

# **ПОШИРЕНІСТЬ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ТА РИЗИКОВАНОЇ ПОВЕДІНКИ СЕРЕД ЗАСУДЖЕНИХ**

*АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД  
ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ БІОПОВЕДІНКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ  
2009, 2011, 2013 років*

***Поширеність ВІЛ-інфекції та ризикованої поведінки серед засуджених.***

Аналітичний огляд за результатами біоповедінкових досліджень 2009, 2011, 2013 років.

**Аналітичний огляд виконано Демченко І.Л., канд. екон. наук,  
на замовлення Управління ООН з наркотиків та злочинності (Програмний  
офіс в Україні)**

Друк цього видання став можливим завдяки щедрій підтримці американського народу через Агентство США з міжнародного розвитку (USAID) та Надзвичайний план Президента по боротьбі зі СНІДом (PEPFAR) в рамках проекту «Підвищення ефективності заходів правоохоронних органів, пенітенціарної системи та наркологічної служби у відповідь на епідемію ВІЛ/СНІДу» (HIV-PLEDGE), який реалізує Управління ООН з наркотиків та злочинності. Ці матеріали відображають думку їх авторів та не обов'язково відображають думку USAID та уряду США.

Електронні або друковані версії даного звіту можна замовити:

Програмний офіс UNODC в Україні

вул. Еспланадна, 20, 7й поверх, офіс 701

Київ 010616 Україна

Тел: +380 44 253 59 60

Факс: +380 44 253 59 61

Ел. пошта: [ro.ukraine@unodc.org](mailto:ro.ukraine@unodc.org)

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	4
1. Поширеність ВІЛ серед засуджених і окремих груп .....	5
2. Ризиковані поведінкові практики .....	10
3. Рівень поінформованості засуджених щодо ВІЛ/СНІД .....	12
4. Охоплення профілактичними програмами .....	13
ВИСНОВКИ .....	14
СПИСОК СКОРОЧЕНЬ .....	15
Додаток 1. СПИСОК УСТАНОВ ДПтСУ, ДЕ ПРОВОДИЛОСЯ ОПИТУВАННЯ .....	16

## ВСТУП

Пенітенціарні установи розглядаються в усьому світі як заклади підвищеного ризику поширення соціально небезпечних інфекцій, серед яких одне з провідних місць посідає ВІЛ.

Протягом 2009-2013 років в Україні було реалізовано галузеву «Програму забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД у закладах пенітенціарної системи і місцях попереднього утримання на 2009-2013 роки». Крім цього, для профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-позитивних засуджених використовуються кошти Глобального фонду для боротьби з ВІЛ/СНІД, туберкульозом та малярією. За підтримки ЄС, ПРООН, міжнародних фондів та допомоги окремих держав реалізуються додаткові програми в рамках окремих тематичних сфер (навчання, підготовка посібників тощо).

Регулярне проведення зв'язаних біоповедінкових досліджень рівня поінформованості та особливостей поведінки засуджених як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління залишається важливою складовою контролю за епідемічною ситуацією в Україні, дозволяє виявляти найбільш проблемні ланки у протидії епідемії у пенітенціарних закладах, визначати її результативність і розробляти пропозиції щодо своєчасної корекції заходів у відповідь на епідемію.

## МЕТОДИКА ДОСЛІДЖЕННЯ

У 2013 році в Україні було втретє проведено зв'язане біоповедінкове дослідження серед засуджених, яке поєднувало в собі опитування представників цільової групи та їх тестування на наявність ВІЛ-інфекції. ДКТ на ВІЛ проводилося з використанням ІФА тест-систем з підтвердженням позитивних результатів за допомогою тест-систем іншого виробника. Два попередні етапи моніторингу були реалізовані у 2009 та 2011 роках. Опитування проводилося методом самозаповнення засудженими анкет в присутності інтерв'юера та співробітника УВП. Основні блоки опитувальника, які стосувалися охоплення засуджених профілактичними заходами, їхнього рівня поінформованості з питань ВІЛ/СНІДу та поширеності ризикованих стосовно ВІЛ-інфікування поведінкових практик, повторювалися в кожному із досліджень.

Особливістю дослідження 2013 року було те, що вперше воно включало обстеження на визначення кількості CD4 лімфоцитів у засуджених, які отримали позитивний результат тесту на ВІЛ. Крім того, вперше засуджені відповідали на запитання про доступність необхідних їм соціальних та медичних послуг в УВП, зокрема йшлося про діагностику та лікування ВІЛ-інфекції, соціальну підтримку ВІЛ-позитивних засуджених тощо.

Специфіка побудови вибірки значною мірою визначалася особливостями проведення біоповедінкового дослідження, а саме необхідністю додержання умов забору, збереження та транспортування зразків крові респондентів до лабораторії. Цей процес обмежений у часі (не більше 3 діб). Тому кількість респондентів у окремо взятих колоніях становила 50 осіб.

У 2009 р. до вибірки увійшло 20 чоловічих, 4 жіночих виправних колонії та 2 виховні колонії (для неповнолітніх): всього 26 установ виконання покарань. Загалом було опитано 1300 засуджених: 1000 чоловіків, 200 жінок та 100 молодих засуджених, які перебувають у виховних колоніях.

У 2011 році модель побудови вибірки була збережена без жодних змін, включаючи кількість УВП різних типів, включених до вибірки, та кількість засуджених, опитаних у кожній з них.

У 2013 році кількість жіночих виправних колоній у вибірковій сукупності була збільшена до 6, а кількість виховних колоній – до 4. При цьому вперше до вибірки була включена виховна колонія для дівчаток (*Додаток 1*). У підсумку був опитаний 1471 засуджений: 1000 чоловіків, 300 жінок та 171 засуджений з числа молоді, що перебуває у виховних колоніях. У кожній з УВП було опитано по 50 респондентів, за винятком Самбірської виховної колонії для хлопчиків, де було опитано 21 засудженого – всіх, хто перебував в даній УВП на момент опитування.

У зв'язку зі зміною структури вибірки при проведенні порівняння за роками використовувалося зважування масиву даних 2013 року, щоб зберегти пропорції чоловіків і жінок та засуджених, опитаних у виправних і виховних колоніях.

## 1. ПОШИРЕНІСТЬ ВІЛ СЕРЕД ЗАСУДЖЕНИХ І ОКРЕМИХ ГРУП

Дані біоповедінкових досліджень, проведених у 2009, 2011 та 2013 роках, фіксують слабку тенденцію щодо зниження рівня поширеності ВІЛ-інфекції серед засуджених, які відбувають покарання в УВП: з 15% у 2009 р. до 11% у 2013 р. (рис. 1.1).

Показник поширеності ВІЛ-інфекції серед жінок майже вдвічі вищий (18%), ніж серед чоловіків (10%). Відмінності між групами значимі на рівні 1%. Порівняно з попередніми роками, цей розрив значно зменшився, зокрема за рахунок зниження частки ВІЛ-інфікованих серед засуджених-жінок (з 33% у 2011 до 18% у 2013 році), тоді як рівень поширеності ВІЛ серед засуджених-чоловіків залишився на тому ж рівні. Детальніший аналіз засвідчив, що на зниження рівня поширеності ВІЛ-інфекції серед жінок не вплинули особливості вибірки 2013 р., а саме збільшення кількості жіночих УВП<sup>1</sup> (рис. 1.1).

<sup>1</sup> Показник поширеності ВІЛ-інфекції, розрахований лише для тих жіночих УВП, що входили до вибірок у 2009 і 2011 роках (колонії №№ 44, 54, 63, 74), становить 19% і значимо не відрізняється від показника 2013 р., розрахованого для всіх жіночих УВП, які увійшли до вибірки цього року.

Рис. 1.1. Поширеність ВІЛ-інфекції серед засуджених, %



\* Відмінності за роками значимі, якщо перевищують 3%

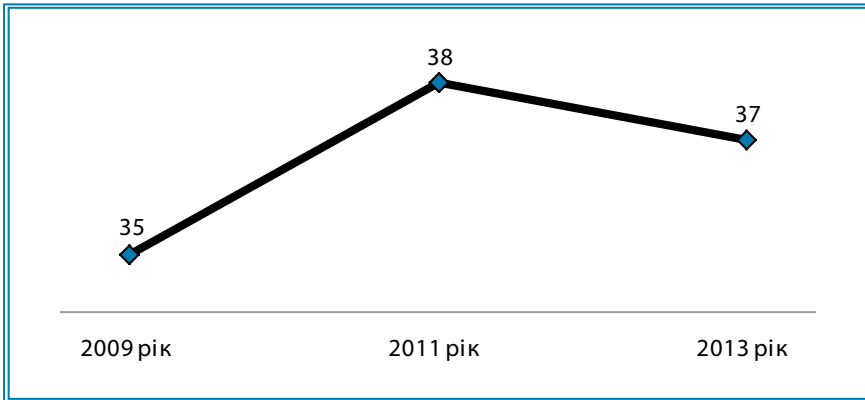
\*\* Відмінності показників для чоловіків і жінок значимі, якщо перевищують 7%

Усі випадки ВІЛ-інфекції, які були виявлені в ході кожного із трьох біоповедінкових досліджень, стосувалися виправних колоній. У виховних колоніях жодного ВІЛ-позитивного результату обстеження на ВІЛ під час біоповедінкових досліджень 2009, 2011 та 2013 років зафіксовано не було.

Наявність у засуджених досвіду вживання ін'єкційних наркотиків значимо підвищує ймовірність їхнього інфікування ВІЛ. За даними 2013 року показник поширеності ВІЛ серед засуджених, які мають такий досвід (22%) вп'ятеро перевищує аналогічний показник для тих, хто ніколи в житті не вживав ін'єкційні наркотики (4%).

Вказана тенденція є досить важливою, адже досвід вживання ін'єкційних наркотиків (йдеться про опіати, стимулятори або метамфетамін, які у т.ч. вводяться ін'єкційним шляхом) мають третина опитаних засуджених (37%), які відбувають покарання в установах КВС. Ця тенденція зберігається впродовж останніх кількох років (рис. 1.2).

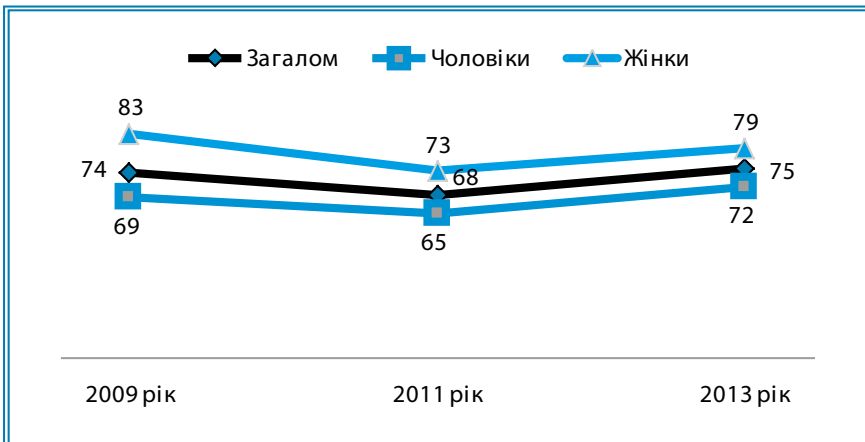
Рис. 1.2. Частка СІН<sup>2</sup> серед засуджених, %



\* Відмінності значимі, якщо перевищують 3%

Високою є представленість споживачів ін'єкційних наркотиків серед виявлених під час опитувань ВІЛ-позитивних засуджених. За останні кілька років питома вага СІН серед ВІЛ-позитивних респондентів варіювала в межах від 73% до 83%, не перевищуючи статистичну похибку. Відмінності між відповідними показниками для чоловіків і жінок статистично не значимі (рис. 1.3).

Рис. 1.3. Частка СІН серед ВІЛ-позитивних засуджених, % (n=162)

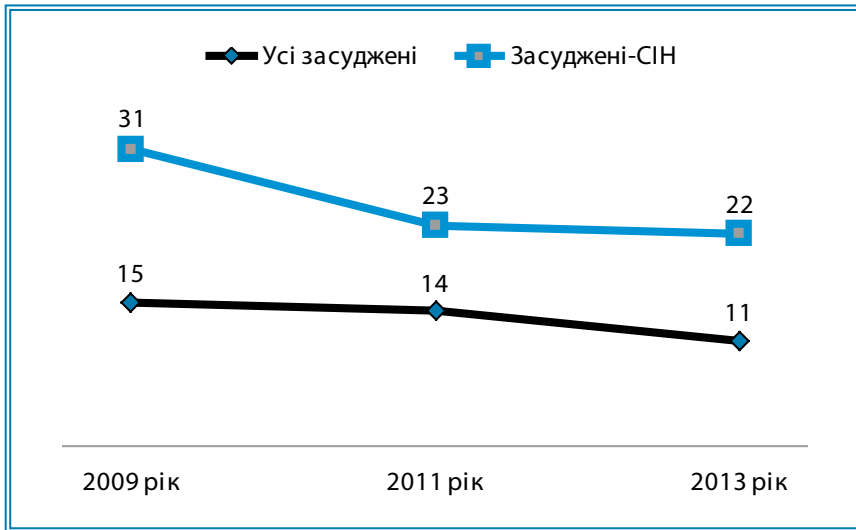


\* Відмінності за роками значимі, якщо перевищують 10%

В цілому показник поширеності ВІЛ для засуджених-СІН вдвічі перевищує відповідний показник для усіх засуджених (рис. 1.4).

2 Тут і далі під «СІН» розуміється особа, яка повідомила, що вживала ін'єкційні наркотики хоча б 1 раз протягом життя

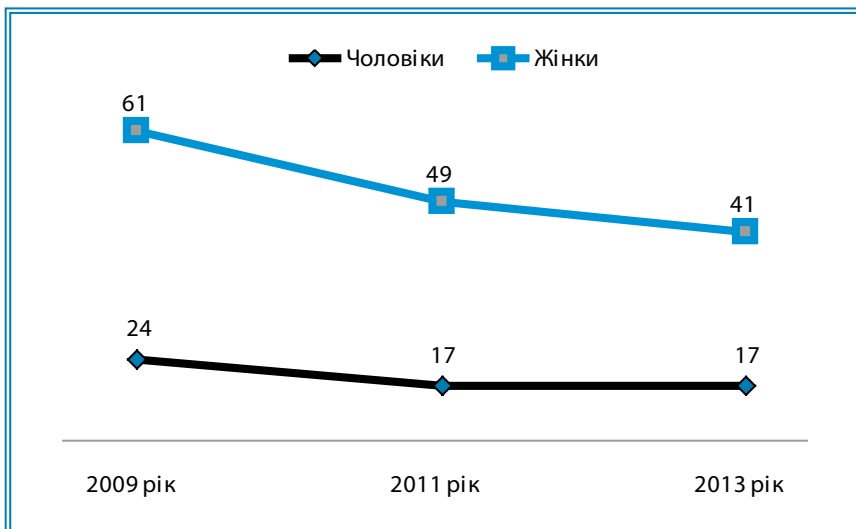
Рис. 1.4. Поширеність ВІЛ-інфекції серед усіх засуджених і засуджених-СІН старших 18 років, %



\* Відмінності за групами значимі на рівні 1%

Згідно з результатами дослідження 2013 року, майже кожна друга жінка-СІН, яка відбуває покарання в УВП (41%), має ВІЛ-позитивний статус. Вдвічі менше таких серед чоловіків-СІН – 17%. Незважаючи на значні розбіжності у відсотках за роками, поширеність ВІЛ серед засуджених жінок-СІН залишається незмінною впродовж досліджуваного періоду. Те ж саме стосується й чоловіків цієї групи (рис. 1.5).

Рис. 1.5. Поширеність ВІЛ-інфекції серед засуджених-СІН старших 18 років, %



\* Відмінності за роками не значимі

\*\* Відмінності показника для чоловіків і жінок значимі на рівні 1%



В ході дослідження 2013 року всім засудженим (162 особи), які отримали ВІЛ-позитивний результат, за винятком 18 засуджених, які вибули із УВП, лікарями МСЧ було запропоновано пройти обстеження на визначення кількості СД4 клітин. 14 засуджених не погодились взяти участь у II етапі обстеження, у решти (131 особа) були взяті зразки крові для дослідження. Після доставки зразків крові до ДУ «Український центр контролю за соцхворобами МОЗ України» співробітниками лабораторії було забраковані 4 зразки крові як не придатні для лабораторного дослідження через надмірний вміст згустків. Таким чином, було визначено кількість СД4 клітин у 126 засуджених, які відбувають покарання в 17 УВП, що становить 77% від виявлених під час I етапу дослідження випадків ВІЛ-інфекції серед засуджених респондентів.

Серед обстежених пацієнтів 20 осіб (16% від усіх обстежених) мали кількість СД4 лімфоцитів  $\leq 200$  клітин в 1 мкл крові, що відповідає стадії СНІДу. Ще 36 ВІЛ-інфікованих (28% від усіх обстежених) отримали результат обстеження з кількістю СД4 лімфоцитів 201-350 клітин в 1 мкл крові (табл. 1.1). Отримані дані свідчать про те, що 56 ВІЛ-інфікованих (44% від усіх обстежених) безумовно потребують призначення їм антиретровірусної терапії у відповідності до вимог клінічного протоколу лікування дорослих та підлітків, затвердженого наказом МОЗ України від 12.07.2010 № 551 «Про затвердження клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків».

Таблиця 1.1

**Результати обстеження на визначення кількості СД4 клітин, % до кількості обстежених (n=126)**

Діапазон кількості СД4 лімфоцитів (кл/мкл крові)	Кількість осіб	% від обстежених
До 200 включно	20	16
201-350	36	28
Понад 350	70	56

Більше половини обстежених (56%) мали кількість СД4 лімфоцитів в діапазоні  $>350$  кл/мкл крові. На жаль, при анкетуванні засуджених не було передбачено отримання даних щодо наявності у них поєднаної патології ВІЛ/ТБ або ВІЛ/гепатит В, тому зробити висновок щодо кількості ВІЛ-інфікованих з числа тих, у кого кількість СД4 лімфоцитів перевищує 350 кл/мкл крові, які потребують призначення їм антиретровірусної терапії, наразі неможливо.

Проведений аналіз свідчить, що лише кожен четвертий (25%) серед ЛЖВ, які безумовно потребують призначення АРВ-терапії (кількість СД4 клітин складає менше 350 кл/мкл крові) приймали її на момент опитування. І хоча цей показник є досить приблизним, враховуючи значну похибку (+/-13%), та неможливість визначити частку тих, кому потрібна АРТ серед тих, у кого кількість СД4 лімфоцитів перевищує 350 кл/мкл крові, але факт наявності значної незадоволеної потреби у АРТ серед засуджених є очевидним.

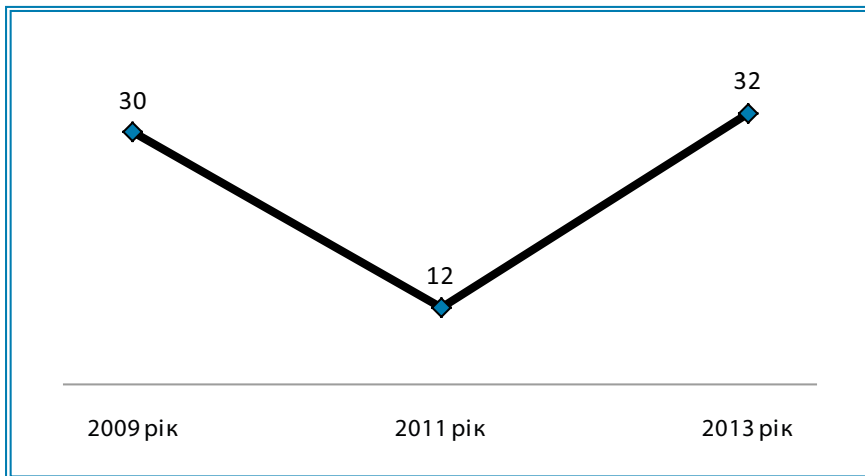
## 2. РИЗИКОВАНІ ПОВЕДІНКОВІ ПРАКТИКИ

Значно підвищують ризик інфікування ВІЛ незахищені статеві контакти (нерегулярне використання презервативів під час сексу, у т.ч. з іншими засудженими однієї статі), введення ін'єкційних наркотиків нестерильним інструментарієм (спільне використання шприца, голка, саморобного інструментарію), а також нанесення татуювання нестерильним інструментом.

Дослідження таких ризикованих щодо ВІЛ/СНІД практик в умовах УВП має певні обмеження. Окрім великої ймовірності отримати нециру відповідь респондента на запитання щодо поведінкових практик через суб'єктивні причини, значним обмежуючим фактором є заборона «Правилами внутрішнього розпорядку» вживання алкоголю, наркотичних речовин, зберігання шприців, інструменту для татуювання, гомосексуальних зв'язків в УВП.

Враховуючи вищезазначене, згідно результатів опитування, серед усіх форм ризикованих практик в УВП більш поширені незахищені сексуальні контакти засуджених із подружніми партнерами. У 2013 році третина респондентів (32%) мали такі контакти протягом останніх півроку. Порівняно із 2011 роком ця частка зросла майже втричі, і тим самим повернулася до рівня 2009 року (рис. 2.1). Значимих відмінностей залежно від статі засуджених зафіксовано не було.

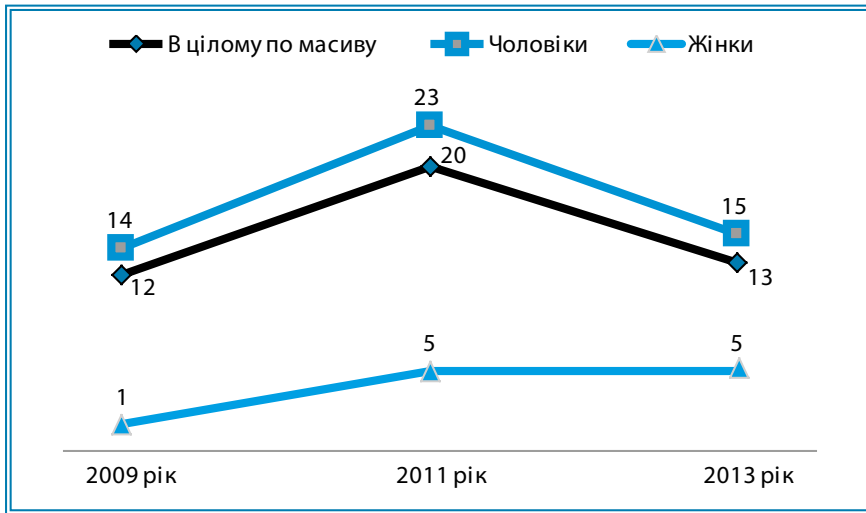
Рис. 2.1. Досвід незахищених сексуальних контактів протягом останніх 6 місяців, %



\* Відмінності значимі, якщо перевищують 3%

Стосовно практики нанесення татуювань фіксуються позитивні тенденції: зниження до рівня 2009 року частки засуджених, які протягом останнього року робили татуювання в умовах УВП: з 20% у 2011 р. до 13% у 2013 р. Чоловіки практикують нанесення татуювань істотно частіше, ніж жінки (рис. 2.2).

Рис. 2.2. Досвід татуювання протягом перебування в УВП протягом останніх 12 місяців, %

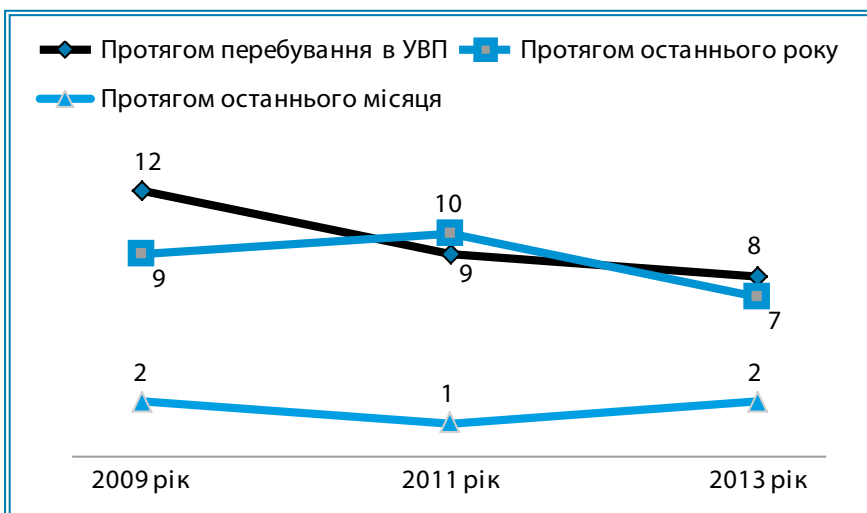


\* Відмінності за роками значимі, якщо перевищують 3%

\*\* Відмінності показників для чоловіків і жінок значимі, якщо перевищують 7%

Непоширеною, однак усталеною серед представників цільової групи залишається практика вживання ін'єкційних наркотиків. У межах статистичної похибки знаходяться частки тих, хто підтвердив вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом впродовж останнього року (7-10%), місяця (1-2%), а також – безпосередньо в УВП (12-8% опитаних зазначили, що вживали опіати, стимулятори або метамфетамін «на волі та в колонії» або «тільки в колонії») (рис. 2.3).

Рис. 2.3. Поширеність вживання ін'єкційних наркотиків, %



\* Відмінності значимі, якщо перевищують 3%

Варто зазначити, що третина засуджених, які підтвердили вживання ін'єкційних наркотиків впродовж останнього року (35 із 102 осіб), практикували це у т.ч. безпосередньо в УВП.

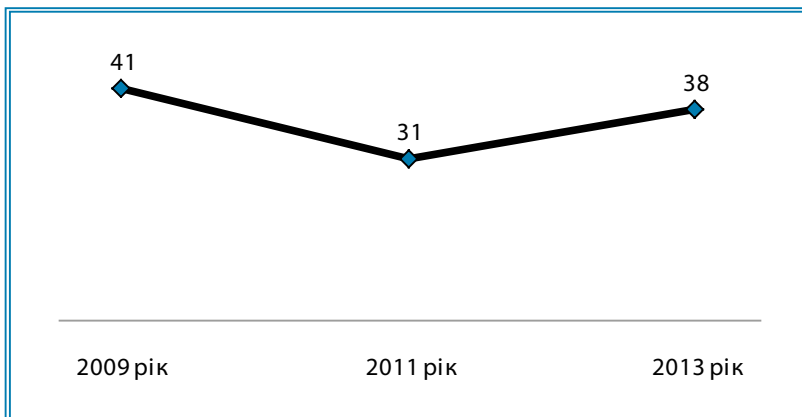
Зберігається тенденція попередніх років стосовно ризикованого введення ін'єкційних наркотиків. Про досвід використання спільного шприца або саморобного інструментарію за останні 12 місяців у 2013 році повідомили 4% (57 осіб), а у 2009 – 5% опитаних<sup>3</sup>.

### 3. РІВЕНЬ ПОІНФОРМОВАНOSTІ ЗАСУДЖЕНИХ ЩОДО ВІЛ/СНІД

Рівень знань засуджених оцінювався за допомогою загального показника знань, розрахованого як частка респондентів, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ та знають, як він не передається.

Розгляд динаміки рівня знань в цілому по масиву засвідчує, що в 2011 році, порівняно із 2009 роком, цей показник значимо знизився, а в 2013 році значимо підвищився, практично повернувшись до попереднього рівня (рис. 3.1).

Рис. 3.1. Динаміка загального показника знань за роками, %



\* Відмінності значимі, якщо перевищують 3%

Засуджені-СНІД значно краще поінформовані з питань ВІЛ-інфекції, порівняно з рештою засуджених. Загальний показник знань, розрахований для засуджених-СНІД, є значимо вищим, ніж для респондентів, які не мають досвіду вживання ін'єкційних наркотиків. Натомість відмінності залежно від статі респондентів виявилися незначимими (табл. 3.1).

3 Дані за 2011 рік відсутні, оскільки до анкети не було включено відповідне запитання.

Таблиця 3.1

**Динаміка загального показника знань залежно від досвіду вживання наркотиків респондентами та статі, %**

		2009 р.	2011 р.	2013 р.
Засуджені-СІН	<b>Загалом*</b>	<b>51</b>	<b>43</b>	<b>48</b>
	Чоловіки**	49	43	47
	Жінки**	61	44	53
Засуджені, які не мають досвіду вживання ін'єкційних наркотиків	<b>Загалом*</b>	<b>36</b>	<b>24</b>	<b>32</b>
	Чоловіки**	37	23	30
	Жінки**	29	25	38
В цілому по масиву	Чоловіки***	41	31	37
	Жінки***	43	34	43

\* Відмінності між групами значимі, якщо перевищують 5%

\*\* Відмінності між групами значимі, якщо перевищують 11%

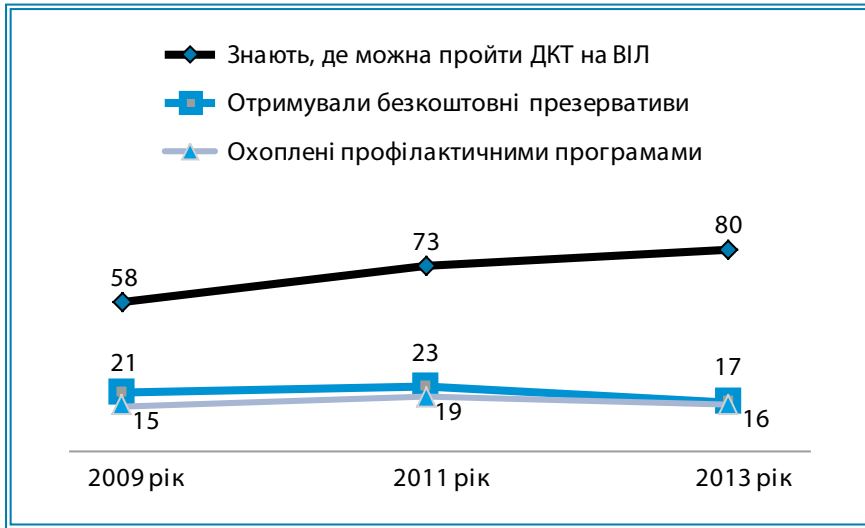
\*\*\* Відмінності між групами значимі, якщо перевищують 7%

## 4. ОХОПЛЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИМИ ПРОГРАМАМИ

Охоплення засуджених профілактичними програмами, відповідно до рекомендацій міжнародних експертів, оцінювалося за допомогою показника, розрахованого як частка опитаних, які знають, де можна пройти тестування на ВІЛ-інфекцію, та отримували протягом останнього року безкоштовні презервативи.

Показник охоплення профілактичними програмами, розрахований для масиву в цілому, у 2011 році, порівняно з 2009 значимо зріс, а в 2013 році значимо зменшився, повернувшись на рівень 2009 року (рис. 4.1). При цьому індикатор щодо обізнаності засуджених про те, куди слід звертатися, щоб пройти ДКТ, з часом стабільно зростає, а відсутність позитивної динаміки стосовно охоплення профілактичними програмами пов'язана з обмеженням доступом засуджених до безкоштовних презервативів.

Рис. 4.1. Динаміка показника охоплення профілактичними програмами за роками, %



\* Відмінності значимі, якщо перевищують 3%

Показник охоплення профілактичними програмами незначно залежить від наявності у засуджених досвіду вживання наркотиків. Рівень охоплення профілактикою засуджених-чоловіків протягом 2009-2013 років залишається приблизно на одному і тому ж рівні, тоді як частка охоплених жінок поступово знижується (табл. 4.1)

Таблиця 4.1

**Динаміка показника охоплення профілактичними програмами залежно від досвіду вживання наркотиків респондентами та статі, %**

		2009 р.	2011 р.	2013 р.
Засуджені-СІН	<b>Загалом*</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>17</b>
	Чоловіки**	18	20	20
	Жінки**	15	13	4
Засуджені, які не мають досвіду вживання ін'єкційних наркотиків	<b>Загалом*</b>	<b>14</b>	<b>20</b>	<b>14</b>
	Чоловіки**	15	22	17
	Жінки**	11	9	3

\* Відмінності між групами значимі, якщо перевищують 5%

\*\* Відмінності між групами значимі, якщо перевищують 11%

Відмінності стосовно охоплення профілактичними програмами залежно від статі засуджених пояснюються погіршенням доступу засуджених-жінок до безкоштовних презервативів (табл. 4.2).

Таблиця 4.2

**Частка засуджених, які отримували безкоштовні презервативи, залежно від досвіду вживання наркотиків та статі, %**

		2009 р.	2011 р.	2013 р.
Засуджені-СІН	<b>Загалом*</b>	<b>23</b>	<b>23</b>	<b>18</b>
	Чоловіки**	25	25	21
	Жінки**	15	15	4
Засуджені, які не мають досвіду вживання ін'єкційних наркотиків	<b>Загалом*</b>	<b>20</b>	<b>24</b>	<b>16</b>
	Чоловіки**	21	26	19
	Жінки**	14	9	3

\* Відмінності між групами значимі, якщо перевищують 5%

\*\* Відмінності між групами значимі, якщо перевищують 11%

## ВИСНОВКИ

Дані біоповедінкових досліджень, проведених у 2009, 2011 та 2013 роках, фіксують слабку тенденцію щодо зниження рівня поширеності ВІЛ-інфекції серед засуджених, які відбувають покарання в УВП: з 15% у 2009 р. до 11% у 2013 р.

Наявність у засуджених досвіду вживання ін'єкційних наркотиків значимо підвищує ймовірність їхнього інфікування ВІЛ. За даними 2013 року показник поширеності ВІЛ серед засуджених, які мають такий досвід (22%) вп'ятеро перевищує аналогічний показник для тих, хто ніколи в житті не вживав ін'єкційні наркотики (4%). Більшість ВІЛ-позитивних респондентів є СІН: за результатами біоповедінкових досліджень 2009, 2011 та 2013 років частка СІН серед ВІЛ-позитивних засуджених варіювала в межах від 73% до 83%.

Згідно результатів дослідження 2013 року можна припустити, що у відповідності до вимог клінічного протоколу лікування дорослих та підлітків, затвердженого наказом МОЗ України від 12.07.2010 № 551 «Про затвердження клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків», призначення АРВ-терапії потребують не менше половини засуджених. Зокрема 44% засуджених, які пройшли обстеження на визначення кількості CD4 лімфоцитів, безумовно потребують призначення їм антиретровірусної терапії, так як кількість CD4 клітин у них складає менше 350 кл/мкл крові, при цьому не були враховані засуджені, у яких наявна поєднана патологія ВІЛ/ТБ або ВІЛ/гепатит В. У випадку запровадження оновленого протоколу лікування ВІЛ-інфекції, який враховує нові Керівні принципи ВООЗ щодо більш раннього початку лікування, потреба у АРВ-терапії серед засуджених істотно зросте.

## СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

**АРВ-терапія (АРТ)** – антиретровірусна терапія

**АЦ** – аналітичний центр

**ВІЛ** – вірус імунодефіциту людини

**ВК** – виправні колонії

**ДКТ** – добровільне консультування і тестування

**ДПтСУ** – Державна пенітенціарна служба України

**ДУ** – державна установа

**ЄС** – Європейський Союз

**КВС** – кримінально-виконавча служба

**ЛЖВ** – люди, які живуть з ВІЛ

**МОЗ** – Міністерство охорони здоров'я

**МСЧ** – медико-санітарна частина

**ПРООН** – Програма розвитку ООН

**СІН** – споживачі ін'єкційних наркотиків

**СНІД** – синдром набутого імунодефіциту

**УВП** – установа виконання покарань

**CD4 клітини (CD4 лімфоцити)** – імунні клітини, які руйнує ВІЛ. Їхня кількість показує стан імунної системи людини



СПИСОК УСТАНОВ ДПТСУ, ДЕ ПРОВОДИЛОСЯ  
ОПИТУВАННЯ

Регіон опитування	Виправні/ виховні колонії		
	2009 рік	2011 рік	2013 рік
АР Крим	№102, м. Сімферополь	№102, м. Сімферополь	-
	№126, м. Керч	№126, м. Керч	-
Вінницька обл.	-	-	№123, м. Літин
	-	-	№8, м. Вінниця
Донецька обл.	№32, м. Макіївка	№32, м. Макіївка	№32, м. Макіївка
	№87, м. Донецьк	№87, м. Донецьк	№12, м. Донецьк
	-	-	№ 107 м. Маріуполь
Житомирська обл.	№4 м. Житомир	№4 м. Житомир	№4 м. Житомир
	№71 м. Коростень	№71 м. Коростень	№71 м. Коростень
Запорізька обл.	-	-	Мелітопольська виховна
Київська обл.	-	-	№119 м. Бориспіль
	-	-	№85 снт. Гостомель
Львівська обл.	№50 м. Миколаїв	№50 м. Миколаїв	№50 м. Миколаїв
	№30 м. Львів	№30 м. Львів	№30 м. Львів
	-	-	Самбірська виховна
Луганська обл.	№19, Краснолуцька	№19, Краснолуцька	-
	№36, Суходільська	№36, Суходільська	-

Регіон опитування	Виправні/ виховні колонії		
	2009 рік	2011 рік	2013 рік
Миколаївська обл.	№83, м. Южноукраїнськ	№83, м. Южноукраїнськ	№72 Вознесенська
	№53 снт. Ольшанське	№53 снт. Ольшанське	№53 снт. Ольшанське
Одеська обл.	№51 м. Одеса	№51 м. Одеса	№51 м. Одеса
	№14 м. Одеса	№14 м. Одеса	№14 м. Одеса
	№74 м. Одеса	№74 м. Одеса	№74 м. Одеса
Полтавська обл.	№64, м. Полтава	№64, м. Полтава	№64, м. Полтава
	№69, м. Кременчук	№69, м. Кременчук	№69, м. Кременчук
	-	-	№ 65 с. Божкове
	-	Кременчуцька виховна	Кременчуцька виховна
Тернопільська обл.	№63 с. Добри-води	№63 с. Добри-води	№63 с. Добри-води
	Бережанська виховна	Бережанська виховна	-
Харківська обл.	№12 м. Харків	№12 м. Харків	№12 м. Харків
	№25 м. Харків	№25 м. Харків	№25 м. Харків
	№54 м. Харків	№54 м. Харків	№54 м. Харків
	-	-	Курязька виховна
Черкаська обл.	№62 м. Черкаси	№62 м. Черкаси	№62 м. Черкаси
	№92 с. Старі Бабани	№92 с. Старі Бабани	№92 с. Старі Бабани
Чернігівська обл.	№44 м. Чернігів	№44 м. Чернігів	№44 м. Чернігів



