

## ГЕНЕЗА ПІДХОДІВ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ЗДІЙСНЕННЯ ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В УСТАНОВАХ ПЕНІТЕНЦІАРНОЇ СИСТЕМИ ЗАКОРДОНОМ ТА В УКРАЇНІ

*У статті автором визначено та охарактеризовано становлення ключових підходів до організації та здійснення профілактичних заходів і програм, спрямованих на попередження інфікування ВІЛ ув'язнених та засуджених у пенітенціарних установах закордоном та в Україні. Також у статті виокремлено заходи, доцільні для застосування в українських реаліях у виховних колоніях для неповнолітніх.*

**Ключові слова:** установи виконання покарань, ВІЛ-інфекція, ув'язнені, засуджені, профілактика, профілактичний підхід.

**Постановка проблеми.** Соціально-економічна та соціокультурна криза останніх десятиріч в Україні, несистемність та неорганізованість превентивної діяльності на рівні первинної профілактики супроводжувалася поширенням у дитячо-молодіжному середовищі ризикованої щодо здоров'я поведінки, зростанням рівня наркотизації, зниженням середнього віку вступу у статеві стосунки та збільшенням середньої кількості статевих партнерів, наслідком чого стало з року у рік поширення кількості випадків інфікування ВІЛ. Міжнародні та українські експерти наголошують, що станом на 2015 р. кількість людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, в Україні складає понад 500 тисяч осіб, а це у декілька разів більше даних офіційної статистики. Особливої уваги у контексті епідемії вимагають місця несвободи (установи пенітенціарної системи), у яких ув'язненим та засудженим набагато складніше контролювати ризик інфікування (через необізнаність, ризиковані поведінкові практики та насильство, низький рівень профілактичних послуг), а тому вони є найбільш уразливою групою щодо інфікування.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІД (ЮНЕЙДС) та інших міжнародних структур, в усіх країнах світу кількість ВІЛ-інфікованих серед ув'язнених та засуджених, які перебувають у пенітенціарній системі, в 5 – 10 разів вища, ніж серед загального населення.

На основі здійсненого нами аналізу міжнародного та українського законодавства у сфері профілактики ВІЛ, вітчизняного та зарубіжного досвіду профілактики в установах пенітенціарної системи за останні 20 років, можна визначити, що: (1) необхідність здійснення профілактики інфікування ВІЛ в СІЗО та тюрмах була усвідомлена світовою спільнотою ще на ранньому етапі розвитку епідемії ВІЛ-інфекції; (2) у процесі розвитку підходів до здійснення профілактики ВІЛ-інфекції у місцях позбавлення волі на різних етапах епідемії визначалися різні ключові завдання; (3) Україна пройшла тривалий шлях у становленні концептуальних засад та завдань здійснення профілактичних утручань, які б задовольняли потреби, викликані епідемією ВІЛ-інфекції, зокрема, поширенням її у місцях позбавлення волі.

**Метою** статті є визначення та характеристика становлення ключових підходів до організації та здійснення заходів і програм щодо профілактики ВІЛ-інфекції в установах пенітенціарної системи закордоном та в Україні.

**Результати теоретичного дослідження.** Під *підходом* до організації і здійснення профілактики ВІЛ-інфекції ми розуміємо комплекс заходів, об'єднаних єдиною метою та концептуальними засадами здійснення профілактичних утручань.

З огляду на проведений аналіз ми виокремлюємо такі найбільш поширені підходи до організації і здійснення профілактичних заходів та програм: (1) підхід на основі заборон та обмежень; (2) підхід на основі моделі зменшення шкоди, або дистрибутивний підхід; (3) медико-соціальний підхід; (4) підхід на основі ресоціалізації та просвітницько-профілактичних програм. Охарактеризуємо кожен із виокремлених підходів та особливості його розвитку.

**Підхід на основі заборон та обмежень** – це перший підхід, на якому були побудовані заходи щодо протидії ВІЛ/СНІДу у більшості пенітенціарних систем країн світу наприкінці 80-х – початку 90-х років.

Цей підхід будувався на таких засадах: а) заборона вживання наркотиків та суворе покарання тих, хто продовжує вживати наркотики в місцях позбавлення волі, зберігає у себе наркотики, а також будь-який інструментарій, що необхідний для вживання (зокрема, саморобний); б) невизнання існування одностатевих сексуальних контактів серед засуджених, а отже, і відсутність доступу до презервативів; в) примусове та/або обов'язкове тестування засуджених на ВІЛ; г) ізолювання ВІЛ-інфікованих в окремих блоках.

Дані заходи протягом періоду їх впровадження яскраво показали свою неефективність. Жодна пенітенціарна система світу не змогла досягти абсолютної відсутності вживання засудженими наркотичних речовин. Експерти ВООЗ визначають, що для того, щоб скоротити передачу ВІЛ через вживання ін'єкційних наркотиків, необхідно використовувати не санкції та заборони, а просвітницьку роботу з засудженими та мотивувати їх до зміни поведінки.

Що стосується гомосексуальних контактів в установах, то така поведінка ще менш піддається контролю з боку адміністрації. На сьогодні абсолютно зрозуміло, що заборонити такі контакти неможливо, це стосується і тих країн, де такі зв'язки переслідуються як за релігійними переконаннями, так і за кримінальним законодавством. Щодо зменшення ризику ВІЛ-інфікування засуджених у міжнародних документах з питань профілактики підкреслюється, що слід вживати наступні заходи: поширювати інформацію щодо ризиків інфікування ВІЛ, зокрема через різні види статевого контакту; реалізовувати програми поширення презервативів у місцях позбавлення волі; здійснювати діагностику та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом (ПСП), оскільки вони збільшують вірогідність інфікування ВІЛ у декілька разів [3; 1, с. 19].

Примусове тестування на ВІЛ у всьому світі на сьогодні визнається як порушення прав людини, а також міра, що жодним чином не впливає на зменшення поширеності ВІЛ-інфекції. У "Керівних принципах ВООЗ з ВІЛ-інфекції та СНІДу в тюрмах" (1993 р.) йдеться про те, що практика примусового тестування є неетичною та неефективною і має бути заборонена. На думку експертів ВООЗ, також неефективною практикою є ізолювання ВІЛ-інфікованих, що може мати негативні наслідки з точки зору загального рівня дискримінації, а також здоров'я ізолюваних ВІЛ-інфікованих [1, с. 20].

До 1997 р. політика пенітенціарної системи України щодо ВІЛ-інфекції базувалася на примусовому тестуванні та ізоляції ВІЛ-інфікованих. Однак з квітня 1997 р. установи виконання покарань відмовилися від таких практик. На жаль, при цьому ставлення до ВІЛ-інфікованих часто і досі залишається таким, що принижує їхню честь та гідність.

Отже, обмежена ефективність силових підходів та традиційних профілактичних заходів, а також загроза вибухоподібного поширення в тюрмах ВІЛ-інфекції стимулювали пошук нових стратегій. З початку 90-х років ХХ ст. у пенітенціарних установах західних країн починають широко впроваджуватися заходи, спрямовані на те, щоб знизити ризик інфікування: змінити ризиковані поведінкові практики на більш безпечні. Логічною була поява нового підходу, побудованого на принципах зменшення шкоди від ризикованих поведінкових практик, на що, безперечно, мали вплив ряд міжнародних документів, які були розроблені у період з 1987 по 1998 роки.

**Підхід на основі моделі зменшення шкоди, або дистрибутивний підхід**, було засновано на розумінні того, що якщо використання психоактивних речовин (ПАР) та сексуальні контакти в умовах позбавлення волі заборонити неможливо, то, принаймні, можна подолати багато супутніх проблем, вплинувши на зміну ризикованої поведінки на більш безпечну щодо інфікування ВІЛ та іншими небезпечними інфекціями. Передумовою виникнення підходу є поява стратегії нормалізації у програмах, спрямованих на профілактику ВІЛ. Стратегія нормалізації передбачає зменшення шкоди, яку завдають особистості та соціуму ризиковані поведінкові практики, та зниження ризику інфікування ВІЛ. Провідною моделлю стратегії нормалізації є модель зменшення шкоди.

Даний підхід передбачає зміщення акценту з категоричної ліквідації ризикованої поведінки на створення умов, що б дозволили засудженим, які її практикують, зменшити ризик та попередити інфікування.

Групу специфічних факторів, що впливають на поширення ВІЛ в установах виконання покарань, складають: сексуальні стосунки між чоловіками без застосування презервативів; вживання ін'єкційних наркотиків з використанням нестерильного інструментарію; нанесення татувань нестерильним інструментарієм. Відповідно, ВООЗ, Об'єднаною програмою ООН з ВІЛ/СНІД та іншими агенціями ООН було запропоновано певний комплекс заходів, які мають вжити адміністрації пенітенціарних систем країн світу, щоб знизити ризики, що мають у собі дані поведінкові практики.

У "Керівних принципах ВООЗ з ВІЛ-інфекції та СНІДу в тюрмах", визнаючи факт існування сексуальних стосунків між засудженими попри існуючі заборони, ВООЗ наполегливо рекомендувала адміністрації пенітенціарних установ використовувати практику *поширення презервативів*.

На початку 90-х років в межах 23 пенітенціарних систем з 52-х проаналізованих ВООЗ використовувалась практика поширення презервативів серед дорослих засуджених. На даний час ця практика поширена у широкому колі пенітенціарних систем, включаючи системи установ у Західній Європі, Канаді, Австралії, ряді в'язниць США та окремих країн Східної Європи, у тому числі – України (через посередництво громадських організацій) [1, с. 21].

Умовою ефективною реалізації таких програм є простий та конфіденційний доступ до презервативів, організований за допомогою спеціальних автоматів в оптимальних для цього місцях. Також існують практики поширення презервативів через медиків або ж спеціально навчених інструкторів із числа засуджених.

Однак варто зауважити, що використання подібних програм серед засуджених неповнолітніх ні у міжнародній, ні у вітчизняній практиці не було описано.

Стосовно проблеми попередження інфікування ВІЛ через вживання засудженими ін'єкційних наркотиків можна виділити такі заходи: поширення у місцях засудження стерильних голочок та шприців; поширення дезінфікуючих засобів.

Програми *поширення у місцях позбавлення волі стерильних голочок та шприців*, на думку експертів ВООЗ та відповідних структур ООН, є одними з найбільш ефективних щодо зменшення інфікування засуджених, які вживають ін'єкційні наркотики [5]. Першою у світі в'язницею, де ще в 1993 р. за неофіційною схемою була реалізована програма обміну голочок, стала Обершонгрен – чоловіча в'язниця суворого режиму в Швейцарії. Вона виявилася досить успішною, і з того часу ця ідея стала використовуватися в інших в'язницях Швейцарії, а пізніше – Німеччині, Іспанії. При цьому зберігання наркотиків засудженими, як і раніше, вважалося незаконним, однак зберігання єдиної голки просто ігнорувалося і не розглядалося як передумова для вжиття дисциплінарних заходів [6, с. 7; 2].

Ряд досліджень підтверджують значну поширеність ін'єкційних ПАР в місцях позбавлення волі України, однак наразі у в'язницях системно не діють програми, спрямовані на зменшення шкоди від їх вживання.

Програми *поширення дезінфікуючих засобів* є одним із шляхів зниження ризику інфікування ВІЛ у результаті спільного використання засобів для ін'єкцій. Цей метод полягає у наданні хлорвміщувального розчину або інших дезінфікуючих засобів для стерилізації голочок та шприців. Такі програми користуються більшою підтримкою, порівняно з програмами поширення голочок та шприців, і на сьогодні впроваджуються у ряді пенітенціарних установ Канади, Австралії, Індонезії, Ірану, а також Центральної та Східної Європи.

В установах виконання покарань України дезінфікуючі засоби поширюються виключно через програми, що реалізуються на їх базі громадськими організаціями, відповідно, це відбувається безсистемно і охоплюється незначна кількість установ виконання покарань.

Окрім програм, спрямованих на зменшення шкоди, у системі профілактики ВІЛ-інфекції надзвичайно важливим є запровадження програм, спрямованих на медико-соціальну реабілітацію тих, хто практикує ризиковану щодо інфікування поведінку (зокрема має залежність та вживає ін'єкційні наркотики), а також лікування, догляд та підтримку ВІЛ-інфікованих та тих, хто живе зі СНІДом.

Отже, паралельно з підходом на основі зменшення шкоди, або ж дистрибутивним підходом, розвивається *медико-соціальний підхід*.

У рамках медико-соціального підходу здійснюються такі заходи, спрямовані на попередження інфікування ВІЛ у місцях позбавлення волі: лікування від наркозалежності, у тому числі – замісна терапія; добровільне консультування і тестування на ВІЛ; лікування, догляд та підтримка ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД (зокрема створення груп взаємодопомоги); дострокове звільнення хворих на СНІД.

Велика кількість засуджених, які вживали наркотики до потрапляння у місця позбавлення волі, продовжують робити це і у в'язниці, що, як правило, пов'язано з відсутністю ефективних програм *лікування наркотичної залежності, у тому числі – програм замісної терапії*. Існують різноманітні методи лікування наркозалежності, і всі вони певним чином впливають на рівень ризику ВІЛ-інфікування. При цьому програми замісної терапії характеризуються найвищим потенціалом з точки зору скорочення вживання ін'єкційних ПАР та зниження ризику інфекційних захворювань.

Замісна терапія – це застосування під наглядом лікаря певного лікарського препарату з дією, аналогічною до дії наркотичної речовини, але зі значно меншим рівнем ризику. Дані програми лікування переважно розраховані на тих, хто вживає опіати, тому така терапія найчастіше називається опіоїдна замісна терапія (ОЗТ). ОЗТ грає важливу допоміжну роль під час проведення антиретровірусної терапії для тих наркозалежних засуджених, хто вже інфікований ВІЛ [4]. Програми ОЗТ на сьогодні використовуються у пенітенціарних системах Канади, Австралії, ряді систем США, деяких країнах Західної та Східної Європи, наприклад, в Іспанії, де ОЗТ приймає 18% засуджених, Польщі, Словенії, Угорщині, Молдавії тощо. Загалом у світі у межах пенітенціарної системи та поза нею ОЗТ вживає більш ніж півмільйона осіб [1, с. 22-24]. В українських в'язницях програми ОЗТ не діють взагалі, що вкрай негативно впливає, наприклад, на тих, хто приймав таку терапію до засудження, а також обмежують наркозалежних загалом у виборі шляхів відмови від вживання наркотиків.

Звичайно, у пенітенціарних установах використовуються також і інші методи лікування від наркотичної залежності, що засновані на повній відмові від вживання наркотиків. До числа орієнтованих на утримання програм належить когнітивна та поведінкова терапія, терапія, спрямована на попередження рецидиву, організація терапевтичних груп.

*Добровільне консультування і тестування на ВІЛ (ДКТ)* мають велике значення в установах пенітенціарної системи з двох причин: *по-перше*, у якості одного з елементів програми профілактики ВІЛ-інфікування, оскільки воно дозволяє охопити осіб, які мають підвищений ризик інфікування ВІЛ, та забезпечує інформаційну й іншу форми підтримки для змін моделей поведінки, що характеризуються підвищеним ризиком; *по-друге*, у якості методу діагностики осіб, які живуть з ВІЛ, та організації для них належного лікування, догляду та підтримки.

Світова спільнота стверджує, що засуджені різних пенітенціарних систем світу повинні мати вільний та конфіденційний доступ до консультування (як до-, так і післятестового) та тестування на ВІЛ, про що вже було згадано нами раніше. Окрім того, під час проведення просвітницьких заходів з питань

профілактики ВІЛ засудженим необхідно постійно наголошувати про можливість проходження тесту на ВІЛ та про переваги тестування.

Особи, які пройшли тестування і отримали негативний результат, мають отримати відповідну післятестову консультацію щодо необхідності змінити свою ризиковано поведінку та спосіб життя для уникнення в подальшому ризику інфікування ВІЛ, а також отримати інформацію про варіанти зменшення ризику інфікування ВІЛ за умови продовження ризикованих щодо інфікування ВІЛ практик.

Особи, у яких було встановлено ВІЛ-позитивний статус, повинні отримати відповідну післятестову консультацію та у разі потреби мають бути направлені на відповідне лікування, при цьому слід унеможливити дискримінаційне ставлення до такого засудженого. Окрім того, такі засуджені також повинні отримати інформацію щодо уникнення ризикованих поведінкових практик, а також зменшення ризику, оскільки, по-перше, вони можуть інфікуватися повторно, по-друге, інфікувати інших.

Право на отримання *медичного обслуговування в пенітенціарних установах передбачає забезпечення антиретровірусною терапією (АРВТ)* в межах комплексного лікування ВІЛ/СНІДу. Розробка методу комплексної АРВТ дозволила значно скоротити рівень смертності в результаті ВІЛ/СНІДу в тих країнах світу, де він застосовується.

Забезпечення доступу до АРВТ для тих, хто цього потребує, знаходячись у пенітенціарній установі, є певною проблемою, однак такий доступ є вкрай необхідним.

В Україні у 2005 р. ДДУПВП спільно з МОЗ України видано Наказ № 186/607 від 15.11.2005 "Про організацію антиретровірусної терапії хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД осіб, які тримаються в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах". Даним Наказом затверджено Інструкцію про організацію антиретровірусної терапії, якою передбачено порядок отримання ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД медичної допомоги, у тому числі – диспансерного нагляду, лікування опортуністичних захворювань, що проводиться в медичних частинах установ виконання покарань та СІЗО або ж, залежно від стадії захворювання, у лікарнях кримінально-виконавчої служби, і забезпечення доступу до антиретровірусної терапії. Однак в українській пенітенціарній системі існують проблеми з доступом засуджених до АРВТ, що пов'язані з відділеністю СНІД-центрів від в'язниць, відсутністю якісної підготовки фахівців медичних частин установ виконання покарань, які мають координувати питання призначення та безперебійного забезпечення засуджених АРВТ, людським фактором, найчастіше пов'язаним з байдужістю фахівців до проблем засуджених, бюрократією тощо.

*Дострокове звільнення хворих на СНІД.* Засуджені, у яких настають останні стадії хронічних або невиліковних захворювань, у тому числі ВІЛ/СНІДу, потребують спеціалізованого догляду на термінальній стадії. Зрозуміло, що місця позбавлення волі, навіть у найрозвинутіших країнах, мало для цього пристосовані. Саме тому багато пенітенціарних систем світу застосовують програми звільнення за виключними обставинами, щоб надати можливість невиліковно хворій людині звільнитися з в'язниці достроково. Такі програми дострокового звільнення є не лише актом милосердя, а й у багатьох випадках можуть сприяти покращенню загального стану здоров'я, оскільки визнано, що очікувана тривалість життя невиліковно хворих в'язнів може збільшуватися у результаті отримання якісного лікування, догляду та підтримки після звільнення.

В Україні також існує подібна практика. Так, Наказом ДДУПВП та МОЗ України від 18 січня 2000 р. №3/6 затверджено Перелік захворювань, які є підставою для подання в суди матеріалів про звільнення засуджених від подальшого відбування покарання. До таких захворювань поряд з туберкульозом, онкологією, психічними розладами тощо зараховано також і ВІЛ/СНІД.

Наступний підхід, *підхід на основі ресоціалізації та просвітницько-профілактичних програм*, повинен наскрізно охоплювати всі види активностей, що спрямовані на попередження ВІЛ-інфікування засуджених. Цей підхід передбачає формування комплексу знань, уявлень та відповідно – безпечної щодо інфікування ВІЛ поведінки, яка б практикувалась не лише в умовах пенітенціарної системи, а й після звільнення з місць позбавлення волі.

На нашу думку, до компонентів даного підходу належать: активізація діяльності з ресоціалізації засуджених; попередження насильства у місцях позбавлення волі, зокрема сексуального, та захист потерпілих; реалізація просвітницьких програм та заходів на основі інформування та формування навичок безпечної поведінки серед засуджених [2].

*Активізація діяльності з ресоціалізації засуджених.* Дослідження показують, що одними з факторів, що збільшують уразливість до інфікування ВІЛ в місцях позбавлення волі, є незайнятість засуджених, пригнічений психоемоційний стан, відсутність чітко окресленої перед ними найближчої та віддаленої перспективи, бажання побороти сум втрати свободи та відійти від гнітючої реальності. Саме тому подолання всіх вищеперерахованих факторів сприяє зменшенню проявів ризикованої поведінки серед засуджених, збільшенню їх позитивного сприйняття себе та оточуючої дійсності, бажанню зберігати своє здоров'я.

Міжнародні експерти рекомендують залучати засуджених до навчання та роботи, до спортивної діяльності, до театру та культурного розвитку, до інших способів корисного проведення часу, які б були здоров'язберігаючими та позитивно впливали на формування безпечної поведінки засуджених. Окрім того, згідно з "Мінімальними стандартними правилами поводження з в'язнями" в усіх установах в'язням необхідно забезпечувати можливості для відпочинку і культурної діяльності в інтересах їхнього фізичного і психічного здоров'я.

Вітчизняні дослідники В. М. Синьов, В. І. Кривуша, М. М. Фіцула та П. В. Вівчар наголошують на тому, що саме розумна організація дозволить засуджених, залучення їх до культурної діяльності, праці, формування у них навичок, що допоможуть їм у житті після звільнення, сприяє не лише профілактиці правопорушень, а й збереженню та зміцненню їхнього здоров'я.

Важливу роль у профілактиці ВІЛ-інфікування відіграє *попередження насильства у місцях позбавлення волі, зокрема сексуального, та захист потерпілих*. Існують дані про те, що в пенітенціарних установах світу широко поширене насильство, у тому числі – сексуальне. Як було описано вище, загальна атмосфера насильства в місцях позбавлення волі також є одним із факторів, що підвищує уразливість до інфікування ВІЛ. У багатьох пенітенціарних системах засуджені перебувають у перенаселених приміщеннях без належного нагляду та захисту, піддаючись загрози сексуального насильства.

У зв'язку з цим ефективність зусиль із профілактики інфікування залежить, у тому числі, від реалізації заходів з попередження у в'язницях звалтувань, а також будь-яких інших проявів насильства на сексуальному підґрунті.

Особливо уразливим щодо сексуального насильства та відповідно такими, що потребують додаткових умов захисту, є неповнолітні засуджені, які мають обов'язково утримуватись окремо від дорослих та для яких мають бути розроблені додаткові заходи захисту.

Наступним, але вірогідно, одним з найважливіших компонентів даного підходу є *реалізація просвітницьких програм та заходів на основі інформування та формування навичок безпечної поведінки серед засуджених*.

Просвітницькі програми, спрямовані на формування навичок безпечної поведінки щодо інфікування ВІЛ, є найменш суперечливими та такими, що широко використовуються у пенітенціарних системах світу, зокрема, найактивніше з початку 90-х років.

У матеріалах, надрукованих у результаті проведення широкомасштабних досліджень у місцях позбавлення волі США ще у 1990-х роках, було зазначено, що найпершу роль у подоланні епідемії ВІЛ-інфекції має посідати саме просвітницько-профілактична робота, що не повинна за своїми темпами поступатися такій же діяльності у загальному соціумі, а навпаки – має бути масштабнішою та всеохоплюючою, а участь у просвітницько-профілактичних програмах як засуджених, так і персоналу, має бути обов'язковою.

У країнах Центральної та Східної Європи просвітницько-профілактичні програми щодо попередження ВІЛ-інфекції почали реалізовуватись більш активно *лише* на початку 2000 років, що, власне, і призвело до таких швидких темпів поширення ВІЛ-інфекції у місцях позбавлення волі, якими вони є на сьогодні.

У жовтні 2004 р. у Ліувенхорсті ВООЗ провела Міжнародну нараду з питань охорони здоров'я у в'язницях. У результаті світової спільноті було рекомендовано надати все необхідне для того, щоб персонал в'язниць міг забезпечити всіх засуджених інформацією з питань попередження ВІЛ та інших інфекцій, а також з широкого кола питань збереження здоров'я та попередження ВІЛ-інфікування безпосередньо перед звільненням [1].

При цьому на сьогодні доведено, що лише інформування замало для зміни поведінки. Так, особливу ефективність мають системні та комплексні програми, спрямовані на формування навичок безпечної поведінки.

**Висновки та перспективи подальшого дослідження.** Отже, нами було визначено чотири основних підходи до реалізації профілактики ВІЛ-інфекції, що тією чи іншою мірою представлені за кордоном та в Україні. З урахуванням вищезазначеного можна виокремити найбільш доцільні, з нашої точки зору, компоненти кожного з описаних підходів, що варто включити до системи профілактики поширення ВІЛ-інфекції в установах виконання покарань України, зокрема для ув'язнених та засуджених неповнолітніх.

Щодо підходу на основі заборон і обмежень варто відмітити наступне: більшістю країн світу даний підхід визнано як неефективний, оскільки процеси вживання наркотиків у місцях позбавлення волі, виготовлення татувань, а особливо – статеві стосунки, дуже важко піддаються тотальному контролю. Однак нам невідомі дослідження, які б описували позитиви або недоліки впровадження даного підходу у роботі з неповнолітніми. У тому разі, коли мова йде про неповнолітніх засуджених, профілактична діяльність не повинна суперечити основним документам, покликаним захищати права дитини та забезпечувати належні умови для повноцінного зростання та розвитку. Відповідно, заборона вживання психоактивних речовин є доцільною. В Україні середня кількість засуджених у виховній колонії (до 80-ти осіб) є такою, що за умов правильно організованої роботи випадки вживання ПАР не можуть залишитися непоміченим. При цьому питання, що стосується заборони одностатевих стосунків та унеможливлення доступу до засобів захисту є суперечливим, оскільки, по-перше, навіть за умов невеликої кількості засуджених в установі статеве життя може залишатися поза межами контролю, по-друге, підлітки, знаходячись у періоді підліткової гіперсексуальності, підліткового транзитного гомосексуалізму, коли статевої потяг є недиференційованим, попри заборони та обмеження можуть знаходити способи для ризикованих практик.

З огляду на вище зазначене, наступний підхід на основі зменшення шкоди, або дистрибутивний підхід, може бути використаний у профілактиці ВІЛ серед неповнолітніх, які перебувають у виховних

колоніях, лише у частинах поширення одноразових станків для бриття та, вірогідно, забезпечення доступу до презервативів. Однак є очевидним, що доцільність останнього нововведення та способи його реалізації потребують додаткового вивчення.

Щодо компонентів медико-соціального підходу, доцільними та необхідними серед неповнолітніх є всі вище описані: лікування від наркозалежності, однак, виключаючи замісну терапію, яка найчастіше не є доцільною для неповнолітніх; добровільне консультування і тестування на ВІЛ; лікування, догляд та підтримка ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД; забезпечення заходів щодо попередження передачі інфекції від засудженої матері до дитини; дострокове звільнення хворих на СНІД.

При цьому найбільший акцент у профілактичній роботі з неповнолітніми має бути зроблений на використанні всіх компонентів підходу на основі ресоціалізації та просвітницько-профілактичних програм.

### Використані джерела

1. ВИЧ/СПИД в местах заключения : сб. метод. пособ. для разработчиков политики, администрации тюрем, тюремного персонала и медико-санитарных работников в местах заключения / [под ред. С. В. Ваньковского]. – Нью-Йорк : [б. и.], 2009. – 154 с.
2. ВИЧ/СПИД в тюрьмах стран Центральной и Восточной Европы и бывшего Советского Союза. Обмен игл и шприцев : информационный лист №6 [Электронный ресурс] / Канадская Легальная Сеть по ВИЧ/СПИДу. – 2006. – Режим доступа : <http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons.htm>.
3. ВИЧ/СПИД и права человека : международные руководящие принципы [Электронный ресурс]. – Нью-Йорк; Женева : Организация Объединенных Наций, 1998. – Режим доступа : <http://www.ohchr.org/english/issues/hiv/guidelines>
4. Здоровье в исправительных учреждениях : руководство ВОЗ по основным аспектам охраны здоровья / Проект "Охрана здоровья в тюрьмах" Европейского регионального бюро ВОЗ. – [б. г.] : [б. и.], 2008. – 15 с.
5. Проблема наркомании в тюрьмах и меры по снижению вреда : доклад о положении дел. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005. – 33 с.
6. Тюрьмы и СПИД. Технический обзор. – Женева : [б. и.], 2007. – Серия : ЮНЭЙДС "Примеры передового опыта". – 12 с.

*Zhuravel T.V.*

### GENESIS OF APPROACHES OF ORGANIZATION AND IMPLEMENTATION HIV PREVENTION IN PENAL INSTITUTIONS ABROAD AND IN UKRAINE

*Based on the conducted analysis of the international and Ukrainian legislation, domestic and foreign experience of HIV prevention in penal institutions we can distinguish the following approaches to implementation the preventive measures and programs: the approach based on the prohibitions and restrictions; the approach based on harm reduction, or distributive approach; medical and social approach; the approach of resocialization and education-prevention programs.*

*The approach based on the prohibitions and restrictions is the first approach, which was the foundation for HIV response measures in the most penal systems of countries in the world in the late 80<sup>th</sup> – early 90<sup>th</sup> years. That approach clearly proved to be ineffective, because in order to reduce a HIV transmission through risky practices it should use not prohibitions but educational and motivational work for a conscious rejection of the risky practices*

*The approach based on harm reduction, or distributive approach, is relevant to those convicts who already practice a risky behaviour. The main measures within the approach are providing the access of convicts – injecting drug users to sterile needles and syringes; distribution of disinfectants.*

*Within the third, medical and social, approach it should be applied the following measures: drug treatment, including substitution therapy; voluntary counselling and testing for HIV; treatment, care and support for HIV-infected and AIDS patients; early release of AIDS patients. The fourth approach of resocialization and education-prevention programs should through cover all the types of activities directed on prophylaxis. It takes into account the forming of a complex of knowledge, views, and therefore a safe for HIV infection behaviour, which would practice not only in a prison but after release. The educational programs are the least controversial and widely used in the penitentiary systems of the world.*

**Key words:** *penal institutions, HIV, prisoners, convicts, prevention, preventive approach.*

*Стаття надійшла до редакції 16.11.2015 р.*