежить як від працюючого там персоналу, так і від самих ув'язнених. Тому і ті, й інші повинні схвалювати активну участь у розробці та здійсненні ефективних профілактичних заходів, поширенні необхідної інформації та запобіганні дискримінації.
8. Адміністрація пенітенціарного закладу відповідає за вироблення та практичну реалізацію тих заходів, які сприятимуть створенню безпечнішої обстановки та зменшать ризик поширення ВІЛ-інфекції серед ув'язнених і персоналу.
9. Слід сприяти проведенню незалежних досліджень стосовно ВІЛ/СНІДу серед ув'язнених, які бажатимуть, крім іншого, передати успішний досвід

роботи у в'язницях. Відносно всіх досліджень у в'язницях повинна бути проведена незалежна експертиза з боку комітету з етики, який стежить за неухильним дотриманням етичних норм. Результати таких досліджень слід використовувати на користь ув'язнених, наприклад, для вдосконалення курсу лікування або заходів щодо боротьби з ВІЛ/СНІДом у в'язницях. Адміністрація пенітенціарного закладу не повинна намагатися вплинути на наукові аспекти таких досліджень, їх тлумачення або публікацію.

В. Проведення тестування на ВІЛ-інфекцію у місцях відбування покарання

10. Примусове тестування на ВІЛ-інфекцію серед ув'язнених видається неетичним і малоефективним, воно повинно бути заборонене.
11. Добровільне тестування на ВІЛ-інфекцію, а також відповідні до- і післятестові консультації повинні бути доступні у в'язницях у тій самій мірі, що й у суспільстві в цілому. Добровільне тестування слід проводити тільки з усвідомленої згоди ув'язненого. Необхідно надавати підтримку засудженим під час повідомлення результатів тесту та пізніше.
12. Повідомляти результат тесту повинен тільки медичний персонал, що гарантує збереження лікарської таємниці.
13. Питання стосовно проведення незалежного анонімного дослідження з метою здійснення епідеміологічного нагляду можна ставити тільки тоді, коли така методика застосовується до всього іншого населення даної країни. Ув'язнених слід поінформувати щодо проведення епідеміологічного дослідження в їх в'язниці, а результати такого дослідження повинні бути доведені до їх відома.

С. Профілактичні заходи

1) Освіта й інформація

14. Необхідно ознайомити ув'язнених і персонал в'язниць з інформацією стосовно того, що таке ВІЛ-інфекція та СНІД і як уникнути за-

- раження, звернувши особливу увагу на найбільш імовірні способи передачі інфекції в тюремних умовах і дотримання необхідних вимог після звільнення. Інформація повинна «бути співзвучна» тій, що поширюється в суспільстві в цілому. Ув'язненим необхідно надати доступ до таких засобів поширення інформації (плакатів, брошур і ЗМІ), розрахованих на загального користувача. Усі письмові матеріали, що надаються ув'язненим, повинні відповідати рівню їхньої освіти; інформацію слід подавати тією мовою й у такій формі, які будуть їм зрозумілими, з привабливим та чітким оформленням.
15. Персонал пенітенціарного закладу слід ознайомити з інформацією щодо профілактики ВІЛ/СНІДу під час їх підготовки до відповідної роботи, а згодом — на регулярній основі.
 16. Освіту ув'язнених у цій сфері слід починати з найперших днів їх перебування у в'язниці, продовжувати протягом усього строку, а також після звільнення. Усі ув'язнені повинні мати можливість обговорювати отримані відомості з кваліфікованими фахівцями. Довірливе спілкування в групах і на індивідуальній основі є важливим елементом просвітницької роботи.
 17. Необхідно сприяти участі ув'язнених і персоналу пенітенціарного закладу в процесі розробки інформаційних матеріалів, зважати на їх думки й погляди.
 18. Оскільки обмін інформацією між членами одного кола має велике значення, персонал пенітенціарного закладу і самі ув'язнені повинні бути залучені до роботи з поширення інформації.
 19. Освіта щодо обмеження поширення інфекції повинна акцентувати увагу на принципах дотримання запобіжних заходів. Слід наголошувати на відсутності будь-якого ризику зараження ВІЛ-інфекцією під час звичайних повсякденних контактів. Необхідно уникати надмірних та непотрібних запобіжних заходів при спілкуванні з ВІЛ-інфікованими ув'язненими.

II) Зараження статевим шляхом

20. Ув'язнені повинні мати інформацію щодо тих статевих контактів, які можуть призвести до інфікування ВІЛ. Слід також пояснити роль презервативів у профілактиці зараження ВІЛ-інфекцією. Оскільки у в'язницях відбуваються безпосередні статеві контакти, навіть у випадку їх заборони, ув'язнені повинні мати презервативи протягом усього строку покарання. Їх слід видавати також у випадку відпустки й при звільненні.
21. Адміністрація пенітенціарного закладу відповідає за попередження агресивних форм сексуальної поведінки, таких як зґвалтування, експлуатація легко вразливих ув'язнених (наприклад, гомосексуалістів або психічно неповноцінних) і всіх форм насильства над ув'язненими, забезпечуючи достатню кількість персоналу, ефективні заходи нагляду, дисциплінарні стягнення, а також план просвітницької роботи, корисної праці й відпочинку. Ці заходи повинні застосовуватися незалежно від наявності або відсутності ВІЛ-інфекції в конкретних ув'язнених.

III) Зараження через ін'єкції

22. Небезпека застосування наркотиків повинна бути передбачена в загальній програмі освіти стосовно ВІЛ/СНІДу. Слід звернути особливу увагу на підвищений ризик, що виникає при використанні загального інструментарію у порівнянні з іншими, менш небезпечними способами вживання наркотиків і провести відповідні роз'яснення. Наркотично залежних ув'язнених слід заохочувати до участі в програмах лікування від наркологічної залежності під час їх перебування у в'язниці, зберігаючи при цьому конфіденційність. Такі програми повинні передбачати інформацію стосовно лікування від наркологічної залежності, а також щодо небезпек, пов'язаних з різними способами вживання наркотиків.
23. Ув'язнені, які до позбавлення волі постійно одержували метадон, повинні мати можливість продовжити це лікування й у в'язниці. У тих країнах, де метадон застосовують для лікування осіб, залеж-

них від препаратів, які вміщують опій, цей вид лікування повинен бути також застосований і у в'язницях.

24. У тих країнах, де особи, що вживають наркотики ін'єкційним шляхом, використовують хлоррозчини, необхідно мати у наявності розчинену хлорку (наприклад, розчин гіпохлорита натрію) або інший ефективний антисептик і надавати ув'язненим, що вживають наркотики через ін'єкції, а також при нанесенні ними татуювань або проколюванні будь-яких частин тіла, разом з детальною інструкцією щодо того, як дезінфікувати засоби для ін'єкцій. У країнах, де споживачам ін'єкційних наркотиків надають стерильні шприци та голки, слід розглянути питання щодо надання стерильних ін'єкційних інструментів під час ув'язнення й після звільнення для тих ув'язнених, які звернуться з відповідним проханням.
25. Медичне обслуговування у в'язницях повинне бути забезпечене необхідними матеріалами й засобами, достатніми для того, щоб виключити зараження ВІЛ-інфекцією через використання нестерильних інструментів під час лікувальних процедур.

IV) Застосування інших речовин, що підвищують імовірність зараження ВІЛ-інфекцією

26. Приймання через рот або вдихання речовин, що впливають на психіку, таких як кокаїн, розчинники й алкоголь, деякі з яких широко вживають у пенітенціарних закладах усього світу, може підвищити ризик зараження ВІЛ-інфекцією, оскільки вони притупляють свідомість і заважають ув'язненим згадати необхідні запобіжні заходи тоді, коли в цьому виникає потреба. Тому ті, хто вживає або може вживати такі речовини, повинні усвідомлювати цю небезпеку, а також інші можливі негативні наслідки їх вживання з погляду загального збитку для здоров'я.

D. Поводження з ВІЛ-інфікованими ув'язненими

27. Оскільки сегрегація, ізоляція й обмеження в професійній діяльності, спорті й відпочинку не визнаються як корисні або необхідні стосовно людей, інфікованих ВІЛ, такого ж саме підходу слід дотримуватися

- й відносно ув'язнених-носіїв ВІЛ-інфекції. Рішення стосовно ізоляції повинні ухвалюватися тільки медичним персоналом і на тих же підставах, що й по відношенню до інших членів суспільства, тобто відповідно до норм і правил, прийнятих органами охорони здоров'я країни. Права ув'язнених не повинні бути ущемлені в тій мірі, у якій це не є абсолютно необхідним за медичними показниками й не передбачене нормами і правилами, запропонованими органами охорони здоров'я. ВІЛ-інфіковані ув'язнені повинні мати рівний доступ до майстерень та до робіт на кухні, фермі та в інших робочих місцях, а також брати участь у всіх програмах, передбачених для всіх ув'язнених у цілому.
28. Ізоляція на обмежений період може бути запропонована за медичними показниками для ВІЛ-інфікованих ув'язнених з легенеvim туберкульозом у заразній стадії. Превентивна ізоляція може також знадобитися для ув'язнених зі СНІД-асоційованою імундепресією, однак такий захід повинен застосовуватися тільки з усвідомленої згоди самого ув'язненого. Рішення щодо необхідності ізоляції або сегрегації ув'язнених (зокрема носіїв ВІЛ-інфекції) можуть ухвалюватися за медичними показаннями та тільки медичним персоналом і не під впливом з боку адміністрації пенітенціарного закладу.
29. Рішення стосовно застосування дисциплінарних заходів, таких як одиночне ув'язнення, у тому числі відносно осіб, що зробили агресивний або насильницький статевий акт, або тих, хто загрожував такими діями, слід ухвалювати безвідносно наявності або відсутності ВІЛ-інфекції.
30. Слід стимулювати товариські відносини ув'язнених з носіями ВІЛ-інфекції або хворими на СНІД, щоб запобігти дискримінації, а також боротися зі страхом і упередженнями щодо ВІЛ-інфікованих людей.

Е. Конфіденційність

31. Інформація щодо стану здоров'я й лікування ув'язнених є конфіденційною та повинна міститися в документах, доступних тільки для медичного персоналу. Медичний персонал може надати адмі-

ністрації пенітенціарного закладу або судовим органам відомості, якщо це допоможе лікуванню та догляду за пацієнтом, але тільки за згодою такого ув'язненого.

32. Інформація щодо наявності ВІЛ-інфекції може бути розкрита тільки адміністрації пенітенціарного закладу, якщо медичний персонал вважає, дотримуючись етичних норм, що це забезпечить безпеку та благополуччя ув'язнених і персоналу, виходячи при розголошенні такої інформації з тих же принципів, що застосовуються у суспільстві в цілому. Відносно ув'язнених слід дотримуватися принципів і процедур, що стосуються добровільного повідомлення партнера та прийнятих у суспільстві.
33. У жодному разі не можна дотримуватися практики необґрунтованого повідомлення адміністрації пенітенціарного закладу про наявність ВІЛ-інфекції у ув'язненого. На досьє, камері або документах ув'язненого не повинно бути жодних позначок, ярликів, штампів або інших видимих знаків, що вказують на наявність у нього ВІЛ-інфекції.

Г. Догляд і допомога ВІЛ-інфікованим ув'язненим

34. На кожній стадії хвороби, пов'язаної з ВІЛ-інфекцією, ув'язнені повинні одержувати належну медичну та психологічну допомогу, еквівалентну тій, що надається іншим членам суспільства. Слід стимулювати участь усіх ув'язнених у програмах взаємодопомоги. Необхідно розбудовувати співробітництво з органами охорони здоров'я для надання медичних послуг.
35. Під час арешту ВІЛ-інфіковані ув'язнені без симптомів захворювання повинні мати доступ до медичного спостереження та консультацій.
36. Ув'язнені повинні мати інформацію щодо варіантів лікування та таке ж право на відмову від лікування, яким володіють інші члени суспільства.
37. Лікування ВІЛ-інфекції, а також профілактику та лікування супутніх захворювань слід проводити, надаючи медичні послуги у межах в'язниці з використанням тих же клінічних критеріїв та рівня доступності, які діють у суспільстві в цілому.

38. Ув'язнені повинні мати рівний, порівняно з іншими членами суспільства, доступ до клінічних випробувань методів лікування щодо всіх пов'язаних з ВІЛ/СНІДом хвороб. На них не слід чинити тиск задля участі в клінічних випробуваннях, виходячи з того принципу, що особи, позбавлені волі, не можуть бути об'єктом медичних досліджень, якщо вони не дадуть на те згоди і якщо не передбачається, що такі дослідження принесуть прямі та значні позитивні результати для їхнього здоров'я.
39. Рішення стосовно госпіталізації ув'язненого, хворого на СНІД або іншу пов'язану з ВІЛ-інфекцією хворобою, повинне ухвалюватися за клінічними показниками медичним персоналом. Повинен бути забезпечений доступ до медичного обслуговування з належним оснащенням на рівні, який забезпечений для всього суспільства.
40. Медичні працівники у в'язницях повинні співпрацювати із загальними органами охорони здоров'я для забезпечення медичного й психологічного спостереження за ВІЛ-інфікованими і після звільнення, якщо на те є їхня згода. Необхідно переконувати ув'язнених у необхідності такого спостереження.

G. Туберкульоз і ВІЛ-інфекція

41. Умови в'язниць часто сприяють зараженню туберкульозом, і тут рівень захворюваності може бути вищим, ніж у суспільстві в цілому. Більше того, туберкульоз усе частіше асоціюється з ВІЛ/СНІДом, і ВІЛ-інфіковані ув'язнені можуть бути джерелом підвищеного ризику зараження туберкульозом. Тому необхідно докладати енергійних зусиль для скорочення ризиків, пов'язаних з навколишніми умовами (наприклад, поліпшити вентиляцію, зменшити кількість ув'язнених в одному приміщенні та забезпечити достатнє харчування); для найбільш раннього виявлення випадків захворювання на туберкульоз проводити обстеження під час надходження ув'язнених а, згодом, на регулярній основі, а також за допомогою виявлення контактів і для проведення ефективного лікування.

42. Слід також проводити діагностичне обстеження на туберкульоз серед персоналу пенітенціарного закладу. В'язниці повинні мати програми лікування ув'язнених, хворих на туберкульоз; крім того, необхідно забезпечити подальше спостереження за лікуванням ув'язнених після їхнього переведення в іншу установу або звільнення.
43. Необхідно передбачити здійснення епідеміологічного контролю серед ув'язнених і персоналу пенітенціарного закладу щодо захворюваності на туберкульоз. Особливу увагу слід звернути на раннє виявлення «стійкого» до ліків туберкульозу та здійснення контролю з боку органів охорони здоров'я. Зокрема, необхідно дотримуватися стратегії, спрямованої на проходження ув'язненими повного курсу лікування.

Н. Ув'язнені жінки

44. Потреби ув'язнених жінок вимагають особливої уваги. Персонал, що має справу з жінками, повинен бути підготовлений для розв'язання психологічних та медичних проблем, пов'язаних з поширенням ВІЛ-інфекції серед жінок.
45. Ув'язнені жінки, зокрема ВІЛ-інфіковані, повинні отримувати інформацію та послуги, що враховують їх потреби, включаючи інформацію стосовно способів передачі ВІЛ-інфекції, зокрема від матері дитини або під час статевого акту. Оскільки ув'язнені жінки можуть вступати у статеві контакти під час утримування або умовного звільнення, вони повинні мати можливість уникати зараження ВІЛ-інфекцією, наприклад, за допомогою презервативів, або більш безпечних способів. До їх послуг повинні бути консультації з питань планування сім'ї, якщо це передбачено національним законодавством. Однак не слід здійснювати тиск на ув'язнених жінок з метою переривання вагітності. Вони повинні мати змогу доглядати за своїми маленькими дітьми в період відбування покарання, незалежно від наявності ВІЛ-інфекції.
46. Наступні заходи повинні бути забезпечені всіма адміністраціями пенітенціарних закладів, де перебувають жінки:

- гінекологічні консультації на регулярній основі з особливим акцентом на діагностиці та лікуванні захворювань, що передаються статевим шляхом;
- консультації з питань планування сім'ї, орієнтовані на потреби жінок;
- догляд під час вагітності у відповідній обстановці;
- догляд за дітьми, у тому числі народженими від ВІЛ-інфікованих матерів;
- презервативи й інші контрацептиви під час ув'язнення й на період умовно дострокового звільнення або остаточного звільнення.

I. Ув'язнені в колоніях для неповнолітніх

47. Необхідно розробити програми освіти щодо охорони здоров'я, пристосовані до потреб неповнолітніх ув'язнених, щоб прищепити їм погляди та поведінкові орієнтири, які дають змогу уникнути зараження інфекційними захворюваннями, зокрема ВІЛ/СНІДом. Рішення щодо дітей і підлітків, пов'язані, наприклад, з повідомленням батьків стосовно наявності у дитини ВІЛ-інфекції або одержанням згоди на лікування, слід ухвалювати на тих же підставах, що й у суспільстві в цілому, дотримуючись при цьому принципу пріоритетності інтересів дитини.

J. Іноземні громадяни в місцях відбування покарання

48. Потреби ув'язнених-іноземців повинні задовольнятися без жодної дискримінації. Адміністрація пенітенціарного закладу повинна бути готовою задовольнити потреби, пов'язані з перекладом, усними бесідами з сім'єю й проведенням консультацій. Слід забезпечити належні заходи для захисту ВІЛ-інфікованих іноземних громадян у випадку наявності міжнародних програм щодо передачі або обміну ув'язненими, екстрадиції й інших взаємних обмінів.

К. Обмеження волі та дострокове звільнення

49. До ув'язнених не можуть бути застосовані такі заходи, як переміщення у напіввідкриті гуртожитки чи центри, або інші місця — відкриті в'язниці або в'язниці з полегшеним режимом — на підставі того, що вони є носіями ВІЛ-інфекції, а також не можна ставити питання щодо застосування полегшених заходів через наявність ВІЛ-інфекції.
50. Для ВІЛ-інфікованих ув'язнених слід передбачити медичне обслуговування, психологічну допомогу та соціальну підтримку, які надаються іншим членам суспільства, що сприятиме їх суспільній інтеграції після звільнення.

Л. Дострокове звільнення

51. Якщо це не суперечить міркуванням безпеки й правилам судочинства, ув'язненим з важкою формою СНІДу на останніх стадіях повинно бути, по можливості, надано право на дострокове звільнення, що дасть їм змогу спілкуватися з родиною та друзями і прийняти смерть з гідністю та на волі.
52. Медична служба пенітенціарного закладу повинна на прохання такого ув'язненого надавати вичерпну інформацію щодо його стану здоров'я, необхідного лікування та прогнозу захворювання тим органам, які мають право вирішувати питання стосовно дострокового звільнення. У кожному випадку дострокове звільнення слід ухвалювати з урахуванням потреб таких ув'язнених, які потрапляють на волю без засобів до існування.

М. Зв'язок із суспільством і контроль

53. Слід розбудовувати взаємодію з відповідними неурядовими організаціями та приватними закладами, що мають знання та досвід щодо профілактики ВІЛ/СНІДу, надання консультаційних послуг та соціальної підтримки. Носії ВІЛ-інфекції повинні мати доступ до добровільних організацій та користуватися іншими джерелами консультації і допомоги.

54. Незалежні організації, що захищають інтереси ув'язнених, повинні мати змогу спілкуватися з ВІЛ-інфікованими ув'язненими, за бажанням останніх, та виявляти випадки недостатньої уваги, дискримінації, недотримання норм етики та відхилення від установлених тюремних правил, щоб забезпечити гуманне ставлення до ув'язнених.
55. Незалежні органи охорони здоров'я повинні проводити регулярні відвідування всіх пенітенціарних установ і здійснювати контроль за ними.
56. Ув'язнені повинні мати змогу подати скаргу до незалежних компетентних органів у разі принизливого ставлення, дискримінації або недотримання основних етичних норм у зв'язку з ВІЛ/СНІДом, і їх прохання необхідно задовольняти.

N. Ресурси

57. Органи влади повинні виділяти достатнє фінансування для охорони здоров'я у в'язницях, відповідний персонал і виконувати конкретну діяльність щодо боротьби з ВІЛ/СНІДом. Виділені ресурси слід використовувати для здійснення профілактичних заходів, проведення консультацій, надання амбулаторної допомоги, забезпечення медикаментами та лікування в стаціонарних умовах.

O. Оцінювання та дослідження

58. Для створення адекватної інформаційної бази з метою планування заходів і практичних кроків у цій області рекомендується провести дослідження щодо поширення ВІЛ/СНІДу серед ув'язнених. Такі дослідження могли б, зокрема, бути присвячені питанням стосовно ступеня поширення ВІЛ-інфекції або рівня ризику зараження ВІЛ-інфекцією.
59. Слід здійснити оцінювання практичних заходів, що вживаються адміністрацією пенітенціарного закладу з метою запобігання зараженню ВІЛ-інфекцією, а також для надання допомоги тим, хто є носієм вірусу або хворим на СНІД. Така оцінка могла б бути використана адміністрацією для вдосконалення форм та практичної реалізації відповідних заходів.

Додаток В

Адреси для листування з органами державної влади

Адміністрація Президента України

01220, Київ, вул. Банкова, 11,

тел.: (044) 255-73-33

Верховна Рада України

01008, Київ, вул. М. Грушевського, 5,

тел.: (044) 255-42-46

Відділ з питань звернень громадян апарату Верховної Ради України

01008, Київ, вул. Банкова 6/8 (5-й під'їзд),

тел.: (044) 255-41-93, 255-41-40

Уповноважений Верховної Ради України з прав людини

01008, Київ, вул. Інститутська, 21/8,

тел.: (044) 253-75-89, 253-22-03

ел. адреса: omb@ombudsman.kiev.ua

Кабінет Міністрів України

01008, Київ, вул. М. Грушевського, 12/2,

тел.: (044) 256-76-24

Сектор прийому громадян: пров. Музейний, 12.

Міністерство охорони здоров'я України

01021, Київ, вул. М. Грушевського, 7,

тел.: (044) 253-24-39, факс: (044) 253-69-75,

ел. адреса: moz@moz.gov.ua

Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом

03150, Київ, вул. Анрі Барбюса, 5,

тел.: (044) 275-46-17

Міністерство внутрішніх справ України
01024, Київ, вул. Академіка Богомольця, 10,
тел.: (044) 256-03-33

Міністерство соціальної політики України
01001, Київ, вул. Еспланадна, 8/10,
тел.: (044) 226-24-45, 289-54-48

Міністерство освіти, науки, молоді та спорту України
01135, Київ, пр. Перемоги, 10,
тел.: (044) 486-24-42, 226-26-61

Міністерство юстиції України
01001, Київ, вул. Архітектора Городецького, 13,
тел.: (044) 278-37-23, 486-71-32 (довідка про реєстрацію і розгляд
звернень та прийом громадян)

Департамент державної виконавчої служби, тел.: (044) 226-25-20
Управління розгляду звернень і прийому громадян, тел.: (044) 224-15-35
03056 м. Київ, вул. Виборзька, 32

Національне бюро у справах дотримання Конвенції про захист
прав і основних свобод
тел.: (044) 207-46-15

Державна пенітенціарна служба України
04050, м. Київ, вул. Мельникова, 81,
тел./факс: (044) 461-86-00,
телефон довіри: (0800) 501-65-90, (044) 461-86-79

Генеральна прокуратура України
01601, Київ, вул. Різницька, 13/15,
тел.: (044) 280-10-20

Конституційний Суд України
01601, Київ, вул. Жилинська, 14,
тел.: (044) 238-10-11

Верховний Суд України
01024, Київ, вул. П. Орлика, 4,
тел.: (044) 226-23-04, 238-13-65

Вищий господарський суд України
01016, Київ, вул. О. Копиленка, 6,
тел.: (044) 536-18-01

Державна податкова адміністрація України
04655, Київ-53, пл. Львівська, 6,
тел.: (044) 272-44-02.

Додаток Г

**Недержавні організації, які співпрацюють
з підрозділами кримінально-виконавчої інспекції
Державної кримінально-виконавчої служби України
у питаннях профілактики ВІЛ/СНІДу та надання допомоги хворим**

№ з/п	Назва організації (контактна інформація)	Назва підрозділів КВІ, з якими співпрацює	Напрями та форми співпраці
Вінницька область			
1.	Вінницьке відділення Міжнародного Благодійного фонду Розвитку людини, 21000, м. Вінниця, вул. Пархоменка, 16	КВІ Ленінського району м. Вінниці	Тренінги з профілактики ВІЛ/СНІДу та наркоманії. Інформаційні, консультативні, психологічні, медичні послуги наркозалежним особам; обмін шприців, розповсюдження контрацептивів та спиртових серветок серед споживачів, ін'єкційних наркотиків.
Донецька область			
2.	Обласна громадська організація «Фундація «Молодь Донбасу», 83017, м. Донецьк, бул. Шевченко, 27, офіс 229, тел.: (062) 333-07-47	КВІ м. Донецька та м. Харцизька	Індивідуальні консультації з особами, які мають труднощі соціальної адаптації, пов'язані із зловживанням алкоголю, наркотиків, ВІЛ-інфікованими. Психологічна допомога молоді, яка зазнала соціально-психологічних травм, засуджена без позбавлення волі або повернулася з місць позбавлення волі. Консультаційна допомога засудженим хворим на туберкульоз. Експрес-тестування на ВІЛ-інфекцію
3.	Громадська організація «Искренность», 87547 м. Маріуполь, вул. Купріна, 67/13, тел.: (0629) 47-49-96	КВІ Жовтневого, Іллічівського, Приморського, Орджонікідзевського районів м. Маріуполя	Соціальна допомога та підтримка, захист інтересів осіб, засуджених до покарань, не пов'язаних з позбавленням волі. Ресоціалізація засуджених. Профілактична робота, консультаційна допомога засудженим, хворим на туберкульоз та ВІЛ/СНІД, забезпечення інформаційними матеріалами.

№ з/п	Назва організації (контактна інформація)	Назва підрозділів КВІ, з якими співпрацює	Напрями та форми співпраці
4.	Маріупольська міська організація Товариства Червоного Хреста, 87515, м. Маріуполь, вул. Торгова, б. 14, тел.: (0629) 33-65-82	КВІ Жовтневого, Іллічівського, Приморського, Орджонікідзевського районів м. Маріуполя	Соціальна допомога та підтримка, захист інтересів осіб, засуджених до покарань, не пов'язаних з позбавленням волі. Ресоціалізація засуджених до покарань, не пов'язаних з позбавленням волі. Консультаційна допомога засудженим, хворим на туберкульоз та ВІЛ/СНІД. Гуманітарна допомога засудженим (одяг, взуття). Забезпечення інформаційними буклетами.
5.	Селидівська міська організація Товариства Червоного Хреста, м. Селидове, вул. Маяковського, 8	КВІ м. Селідова м. Новогродівка	Допомога особам засудженим до покарань, не пов'язаних з позбавленням волі, які мають труднощі в соціальній адаптації, із через зловживання алкоголю, наркотиків, ВІЛ-інфікованим, та безпритульним особам або особам, які зазнали психологічних травм за певних обставин, хворим. Харчова гуманітарна допомога засудженим, консультування.
6.	Міжнародний благодійний фонд «Потенціал», м. Донецьк, вул. Гонімова, 31а, тел.: (067) 745-97-69	КВІ Ленінського району м. Донецька	Психологічна допомога, профілактика алкогольної та наркотичної залежності, допомога ВІЛ-інфікованим, безпритульним дітям, молоді. Консультаційні послуги.
7.	Благодійна організація «Новий день», 84301, м. Краматорськ, вул. Марата, 13-8, тел.: (06264) 3-24-27	КВІ м. Краматорська	Методична та просвітницька діяльність. Ресоціалізація засуджених, зниження ризику інфікування ВІЛ в уразливих групах. Інформаційні буклети, консультаційні послуги.
8.	Благодійна організація «Клуб «Майбутнє», 87529, м. Маріуполь, вул. Воїнів Визволителів, 94/62, тел.: (0629) 47-60-23, e-mail: gala_mark@ukr.net	КВІ Іллічівського, Орджонікідзевського, Жовтневого та Приморського районів м. Маріуполя.	Медична допомога ВІЛ-інфікованим, наркозалежним, хворим на туберкульоз. Профілактика ВІЛ/СНІДу. Соціальна допомога. Тренінги із засудженими.

№ з/п	Назва організації (контактна інформація)	Назва підрозділів КВІ, з якими співпрацює	Напрями та форми співпраці
9.	Благодійний фонд «Оберіг», 85113, м.Костянтинівка, вул. 6-го вересня, 40а, тел.: (06272) 2-08-24	КВІ Костянтинівського району та м. Костянтинівки	Консультаційні послуги засудженим щодо профілактики ВІЛ/СНІДу. Тренінги щодо профілактики ВІЛ/СНІДу, вірусних гепатитів, захворювань, які передаються статевим шляхом. Інформаційні матеріали.
10.	Благодійна організація «Клуб «Світанок», м. Донецьк, вул. Капітана Ратнікова, 8а/1, тел.: (062) 386-82-46	КВІ Іллічівського, Орджонікідзевського, Жовтневого та Приморського районів м. Маріуполя	Медична допомога ВІЛ-інфікованим, наркозалежним, хворим на туберкульоз. Консультування щодо лікування туберкульозу.
11.	Християнська Церква «Надія» м.Селидове, вул. Маяковського, 4 тел.: (06237) 2-74-19	КВІ м. Селидове	Духовна допомога молоді, особам засудженим до покарань, не пов'язаних з позбавленням волі, які мають труднощі в соціальній адаптації через зловживання алкоголем, наркотиками, ВІЛ-інфікованим, та безпритульним особам або особам, які зазнали психологічних травм за певних обставин, хворим.
12.	Церква Християн Віри Євангельської «Спасіння» м. Селидове, вул. Горького, 43	КВІ м. Селидове	
13.	Церква Християн Віри Євангельської України м.Новгородівка, вул. 10 років Незалежності України, тел.: 3-40-68	КВІ м. Новогродівки	
Житомирська область			
14.	Громадська організація «Твоя перемога», м.Житомир, вул. В.Бердичівська, 70, тел.: 34-25-10	Богунська, Корольовська КВІ м.Житомира, Коростенська КВІ	Комплекс заходів щодо профілактики ВІЛ/СНІДу серед засуджених до покарань, не пов'язаних з позбавленням волі. Консультування.
15.	Громадська організація «Перспектива», м. Житомир, пр-т Миру, 21, кв.50, тел.: 44-87-90	Богунська, Корольовська КВІ м. Житомира	Комплекс заходів щодо профілактики ВІЛ/СНІДу серед засуджених до покарань, не пов'язаних з позбавленням волі.

№ з/п	Назва організації (контактна інформація)	Назва підрозділів КВІ, з якими співпрацює	Напрями та форми співпраці
16.	Всеукраїнський благодійний фонд «Оазис життя», м. Коростень, 4-й пров. Толстого, 32, тел.: 4-15-27	Новоград-Волинська, Баранівська КВІ	Комплекс заходів щодо профілактики ВІЛ/СНІДу серед засуджених до покарань, не пов'язаних з позбавленням волі.
17.	Новоград-Волинський благодійний фонд «Світле майбутнє», Житомирська обл., Новоград-Волинський р-н, с.Романівка, вул. Шкільна, 9, тел.: (098) 206-66-02	Новоград-Волинська КВІ	Комплекс заходів щодо профілактики ВІЛ/СНІДу серед засуджених до покарань, не пов'язаних з позбавленням волі.
18.	БО «Християнський центр реабілітації хворих на наркоманію та алкоголізм «Прорив-Перемога», м. Житомир, Корольовський р-н, вул. Велика Бердичівська, буд. 75, кв. 106	Всі підрозділи області	Попередження таких явищ, як наркоманія, ВІЛ/СНІД, наркозлочинність серед молоді.
Запорізька область			
19.	Запорізький благодійний фонд «Сподівання», 69001, м. Запоріжжя, вул. Тюленіна, 23, офіс 11, тел.: (061) 224-07-64	Шевченківська, Жовтнева, Хортицька, Ленінська, Орджонікідзевська, Заводська, Комунарська КВІ	Комплекс заходів щодо профілактики ВІЛ/СНІДу та інших невиліковних хвороб серед хворих засуджених. Робота з алко- та наркозалежним засудженими.
Івано-Франківська область			
20.	Богородчанська громадська організація «Громадський контроль», вул. Конвалюка, 42	Богородчанська КВІ	Комплекс заходів щодо профілактики ВІЛ/СНІДу серед засуджених до покарань, не пов'язаних з позбавленням волі. Інформаційна та консультативна допомога засудженим. Просвітницька діяльність.

№ з/п	Назва організації (контактна інформація)	Назва підрозділів КВІ, з якими співпрацює	Напрями та форми співпраці
21.	Івано-Франківська організація товариства Червоного хреста, м. Івано-Франківськ, вул., Незалежності, 59а	Івано-Франківська КВІ	Допомога в опануванні нової професії, працевлаштуванні, індивідуальна профілактична робота. Інформаційна, методична та просвітницька робота, ресоціалізація засуджених. Індивідуальні бесіди із засудженими щодо профілактики ВІЛ/СНІДу, вірусних гепатитів, захворювань, які передаються статевим шляхом. Надання інформаційних матеріалів.
22.	Благодійний християнський фонд «Солідарність» м. Івано-Франківськ, вул. Січових Стрільців, 34, тел.: (0342) 77-73-31, (0342) 55-27-80	Івано-Франківська КВІ	Індивідуальні консультації особам, які мають труднощі соціальної адаптації через зловживання алкоголем, наркотиками, ВІЛ-інфікованим. Сприяння у лікуванні наркозалежних. Психологічна допомога молоді, яка зазнала психологічних травм, за певних обставин, молоді, яка засуджена без позбавлення волі або повернулася з місць позбавлення волі.
м. Київ та Київська область			
23.	Всеукраїнська Благодійна організація «Конвіктус Україна» 03150, Київ-150, а/с №555. Юр. адреса: 04053, м. Київ, вул. Артема 37/41. Офісне приміщення м. Київ, вул. Тургенєвська, 48, оф. 12. Громадський Центр «Конвіктус», м. Київ, вул. Архітектора Ніколаєва, 3-В, кв. 143, тел.: 067-217-89-70, факс: (044) 486-28-91, 592-58-47	Дарницька, Деснянська, Дніпровська КВІ в м. Києва	Індивідуальне консультування наркозалежних, групи самопомогі, здійснення соціального супроводу, проведення занять щодо роботи на комп'ютері. Надання допомоги юриста, психолога, побутові послуги (перукарня, прання одягу, душ), сприяння у працевлаштуванні. Анонімне тестування за допомогою тест-системи на ВІЛ-інфекцію та сифіліс. Видача інформаційних матеріалів, контрацептивів, спиртових серветок тощо. Проведення груп взаємодопомогі для наркозалежних. Заходи щодо реабілітації та соціальної адаптації, формування соціально безпечної поведінки наркозалежних, допомога в організації психолого-педагогічних консультацій щодо наркозалежних осіб, засуджених до покарань, не пов'язаних з позбавленням волі.

№ з/п	Назва організації (контактна інформація)	Назва підрозділів КВІ, з якими співпрацює	Напрями та форми співпраці
24.	Громадська організація «Крок за кроком» 04215, м. Київ, пр-т Г. Гонгадзе, 20, тел.: (044) 433-32-59	Подільська КВІ м. Києва	Профілактика ВІЛ/СНІДу, допомога з метою ресоціалізації наркозалежних осіб. Тестування на захворювання, профілактичні бесіди.
Кіровоградська область			
25.	Обласний благодійний фонд «Повернення до життя», м. Кіровоград, вул. Пашутіна 5/24, тел.: (0522)27-54-30	Кіровоградська КВІ	Профілактика ВІЛ-інфекції та інфекцій, що передаються статевим шляхом. Семінари, тренінги, побутові та інші послуги.
26.	Всеукраїнська громадська християнсько-просвітницька організація «Нова Надія», м. Ірпінь, Київська обл.	Добровеличківська КВІ	Профілактика паління, наркоманії та ВІЛ/СНІДу. Бесіди.
27.	Всеукраїнська благодійна організація «Конвіктус» Україна	Кіровоградська КВІ	Консультування, тестування ВІЛ-інфекції, реабілітація, сприяння працевлаштуванню, організація дозвілля, соціальний супровід. Анонімне обстеження на ВІЛ-інфекцію, ЗПСШ.
Миколаївська область			
28.	Снігурівська місцева благодійна організація «Вихід є» тел.: (093) 105-62-11	КВІ Снігурівського району	Профілактика ВІЛ-інфекції та наркоманії серед засуджених.
Одеська область			
29.	Громадська організація «Молодіжний центр розвитку» 65076, м. Одеса, вул. Іцхака Рабіна, 7 тел.: (0482) 49-14-74, 048-784-98-37	Біляївська КВІ, Теплодарська КВІ, Київська та Суворовська КВІ м.Одеси	Допомога засудженим, хворим на ВІЛ/СНІД та наркоманію. Допомога у медичному обстеженні. Розповсюдження брошур, буклетів.

№ з/п	Назва організації (контактна інформація)	Назва підрозділів КВІ, з якими співпрацює	Напрями та форми співпраці
30.	Благодійна організація «Рука допомоги», 66500, смт. Любашівка, вул. Фрунзе, 15, тел.: (04864) 2-12-38	Любашівська КВІ	Соціальна підтримка осіб, хворих на ВІЛ/СНІД, та осіб, хворих на наркоманію та алкоголізм.
31.	Міжнародна благодійна організація «Реабілітаційний центр «СТУПЕНИ», 65067, м. Одеса, вул. Іцхака Рабіна, 7, тел.: (0482) 49-14-74 (0482) 49-17-70	Київська КВІ м. Одеси	Профілактика ВІЛ/СНІДу, наркоманії, алкоголізму. Розповсюдження літератури серед засуджених. Бесіди. Допомога в лікуванні.
32.	Громадська організація Центр реабілітації «Свобода», 65000, м. Одеса, вул. Жуковського, 38, тел.: (048)788-10-46	Малиновська КВІ м. Одеси, Приморська КВІ	Робота із засудженими, залежними від алкоголю та наркотиків. Профілактика ВІЛ/СНІДу.
Тернопільська область			
33.	Тернопільська обласна жіноча організація «Олімп», м. Тернопіль, вул. Тарнавського, 3/31	Усі підрозділи регіону	Здоровий спосіб життя; зменшення ризику захворювання ВІЛ/СНІДом у місцях позбавлення волі. Тренінги для засуджених щодо профілактики ВІЛ/СНІДу, ІПСШ, гепатитів, профілактика туберкульозу; формування безпечної поведінки у засуджених. Засоби дезінфекції. Підготовка волонтерів за методом «рівний-рівному».
34.	Зборівська Церква Християн Віри Євангельської м. Зборів, вул. Козацька, 25	Зборівська КВІ, Тернопільська КВІ	Здоровий спосіб життя; зміцнення фізичного психологічного і духовного стану здоров'я; зменшення захворюваності на ВІЛ/СНІД. Підтримка сімей, дітей та молоді кризової категорії. Лекції релігійної тематики. Психологічна допомога, література релігійного змісту.

№ з/п	Назва організації (контактна інформація)	Назва підрозділів КВІ, з якими співпрацює	Напрями та форми співпраці
Херсонська область			
35.	Каховське міське відділення Всеукраїнської благодійної організації «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД», м. Каховка, вул. К Маркса, 138/1	Каховська КВІ	Профілактика ВІЛ/СНІДу та уразливих до ВІЛ груп населення. Соціально-психологічні, педагогічні, медичні послуги
36.	Херсонський обласний Благодійний фонд «Мангуст», 73000, м. Херсон, пров. Береговий, 3, тел.: (0552) 279042	Усі підрозділи регіону	Профілактика ВІЛ/СНІД, наркоманії. Терапевтичні програми реабілітації наркозалежних осіб. Психологічна та соціальна допомога, консультації лікаря-дерматовенеролога. Здоровий спосіб життя. Засоби особистої гігієни, медичні препарати.
Черкаська область			
37.	Уманський благодійний фонд «Пробудження», 20300, Черкаська обл., м.Умань, вул. Урицького, буд. 50, кв. 45	Уманська КВІ	Просвітницька робота щодо попередження наркоманії та ВІЛ/СНІДу.
38.	Обласна благодійна організація «Авангард», 20300, м. Умань, вул. Жовтнева, 2, тел.: (04744) 5-27-51	Уманська КВІ	Соціально-профілактичні заходи. Профілактика наркоманії, алкоголізму та ВІЛ/СНІДу.
39.	Черкаське обласне відділення ВБО «Люди, які живуть з ВІЛ», 18000, м. Черкаси, вул. Можайського, 50	Черкаська КВІ	Інформаційна, юридична допомога, підтримка, консультація лікарів. Профілактика ВІЛ/СНІДу.

№ з/п	Назва організації (контактна інформація)	Назва підрозділів КВІ, з якими співпрацює	Напрями та форми співпраці
40.	Черкаське обласне відділення ВБО «Люди, які живуть з ВІЛ», вул. 30 років Перемоги, 5/1, тел.: (0472)64-09-62	Придніпровська КВІ	Надання можливості денного перебування для дітей, сім'ї, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу.
41.	Помісна церква «Слово життя», Черкаська обл., Тальнівський р-н, м.Тальне, вул. Гагаріна, буд. 17, кв. 57 тел.: (04744) 5-27-51	Уманська КВІ	Профілактика наркоманії, алкоголізму, ВІЛ/СНІДу.
42.	Черкаський регіональний благодійний фонд «З любов'ю до дітей», с. Ч. Слобода, вул. Радянська, 109, тел.: (0472) 56-98-57	Черкаська КВІ	Профілактична робота серед засуджених щодо запобігання розповсюдженню ВІЛ/СНІДу, наркоманії та туберкульозу.
Чернівецька область			
43.	Чернівецький міський благодійний фонд «Нова сім'я», м. Чернівці, вул. Головна, 118а, тел.: (03722) 4-39-26	Чернівецька КВІ	Психологічна, соціальна допомога. Профілактика ВІЛ-інфекції та наркозалежності. Інформаційні матеріали.
44.	Чернівецька обласна громадська організація «КЕФА», м. Чернівці, вул. Іліуци, 26	Чернівецька КВІ	Психологічна, соціальна допомога. Семінари, тренінги, співбесіди щодо профілактики ВІЛ-інфекції та наркозалежності, Реабілітація наркозалежних. Розповсюдження інформаційної продукції.

№ з/п	Назва організації (контактна інформація)	Назва підрозділів КВІ, з якими співпрацює	Напрями та форми співпраці
45.	Християнська Церква «Нове життя», м. Чернівці, вул. Комарова, 31-г/46, тел.: (03722) 7-36-46	Чернівецька КВІ	Духовна, психологічна допомога, проповіді, семінари з питань профілактики ВІЛ/СНІДу.
м. Севастополь			
46.	Севастопольська міська Благодійна організація «Гавань плюс», м. Севастополь, вул. Комуністична, 40	Усі підрозділи КВІ	Тестування на ВІЛ, соціально-психологічний супровід та гуманітарна допомога.

Додаток Д

Перелік рекомендованої літератури

1. ВІЛ у тюрмах: Практичний посібник для пенітенціарних систем. — К., 2001.
2. Догляд і підтримка дітей з ВІЛ-інфекцією. Навч. посібник / Ар'яєв М.Л. та ін. — К.: Кобза, 2003.
3. Додаткова інформація про Спеціальну сесію Генеральної Асамблеї ООН по дітях «Світ, сприятливий до дітей». — Режим доступу: <http://www.unicef.org/specialsession/> чи <http://www.crin.org/themes/specialSession/>
4. Загальні коментарі Комітету ООН з прав дитини «Права дитини та СНІД» № 3. — Режим доступу: <http://www.unhchr.ch/html/menu2/6/crc/doc/comment/hiv.pdf>
5. Запорожан В. Н., Ар'яєв М. Л. ВІЛ-інфекція і СНІД. — К.: Здоров'я, 2004.
6. Зер Г. Зміна об'єктива: новий погляд на злочин та правосуддя. — К., 2004.
7. Карне право, суспільна охорона здоров'я й передача (погроза передачі) ВІЛ. — Женева, 2002.
8. Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дітей. — К., 2004.
9. Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків. — К., 2004.
10. Литвиненко В. І. Основи самодопомоги. — Полтава, 2003.
11. Люди і ВІЛ: Книга для небайдужих /Ред. Е. Пурик. — 4-е вид. — К., 2006.
12. Мар'яновський Г. Права та свободи людини: Конспект курсу лекцій. — К., 2001.
13. Мінімальні стандартні правила поводження із засудженими. — ООН, 1988.
14. Постатейний коментар до Кримінального кодексу України. — Режим доступу: Права інвалідів в Україні / Упор. Л. Скоропада, Т. Яблонська. — 2-е вид. — К.: Сфера, 2002.

15. Принципи профілактики ВІЛ-інфекції серед осіб, що вживають наркотики/ Європейське бюро ВООЗ. — Копенгаген, 2001.
16. Проскура В. В., Телефонко Б. М. Юридично-інформаційний довідник для осіб, які звільняються від відбування покарання з кримінально-виконавчих установ. — Львів, 2006.
17. Профілактика ВІЛ/СНІДу, догляд, лікування і підтримка в умовах в'язниць. — Нью-Йорк: ООН, 2006.
18. Рекомендації ВООЗ стосовно ВІЛ-інфекції та СНІДу в тюрмах. — Женева, 1993.
19. Рудий В. М. Законодавство України у сфері боротьби з ВІЛ/СНІДом. Сучасний стан і шляхи вдосконалення. — К.: 2003.
20. Соціальна робота з людьми, які живуть з ВІЛ/СНІДом. Метод. посібник для проведення курсів підвищення кваліфікації / Ред. Т. Семигіна. — К., 2006.
21. Стандарти соціальних послуг у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні: передумови та перспективи / Упор. В. А. Сановська, М. О. Микитюк. — К., 2005.

Веб-сайти, що містять інформацію щодо прав людини та ВІЛ/СНІДу

1. Верховна Рада [<http://www.rada.kiev.ua>].
2. Верховний Суд України [<http://www.scourt.gov.ua/>].
3. Кабінет Міністрів України [<http://www.kmu.gov.ua/>].
4. Законопроекти України [<http://www.zakon.gov.ua>] (на цьому сайті Ви можете безпосередньо спостерігати за розвитком законодавчого процесу, а також брати в ньому участь).
5. Програма UCAN [[http://www.ucan.isc.org.ua/ukr/civil_society / what_is_advocacy](http://www.ucan.isc.org.ua/ukr/civil_society/what_is_advocacy)] (на сайті розміщений підручник з адвокації).
6. Громадський портал [<http://www.civicua.org>] (інформація про життя й діяльність українських громадських організацій).
7. «Хто є хто в Україні» [<http://www.whoiswho.com.ua>] (сайт пропонує необхідну контактну інформацію про органи державного управління; дається довідкова інформація з номерами телефонів, адресами, біографіями державних службовців і т.д.).
8. Представництво ООН в Україні [www.un.org.ua].

