

Міністерство оборони України
ТОВ «СОЦІС — ЦСПД»



АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ

МОНІТОРИНГ ПОВЕДІНКИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ
ЯК КОМПОНЕНТ ЕПІДНАГЛЯДУ ЗА ВІЛ ДРУГОГО ПОКОЛІННЯ

АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ

**МОНІТОРИНГ ПОВЕДІНКИ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ
ЯК КОМПОНЕНТ ЕПІДНАГЛЯДУ
ЗА ВІЛ ДРУГОГО ПОКОЛІННЯ**

Моніторинг поведінки військовослужбовців як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління/ Погоріла Н.Б.,
Сасько О.В., Пашкович В.А. - Київ: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2005. - 28 с.

© МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»

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

Тел.: (+380 44) 490 5485 (6, 7, 8)

Факс: (+380 44) 490 5489

E-mail: office@aidsalliance.org.ua

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

Наклад – 2 000 пр.

Розповсюджується безкоштовно

За підтримки:

Investing in our future



The Global Fund

To Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria

Дослідження здійснено за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», підтриманої Глобальним Фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією в рамках грантової угоди UKR-102-G04-H-00 від 15 березня 2004 року.

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

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

МБФ «Міжнародний Альянс з ВІА/СНІД в Україні» та колектив авторів висловлює щирю подяку членам Експертної групи з соціальних досліджень, створеної за підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІА/СНІД в Україні» та за координації ЮНЕЙДС за експертну роботу та активну участь у обговоренні та узгодженні методичних рекомендацій із проведення дослідження, розробці інструментарію та обговоренні основних висновків аналітичного звіту. Дана серія досліджень із моніторингу поведінки та відповіді на епідемію стала можливою завдяки спільній методичній роботі спеціалістів із провідних дослідницьких та міжнародних організацій, центральних органів виконавчої влади:

Лідія Андрущак,	ЮНЕЙДС
Ольга Балакірева,	Український Інститут соціальних досліджень
Лариса Бочкова,	Український Центр профілактики та боротьби з ВІА/СНІД
Марина Варбан,	Аналітичний центр «Социс»
Олексій Ганюков,	«Статінформконсалтинг»
Ганна Довбах,	МБФ «Міжнародний Альянс з ВІА/СНІД в Україні»
Ірина Демченко,	Аналітичний центр «Социс»
Олег Єресько,	Міністерство освіти та науки України
Наталія Кожан,	Державний департамент з питань виконання покарань
Юрій Круглов,	Український Центр профілактики та боротьби з ВІА/СНІД
Олена Лисенко,	Центр соціальних експертиз та прогнозів при Інституті соціології
Тетяна Петренко,	Київський міжнародний інститут соціології
Наталя Погоріла,	ЦСПД-Социс
Юрій Саєнко,	Центр соціальних експертиз та прогнозів при Інституті соціології НАН України
Олег Семерик,	проект ПОЛІСІ
Павло Смирнов,	МБФ «Міжнародний Альянс з ВІА/СНІД в Україні»
Наталія Харченко,	Київський міжнародний інститут соціології
Микола Чурилов,	TNS Україна

АВТОРСЬКИЙ КОЛЕКТИВ

Пашкович Володимир Леонідович	начальник лабораторії Центру профілактики і боротьби з ВІА/СНІД у Збройних Силах України
Погоріла Наталя Борисівна	доктор гуманітарних наук в області соціології (Ph.D.)
Сасько Олександр Вікторович	полковник, Начальник Управління соціального розвитку Департаменту гуманітарного, соціального розвитку та інформаційної політики Міністерства оборони України

Автори висловлюють щирю подяку за співпрацю у процесі організації та проведення дослідження, внесення цінних зауважень:

Авраменку Олександру Олександровичу, підполковнику, Начальнику Центру здоров'я Збройних Сил України

Бородію Анатолію Івановичу, полковнику, Начальнику відділу соціального забезпечення Управління соціального розвитку Департаменту гуманітарного, соціального розвитку та інформаційної політики Міністерства оборони України

Зміст



1. МЕТОДОЛОГІЧНИЙ ВСТУП	5
1.1 Мета дослідження та основні гіпотези	5
1.2 Метод дослідження	6
1.3 Опис вибірки та організація дослідження	6
1.4 Соціально-демографічні характеристики опитаних військовослужбовців	7
2. ЗВ'ЯЗОК РІВНЯ ОБІЗНАНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ У СФЕРІ ВІЛ/СНІД ЗІ СТАТУСОМ У АРМІЇ (ВІЙСЬКОВЕ ЗНАННЯ ТА СТРОК СЛУЖБИ) ТА МІСЦЕМ ПРИЗОВУ	8
2.1 Показники ССГАООН — розширений аналіз	8
2.2 Запитання про співвідношення ВІЛ та СНІД	10
3. ПОВЕДІНКА У СФЕРІ, ПОВ'ЯЗАНІЙ ІЗ РИЗИКОМ ЗАРАЖЕННЯ ВІЛ/СНІД, ТА ЇЇ ЗВ'ЯЗОК З РІВНЕМ ОБІЗНАНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ У ГАЛУЗІ ВІЛ/СНІД	11
3.1 Поведінка, пов'язана з ризиком зараження (статеві стосунки, вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, татуювання)	11
3.2 Вплив рівня обізнаності військовослужбовців у сфері ВІЛ/СНІД на поведінку, пов'язану з ризиком зараження ВІЛ/СНІД	12
4. ВПЛИВ ЗНАННЯ У СФЕРІ ВІЛ/СНІД ТА ПОВЕДІНКИ, ПОВ'ЯЗАНОЇ З РИЗИКОМ ЗАРАЖЕННЯ, НА ОЦІНКУ РИЗИКУ ОСОБИСТОГО ЗАРАЖЕННЯ ВІЛ	14
4.1 Знання про ВІЛ/СНІД та оцінка військовослужбовцями ризику особистого зараження ВІЛ	14
4.2 Знання у сфері ВІЛ/СНІД, оцінка ризику зараження ВІЛ для себе та проходження військовослужбовцями тесту на ВІЛ	15
5. ВПЛИВ ЗНАННЯ У СФЕРІ ВІЛ/СНІД НА ВІДНОШЕННЯ ДО ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ	16
5.1 Вплив рівня освіти та обізнаності у сфері ВІЛ/СНІД на толерантність військовослужбовців	16
5.2 Вплив рівня освіти та обізнаності у сфері ВІЛ/СНІД на дискримінаційні настанови військовослужбовців	18
6. ПРОФІЛАКТИКА ВІЛ/СНІД В АРМІЇ: РЕАЛЬНИЙ СТАН ТА ПОТРЕБИ У ДОДАТКОВИХ ЗНАННЯХ	20
6.1 Профілактика ВІЛ/СНІД у армії: реальний стан	20
6.2 Потреби у додаткових знаннях з питань ВІЛ/СНІД	22
ВИСНОВКИ	24
РЕКОМЕНДАЦІЇ	25
ДОДАТКИ	26

1. Методологічний вступ

1.1 Мета дослідження та основні гіпотези

Це дослідження проведено на замовлення Міністерства оборони України та МБФ "Міжнародний Альянс з ВІА/СНІД в Україні" в рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІА/СНІД в Україні» (далі — Альянс), підтриманої Глобальним Фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією.

Його мета — відстеження тенденцій щодо знання, ставлення, практик та моделей поведінки серед військовослужбовців — офіцерів, курсантів військових навчальних закладів, солдатів і сержантів строкової служби. Зокрема досліджувалися:

- рівень обізнаності військовослужбовців у сфері ВІА/СНІД;
- поінформованість та поведінка військовослужбовців (за індикаторами, що внесені до переліку Національних показників моніторингу та оцінки ефективності заходів, які забезпечують контроль за епідемією ВІА/СНІД);
- фактори ризику інфікування ВІА військовослужбовців;
- вплив знання у сфері ВІА/СНІД на поведінку, пов'язану з ризиком зараження та на оцінку ризику особистого зараження ВІА;
- вплив знання у сфері ВІА/СНІД на толерантність до ВІА-інфікованих;
- стан профілактики ВІА/СНІД в армії та потреби у додаткових знаннях.

Інструментарій дослідження ґрунтувався на досвіді попередньої дослідницької роботи, здійснюваної в Збройних силах України з 1998 року.

Певні гіпотези закладалися Замовниками від початку.

1. Кожне дослідження поведінки передбачає те, що здобуті знання зумовлюють та формують поведінку. Перша частина цієї гіпотези передбачає, що обізнаність про шляхи передавання ВІА/СНІД призведе до більш безпечної поведінки (використання презервативів, стерильних інструментів при маніпуляціях з кров'ю, уникнення випадкових статевих зв'язків).

2. Друга частина цієї гіпотези передбачає те, що обізнаність в питаннях ВІА/СНІД, а особливо — про те, як ВІА не передається, — впливає на ставлення до ВІА-інфікованих таким чином, що більша обізнаність сприяє толерантнішому ставленню до них.

В ході обговорення опитувальника та даних з експертами з Міністерства оборони було висунуто кілька інших гіпотез. Зокрема, пропонувалися для перевірки такі з них:

- 1) Призовники із сіл гірше обізнані в питаннях ВІА/СНІД, ніж призовники із міст;
- 2) вплив жорстких умов служби на погане засвоєння матеріалу з питань ВІА/СНІД;
- 3) поширення такого фактора передачі ВІА, як татуювання та гоління перед звільненням, а також статевих стосунків між чоловіками;
- 5) високий рівень ризикованості поведінки солдат та курсантів, що проходять службу у південних курортних містах та у великих містах.

Крім того, власний досвід дослідників підказав, що для обізнаності з будь-яких питань та толерантності важливе місце народження та виховання службовця. В Україні можливі чотири фактори формування знання та моральної оцінки:

1. Походження з села. Соціальна структура (перевага некваліфікованої праці, брак шкіл та системи інформування) та культура (традиційні консервативні цінності) сучасного села сприяють недостатній обізнаності в питаннях ВІА/СНІД, стриманішій сексуальній поведінці та нетерпимому ставленню до ВІА-інфікованих.

2. Походження з півдня та сходу країни. Гіпотеза передбачає, що оцінка ризику буде відрізнятися у регіонах з високими показниками інфікування (південь та схід) від регіонів з низькими показниками. Наявність загрози зараження, про яку може стати відомо через ЗМІ або міжособистісне спілкування, може підвищити оцінку ризику зараження, а також поліпшити показники толерантності.

3. Окремим фактором формування оцінок є безпосереднє знайомство з ВІА-інфікованою людиною. Ті, хто особисто зустрічалися з такими людьми, можливо пережили зміну оцінок на більш толерантні, позбувшись принаймні, частини міфів про спосіб життя ВІА-інфікованих.

Окремим показником є факт проходження респондентом тесту на ВІА. Він акумулює в собі кілька показників: обізнаність про існування такого тестування, оцінку ризикованості власної поведінки. Окремо варто сказати про добровільність такого тестування. ВІА-тестування проведене недобровільно свідчить про певні порушення прав людини й може додати потрібної інформації про ситуацію в армії.

Основними змінними, які мав на меті пояснити цей аналіз (залежні змінні), були:

- обізнаність в питаннях ВІА/СНІД;
- поведінка у сфері ризику;
- оцінка ризику зараження для себе;
- проходження ВІА-тесту;
- настанови щодо ВІА-інфікованих;
- дані та оцінки щодо профілактики..

Основними змінними, за допомогою яких ми спробуємо пояснити залежні змінні були:

- статус в армії — солдати, курсанти, офіцери;
- строк проходження служби;
- місце призову — село, СМТ, міста різного розміру за кількістю мешканців;
- місце проходження служби — регіон та розмір населеного пункту (місто/село).

Деякі змінні — обізнаність у питаннях ВІА/СНІД та поведінка у сфері ризику — спочатку виступають залежними змінними в аналізі, а потім — незалежними, тобто такими, що пояснюють інші змінні — ставлення до ВІА-інфікованих, оцінка ризику зараження та потреби в інформуванні.

Значущість усіх відмінностей показників у групах перевірялася за статистичними критеріями значущості. У тексті йдеться тільки про значущі відмінності. Твердження «Відмінність значуща на рівні 1%» означає, що відмінність є

значущою, а ймовірність похибки становить 1%. Так само інтерпретується фраза «Відмінність значима на рівні 5%». Вираз «відмінність не значуща» означає, що ця відмінність може бути випадковою, і можна тільки припускати, що цей фактор може якимось чином впливати.

1.2 Метод дослідження

Основні складові дослідження:

- масове опитування
- експертне опитування

Всі етапи роботи узгоджувались із робочою групою, до складу якої входили спеціалісти Департаменту гуманітарного та соціального розвитку й Департаменту охорони здоров'я Міністерства оборони України, спеціалісти Альянсу, Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України та UNAIDS.

Опитування солдатів строкової служби, офіцерів та курсантів проводили методом анкетування. Зважаючи на інтимний характер більшості запитань, було прийнято рішення про анкетування методом самозаповнення. Тобто, військовослужбовці отримували інструктаж із правил заповнення анкети від інтерв'юера і заповнювали анкету самі. Інтерв'юер втручався тільки тоді, коли виникали запитання. По закінченню анкетування, інтерв'юер перевіряв анкети на заповнення — чи не були пропущені якісь питання через помилку. Там, де траплялися такі пропуски інтерв'юер просив відповісти на запитання або письмово зазначити відмову від відповіді. Така процедура була необхідна для того, щоб не втрачати інформації через помилки. У анкеті не було варіанту відповіді «Не знаю» або «Відмова від відповіді», щоб стимулювати респондентів давати змістовні відповіді.

Завданням інтерв'юера було забезпечити невтручання сторонніх осіб до процедури опитування та до зібраного матеріалу. Для досягнення цієї мети було застосовано метод самозаповнення, а втручання самого інтерв'юера обмежувалося перевіркою заповнення, але не змісту. Для досягнення цієї мети солдати та курсанти опитувалися у групах по 10-15 осіб у окремих приміщеннях таким чином, щоб кожен із них мав окреме місце для заповнення анкети, а дистанція до найближчого колеги була достатньою для самостійної роботи. Командування військової частини зобов'язалися також забезпечити невтручання старших офіцерів у процес опитування та його результати, а інтерв'юер мав не допускати спроб порушити цю вимогу.

Масове опитування було застосовано для досягнення головної мети, котру Альянс визначив як «відстеження тенденцій щодо знання, ставлення, практик та моделей поведінки серед військовослужбовців». Другинні задачі дослідження було визначено як «аналіз зв'язків військовослужбовців з групами населення різного рівня поведінкового ризику інфікування ВІЛ» та «оцінка впливу програм профілактики на військовослужбовців».

Для виконання цих завдань було застосовано метод експертного опитування заступників командирів із гуманітарних питань. Робоча група визначила, що саме вони можуть компетентно відповісти на запитання, що стосуються специфіки зовнішнього та внутрішнього середовища частини, та про наявність, ефективність і недоліки заходів з профілактики ВІЛ/СНІД, що проводилися у їхніх частинах.

1.3. Опис вибірки та організація дослідження

Вибірка складалася без даних про генеральну сукупність (військовослужбовці Збройних сил України), оскільки така статистика є недоступною (закритою). Тому робочою групою за участі представників з Міністерства оборони було вирішено встановити величину вибірки на рівні 1600 військовослужбовців, — достатньо велику, щоб зробити аналіз за основними показниками.

Завданням проекту було проаналізувати три цільові групи:

- солдатів строкової служби усіх видів збройних сил України;
- курсантів військових навчальних закладів Міністерства Оборони України;
- офіцерів усіх видів збройних сил України.

Оскільки дані про структуру Збройних сил також є недоступними, то квоти категорій військовослужбовців визначалися так само на зібранні робочої групи. Таким чином, було вирішено опитати 1080 солдат та сержантів строкової служби (67% вибірки), 320 курсантів військових інститутів (20% вибірки) та 200 офіцерів (13%), що служать у військових частинах. Військовослужбовців за контрактом вирішили не опитувати, оскільки умови проходження служби за контрактом не відрізняються від умов праці у невійськових закладах.

Завданням проекту також вимагало враховувати представленість основних регіонів, усіх видів збройних сил України, усіх військових навчальних закладів. На засіданні робочої групи за участі представників Міністерства оборони було вирішено, що загалом у дослідженні візьмуть участь 14 точок спостереження, які задовольняють вищевказаним критеріям, тобто представляють усі види

Таблиця 1. Список військових частин, дати опитування та квоти опитаних

Регіон	Адреса військової частини або інституту	Дата опитування	Солдати та сержанти строкової служби	Курсанти	Офіцери
Захід	В/частина м.Мукачеве, Закарпатська обл.	17.12	108		20
	В/частина Львівський район Львівської обл.,	17-20.12	108		20
Центр	Житомирський військовий інститут	17.12		80	
	В/частина Чернігівський р-н Чернігівської обл.	20.12	108		20
	Частина Х Київська обл.	17.12	108		20
	Частина У Київська обл.	20.12	108		20
	Учбова частина Козелецький р-н Київська обл.	17.12		80	
Південь	В/частина м.Одеса	20.12	108		20
	Одеський інститут Сухопутних військ м.Одеса	17.12		80	
	В/частина м.Севастополь, бухта Х	20.12	108		20
	В/частина м.Сімферополь	20.12	108		20
Схід	В/частина Новомосковський р-н Дніпропетровська обл.	17.12	108		20
	В/частина м.Дніпродзержинськ, Дніпропетровська обл.	17.12	108		20
	Харківський університет Повітряних Сил	17.12		80	
Усього опитати			1080	320	200

військ — сухопутні, повітряні та морські, та чотири регіони — Захід, Південь, Північний центр або Центр, та Східний центр або Схід. Нижче наведено список військових частин та інститутів, вибраних для дослідження.

Частини відбиралися таким чином, щоб у кожній з них служило не менше як 500 солдат строкової служби, що давало б змогу вибрати для опитування 108 з них і провести опитування протягом одного дня.

Усього опитування проводили в десятих військових частинах, що представляють чотири регіони. У кожній частині було також опитано одного експерта — заступника командира з гуманітарних питань. У вибірці також було внесено три військові інститути, що представляють різні роди військ, та учбову частину. Разом опитування проводилося у 14-ти точках. Додатково в Києві опитали чотирьох експертів — фахівців з Міністерства оборони, по двох з Департаменту з гуманітарних питань та з НДІ проблем військової медицини Збройних сил України.

В умовах військових закладів виявилось неможливим здійснити випадковий відбір респондентів для опитування через недоступність списків особового складу. Тому респондентів для анкетування запрошували самі заступники командирів із гуманітарних питань, набираючи їх з числа незайнятих у нарядах солдатів. Подібним чином відбирали офіцерів та курсантів. Цей відбір важко назвати випадковим, не можна виключити, наприклад, презентацію «відмінників» з гуманітарної підготовки, але він виявився єдино можливим. Єдина вимога, котру мали задовольнити офіцери, відповідальні за проведення опитування, це — забезпечення квоти 50Х50 солдатів з першого та другого року проходження служби.

Опитування відбулося 17-го та 20-го грудня, заповнення анкети тривало від 15 до 30 хвилин.

1.4. Соціально-демографічні характеристики опитаних військовослужбовців

У результаті дослідження було опитано 1077 солдатів та сержантів строкової служби, 320 курсантів та 203 офіцери. Серед опитаних було три жінки-військовослужбовця.

Опитані цільові групи є досить гомогенними за своїм складом. Вік 98% солдатів та курсантів коливається від 18 до 22 років. Переважна кількість офіцерів (95%) — це також молоді люди у віці від 20-ти до 36-ти років. Серед опитаних офіцерів немає жодного у віці старше за 50 років та у званні вище від майора.

Таблиця 2. Військові звання опитаних

Статус опитаних	Кількість опитаних	Кількість опитаних від заг. числа, %
Курсант	320	20.0%
Рядовий	921	57.5%
Сержантський склад	156	9.7%
Прапорщик	3	0.2%
Лейтенант	36	2.2%
Старший лейтенант	75	4.7%
Капітан	54	3.4%
Майор	33	2.1%
Інше	5	0.2%
Разом	1600	100.0

Таблиця 3. Рівень освіти опитаних військовослужбовців

Статус опитаних	Початкова, %	Неповна, базова середня, %	Повна середня, %	Середня спеціальна, %	Базова вища, %	Повна вища, %	Усього, %
Солдати строкової служби	1.6	11.6	54.8	26.9	2.9	2.2	100.0
Курсанти	2.2	7.2	69.7	15.9	4.7	0.3	100.0
Офіцери	--	--	1.0	4.9	26.6	67.5	100.0
Всі разом	1.5	9.3	50.9	21.9	6.3	10.1	100.0

За освітнім складом цільові групи також є досить однорідними: серед солдатів та курсантів тільки 5% мають вищу освіту, а серед офіцерів — тільки 5% її не мають. За сімейним станом курсанти та солдати строкової служби відрізняються від офіцерів — тільки 3% солдатів одружені, тоді як серед офіцерів одружених — 64,5%, 4% — розлучених, 31,5% — не одружених. Необхідно зауважити, що така однорідність є типовою для Збройних Сил протягом значного періоду. Найближчим часом істотних змін цих показників не очікується, тому вони можуть розглядатися як сталі величини.

Така відносна однорідність цільових груп дозволила не аналізувати окремо вплив віку, освіти та сімейного стану на тенденції у поведінці та настановах. Солдати строкової служби представляють молодшу частину опитаних, гірше освічену і, переважно, неодружену. Тому статус в армії (солдат, курсант, офіцер) розглядається як головна пояснююча змінна.

Нижче показано розподіл опитаних військовослужбовців за місцем призову та терміном служби.

Таблиця 4. Місце призову до армії

Місце призову	Солдати, %	Курсанти, %	Офіцери, %	Усі опитані, %
Із села	31.2	22.8	13.3	27.3
Із СМТ	14.3	14.1	12.8	14.1
З малого міста (до 100 тис. мешканців)	16.7	22.8	26.6	19.2
Із середнього міста (100-500 тисяч мешканців)	22.4	21.3	29.6	23.1
З великого міста (понад 500 тисяч мешканців)	15.4	19.1	17.7	16.4
	100.0	100.0	100.0	100.0

Згідно зі статистикою, склад дорослого населення України за величиною місця проживання мало відрізняється від складу солдатів та сержантів строкової служби, опитаних у цьому дослідженні. Щоправда, серед усіх військовослужбовців трохи менше мешканців найбільших міст (за статистикою 21% дорослого населення проживає у найбільших містах). Проте частка мешканців сіл серед солдатів не більше, ніж у країні загалом. Серед військовослужбовців трохи більше вихідців із СМТ, а офіцерів та курсантів відрізняє більша частка вихідців з малих містечок та менша частка вихідців з сіл.

Таблиця 5. Термін служби у армії

Термін	Солдати, %	Курсанти, %	Офіцери, %
До 6 місяців	24.7	38.8	0.5
Від 6-ти місяців до 1-го року	27.0	1.3	3.0
Від року до двох	48.3	14.7	12.3
Від 2-х до 5-ти років	--	45.3	43.3
Від 5-ти до 10-ти років	--	---	40.9
	100.0	100.0	100.0

Серед солдатів очевидно витримана квота 50Х50 тих, хто служить перший та другий рік. Для курсантів такої квоти не було, тому до вибірки потрапило досить багато старшокурсників. 41% служить у армії більше п'яти років.

2. Зв'язок рівня обізнаності військовослужбовців у сфері ВІЛ/СНІД зі статусом у армії (військове знання та строк служби) та місцем призову.

2.1. Показники ССГАООН — розширений аналіз

Для координації національної відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу, й досягнення цілей Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом та цілей тисячоліття у сфері розвитку у грудні 2004 року Кабінет Міністрів України своїм розпорядженням визначив центральні органи виконавчої влади, відповідальні за проведення моніторингу й оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль стану епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу за національними показниками.

Задля порівняння результатів, для національних показників у проєкті Методичних рекомендацій з моніторингу поведінки військовослужбовців, як компоненту епідеміологічного другого покоління, розроблених групою експертів з соціальних досліджень за координації UNAIDS та за підтримки Альянсу, було визначено перелік питань.

Перелік обов'язкових запитань для підрахунку національних індикаторів щодо поведінки військових

Питання	Варіанти відповідей
НАЦІОНАЛЬНИЙ ПОКАЗНИК	
Відсоток військовослужбовців, які вірно вказали методи запобігання передачі ВІЛ статевим шляхом та знають, як ВІЛ не передається	
Чи можливо знизити ризик передачі ВІЛ, якщо мати статеві контакти лише з одним вірним, неінфікованим партнером?	Так.....1 Ні.....2 Не знаю.....8 Немає відповіді.....9
Чи можливо знизити ризик користуватися презервативом від час сексуальних контактів?	Так.....1 Ні.....2 Не знаю.....8 Немає відповіді.....9

Чи може здорова на вигляд людина бути ВІЛ-інфікованою?	Так.....1 Ні.....2 Не знаю.....8 Немає відповіді.....9
Чи можна заразитися ВІЛ-інфекцією через укуси комах?	Так.....1 Ні.....2 Не знаю.....8 Немає відповіді.....9
Чи можна інфікуватися ВІЛ, якщо їсти їжу, яку Вам запропонувала ВІЛ-інфікована людина?	Так.....1 Ні.....2 Не знаю.....8 Немає відповіді.....9

Табл. 6, наведена нижче, показує, що рівень обізнаності військовослужбовців про шляхи зараження ВІЛ є нерівномірним щодо різних питань. Переважній більшості опитаних військовослужбовців відомо про роль, яку відіграє у зараженні ВІЛ використання спільних шприців та голок, а також про методи запобігання ВІЛ-інфікуванню з допомогою використання презервативів та дотримання статевих контактів лише з постійним перевіреним партнером. Більшість також свідомо того, що ВІЛ-інфекція не має зовнішніх проявів.

Але про те, чи передається ВІЛ через їжу або укуси комах, — відомо далеко не всім: 42 та 61% опитаних відповідно. Щодо цих двох запитань близько чверті опитаних взагалі не дали відповіді. Багато респондентів, які дали правильні відповіді на одні запитання, хибно відповідали на інші. У результаті тільки 23% опитаних відповіли правильно на п'ять запитань, запропонованих для збору даних за національним показником (усі запитання окрім використання голок та шприців).

Таким чином, можна говорити про недостатній рівень обізнаності військовослужбовців про те, як ВІЛ/СНІД не передається. Хоч питання про передачу ВІЛ через їжу та укуси комах є досить складні, проте у навчально-методичному посібнику з профілактики ВІЛ/СНІД та ІПСШ серед військовослужбовців вказано правильні відповіді на це запитання, отже військовослужбовці мають їх знати.

Треба зауважити, проте, що для формування безпечної поведінки п'ять запитань національного показника відіграють неоднакову роль. Якщо перші три запитання окреслюють межі безпечної поведінки, тобто ми знаємо, що люди, які дають правильні відповіді, попереджені про небезпеку, то запитання про такі джерела, як їжа й комах окреслюють радше межі «нерозумного страху». Іншими словами, знань з трьох перших запитань та запитання про голки і шприци вистачить, щоб убезпечити людину від СНІДу, а знання з двох питань про їжу та комах потрібні для того, щоб забезпечити терпиме ставлення до ВІЛ-інфікованих у суспільстві. Якщо розглядати дані тільки з боку формування безпечної поведінки (три перші запитання національного показника), то показник обізнаності становитиме 66% — тобто всі, хто правильно відповів принаймні на три перші запитання.

Як видно з табл. 6, загалом рівень обізнаності солдатів та сержантів строкової служби нижче від обізнаності курсантів, а рівень обізнаності курсантів — нижче за рівень обізнаності офіцерів. Проте з табл. 6 також видно, що співвідношення частки правильних відповідей між офіцерами та курсантами, солдатами на першому та на другому році служби залежить від запитання. Для того, щоб отримати загальну картину, ми розглянули два сукупні показники: тих, хто дав правильні відповіді на всі 5 запитань національного показника (назвемо його О5 — обізнаність стосовно 5 запитань, тотожний до даних за національним показ-

ником, 23%), та тих, хто відповів правильно лише на три перші запитання про ризик зараження (назвемо його ОЗ, він становить 43% для всіх військовослужбовців). Нижче у таблиці 7 показано розподіл цих показників за різними групами. Порівняння груп військовослужбовців між собою показало, що вони відрізняються між собою тільки за рахунок правильних відповідей на два найважчі запитання (показник О5); статистично значущою на рівні 1% є тільки відмінність між офіцерами й курсантами, з одного боку, та солдатами строкової служби — з іншого. Показник ОЗ дуже мало відрізнявся у групах. Тобто можна говорити про однаковий і вищий щодо солдатів рівень обізнаності серед офіцерів та курсантів.

Якщо розглянути відповіді офіцерів окремо, то можна дійти висновку, що молодші офіцери (зокрема, старші лейтенанти) краще обізнані (показник О5 — 43%), ніж старші офіцери (капітани та майори — 32%). Рівень обізнаності солдатів строкової служби різних періодів (Розподіл солдатів строкової служби здійснюється по періодах (півріччях) служби — перший, другий, третій та у Військово-морських Силах — четвертий.) також можна було б визнати однаковим, якщо б не питання про їжу — солдати першого періоду служби дали на 15% більше правильних відповідей, ніж солдати третього періоду служби. Скоріш за все, це можна пояснити більшим відривом солдатів третього періоду служби від занять з гуманітарної підготовки. Аналіз показника О5 також

Таблиця 6. Обізнаність військовослужбовців про шляхи передачі ВІЛ/СНІДу, відсотки

Зміст запитань	Зміст відповідей	Солдати строкової служби		Курсанти N=320, %	Офіцери N=203, %	Разом N=1600, %
		1-й рік N=558, %	2-й рік N=519, %			
Чи можливо знизити ризик передачі ВІЛ, якщо мати статеві контакти лише з одним вірним, неінфікованим партнером?	Так	84.9	82.7	88.8	93.6	86.1
	Ні	7.3	8.7	8.1	4.4	7.6
	Не знаю	7.7	8.7	3.1	2.0	6.4
	Разом	100	100	100	100	100
Чи можливо знизити ризик передачі ВІЛ, якщо користуватися презервативом під час сексуальних контактів?	Так	89.4	86.9	92.5	89.7	89.3
	Ні	7.3	8.1	5.0	6.9	7.1
	Не знаю	3.2	5.0	2.5	3.4	3.7
	Разом	100	100	100	100	100
Чи може здорова на вигляд людина бути ВІЛ-інфікованою?	Так	78.7	79.0	84.7	88.2	81.2
	Ні	6.8	5.2	3.8	1.5	5.0
	Не знаю	14.5	15.8	11.6	10.3	13.8
	Разом	100	100	100	100	100
Чи можна заразитися ВІЛ-інфекцією через укуси комах?	Так	32.8	27.2	25.3	21.2	28.0
	Ні	38.0	38.0	47.2	48.8	41.2
	Не знаю	29.2	34.9	27.5	30.0	30.8
	Разом	100	100	100	100	100
Чи можна інфікуватися ВІЛ, якщо їсти їжу, яку Вам запропонувала ВІЛ-інфікована людина?	Так	20.4	24.5	16.3	8.4	19.4
	Ні	58.8	44.3	61.6	74.4	56.6
	Не знаю	20.8	31.2	22.2	17.2	24.0
	Разом	100	100	100	100	100
Можна заразитися ВІЛ через використання спільних шприців та голочок	Так	93.7	95.0	98.8	97.5	95.6
	Ні	2.9	1.0	0.3	0	1.4
	Не знаю	3.4	4.0	0.9	2.5	3.0
	Разом	100	100	100	100	100

засвідчив, що головний розподіл є між військовослужбовцями, що призивалися з сіл та з міст: спостерігається відмінність між вихідцями з сіл та СМТ і вихідцями з міст, відмінність статистично значуща на рівні 5%. Обізнаність у вихідців із сіл та СМТ є нижчою (Табл. 7). Нижча обізнаність також у тих, хто проходить службу у сільських або віддалених частинах та у містах — 18% та 27% відповідно. Беручи до уваги те, що соціальний склад міських і сільських або віддалених частин є приблизно однаковим, можна стверджувати, що рівень освіти в галузі здоров'я є нижчим як в сільських школах, так і в сільських за розташуванням військових частинах.

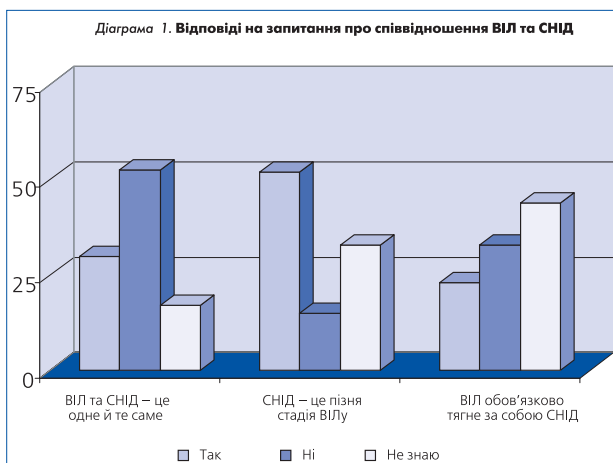
Регіональний зріз показує, що Східно-центральний регіон показує найвищу обізнаність — 28%, а південний та західний — найнижчу. Найгірше були обізнані військовослужбовці Чернігівської, Львівської та Одеської областей (О5=18-19%). При цьому у Одеській та Чернігівській областях відповіді курсантів мало відрізнялися від солдатів строкової служби.

Оцінка знань військовослужбовців експертами є досить високою, якщо порівняти її з показниками знань О5 та О3: тільки 5 експертів з 18-ти (в тому числі два експерти з Міністерства оборони) визнали рівень підготовки офіцерів з питань ВІЛ/СНІД незадовільним, а 10 експертів визнали те саме щодо солдатів. Дехто з експертів зазначив, що обізнаність обмежується шляхами передачі ВІЛ, мало хто знає про наслідки та масштаби поширення ВІЛ. Три експерти — з Чернігівської та Львівської областей та з м.Києва (Міністерство оборони) — звернули увагу на диференціацію за віссю місто-село, зауваживши, що солдати, призвані з села, поінформовані набагато гірше, ніж з міста. Вище наведені дані підтверджують цю гіпотезу.

2.2 Запитання про співвідношення ВІЛ та СНІД

Крім запитань, необхідних для збору даних за національним показником, було задано ще три запитання щодо співвідношення ВІЛ та СНІДу. На діаграмі 1, нижче, показано розподіл відповідей на це запитання.

Як видно, трохи більше як половина опитаних правильно зазначили слушні висловлювання: «ВІЛ та СНІД — не одне й те саме» та «СНІД — це пізня стадія ВІЛу». Твердження «ВІЛ не обов'язково тягне за собою розвиток СНІДу» виявилось найскладнішим для респондентів — тільки 23% з них дали правильну відповідь, тобто, зазначили, що ВІЛ обов'язково тягне за собою розвиток СНІДу.



Якщо подивитися на частку слушних відповідей на всі три запитання, то вона складає 10% від опитаних. Цей результат пояснюється тим, що респонденти давали досить

часто суперечні відповіді. Так, з тих, хто відповів, що ВІЛ та СНІД — це не одне й те саме, тільки 60% відповіли, що СНІД — це пізня стадія ВІЛ-інфекції. З тих, хто вказав, що СНІД — це пізня стадія ВІЛ-інфекції, тільки 30% вказали, що ВІЛ обов'язково тягне за собою розвиток СНІДу. Разом з тим, 36% усіх опитаних давали відповіді, логічно несумісні одна з одною, наприклад, відповіді «ВІЛ та СНІД — не одне й те саме», «СНІД — це пізня стадія ВІЛ» та, одночасно: «ВІЛ не обов'язково тягне за собою СНІД». Тобто, запитання виявилися занадто складними і частина респондентів просто вгадувала відповіді. Частка тих, хто взагалі відмовився давати відповідь, збільшувалась від запитання до запитання: удвічі на друге запитання в порівнянні з першим (з 18 до 33%) та ще у 1,5 рази на останнє запитання порівняно з попереднім (33% та 44% відповідно). Можливо, так сталося через не дуже коректне формулювання питань, де не пояснено, у якому сенсі ВІЛ та СНІД — не одне й те саме, завдяки чому респонденти відповідали одночасно, що ВІЛ і СНІД — це одне й те саме, та що ВІЛ тягне за собою СНІД. Такі відповіді класифікувалися як суперечливі, а респонденти, які їх вказали, як такі, що не засвоїли матеріал.

Проте, хоч запитання були складні, але спостерігається диференціація знань, подібна до тієї, яка спостерігалася для національних показників. Так, серед офіцерів спостерігається найбільша частка «відмінників», 13%. Офіцери відрізняються від солдатів не тільки тим, що частіше дають правильні відповіді, а й тим, що рідше ухиляються від відповіді: частка відповідей «Не знаю» на 10-15% менша ніж серед солдат. Частка «відмінників» також значно варіювала у різних військових частинах, так само, як і у випадку національного показника. Так, у Київських військових частинах «відмінників» було 21,5%, тоді як у двох західних областях, Львівській та Закарпатській «відмінників» було відповідно 5% та 1,5%. В цих двох областях, а також у Одесі був найвищий відсоток відмов від відповідей: залежно від питання — від 33% до 55%.

Частка відмінників також була невисокою серед солдатів строкової служби, що походять з сіл та СМТ, порівняно з вихідцями з міст. Особливо помітною відмінністю була між мешканцями сіл (5%) та міст з населенням 100-500 тис. — 13%. Серед мешканців сіл також була найвищою частка тих, хто ухилявся від відповіді.

А отже, стан обізнаності з питань ВІЛ/СНІД у армії не можна визнати задовільним. Хоч більшість експертів дає позитивну оцінку рівню підготовки особового складу, вони все-таки вказують на нестачу посібників, спеціалістів з ВІЛ/СНІД та кількості годин для проведення занять.

Військовослужбовці поінформовані головним чином стосовно шляхів передачі ВІЛ, але мало хто дає правильні відповіді на запитання, як ВІЛ не передається, та про стадії розвитку хвороби.

Найбільш помітно показники обізнаності коливаються залежно від статусу військовослужбовця та місця призову: офіцери та курсанти краще обізнані, ніж солдати строкової служби; солдати, які призивалися з сіл та СМТ, гірше обізнані, ніж ті, які призивалися з великих міст. Місце проходження служби грає меншу роль, ніж місце походження військовослужбовця.

3. Поведінка у сфері, пов'язаній із ризиком зараження ВІЛ/СНІД, та її зв'язок з рівнем обізнаності військовослужбовців у сфері ВІЛ/СНІД

3.1. Поведінка, пов'язана з ризиком зараження (статеві стосунки, вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, татування)

Статеві стосунки

Більшість опитаних експертів назвали випадкові статеві стосунки основним чинником зараження ВІЛ у армії. Хоч експерти наполегливо повторювали, що цей чинник лежить поза впливом армії, оскільки стосунки відбуваються підчас відпустки, випадковий секс все-таки залишається важливим чинником, оскільки відносна ізольованість життя у військових частинах сприяє появі випадкових контактів. Дехто з експертів вважає, що відірваність «від цивілізації» частин, що розташовані у селах або далеко від поселень, сприяє їх безпеці у сенсі поширення ВІЛ. Експерти з Одеси та Криму зазначили, що їх частини перебувають тут у зоні підвищеного ризику, який надходить від жінок та відпочиваючих. Решта експертів оцінюють випадкові стосунки як загальні фактори ризику в суспільстві та армії, проте не притаманні саме їхнім частинам.

Дані показують, що більшість опитаних військовослужбовців мали сексуальний контакт принаймні раз у житті (91%). Цей відсоток сягає майже 100% у групі офіцерів, становить 88% у групі солдат строкової служби першого року та 83% серед курсантів першого курсу.

Половина опитаних солдат та курсантів отримала сексуальний досвід перед досягненням 16-річчя, тоді як для офіцерів цей показник становить 17 років. Це свідчить про те, що вік вступу до статевого життя зменшується: час початку статевого життя досить тісно корелює з віком військовослужбовців.

Частка солдатів та курсантів, які вступали у сексуальні стосунки протягом останніх 12-ти місяців, залежить від строку їх служби. Серед солдат строкової служби першого року вона становить 83,5%, а серед тих, що служать другий рік — 56%. Очевидно, частина контактів першорічників — це контакти ще у цивільному стані, для другорічників кількість контактів скорочується через умови служби. Проте варто взяти до уваги ту обставину, що більше як половина солдатів строкової служби все-таки вступають у статеві зв'язки під час служби в армії, хоч, можливо, це відбувається під час відпустки. Серед курсантів 1-го курсу ця частка становить 88%, серед курсантів 2-го курсу та старше — 92%. Очевидно, менш жорсткі умови навчання у військових інститутах сприяють тому, що режим статевих стосунків там майже не відрізняється від таких у цивільному стані. Необхідно зважити й на те, що курсантам третього та старших курсів дозволяється проживання поза межами військового інституту.

Ті, хто призивався з села, рідше вступали у сексуальні стосунки (68%), ніж ті, хто — з міста, особливо великого (79%). Щоправда, ті вихідці з сіл, що служать в містах, показують вищий відсоток статевих зв'язків (що, можливо, означає, що власне вихідці з сіл набувають першого сексуального досвіду в армії, ніж ті, хто служить в сільських або віддалених частинах (60%), проте розрив із вихідцями з великих міст зберігається.

Дві третини солдатів та курсантів, що мали статеві зв'яз-

ки протягом останніх дванадцяти місяців, вступали у сексуальні зв'язки з нерегулярною або непостійною партнеркою — це не та, що є дружиною респондента або особою, з якою він мешкав разом або зустрічався протягом тривалого часу. Зв'язків з нерегулярними партнерками менше серед офіцерів. Але, якщо взяти до уваги ту обставину, що більшість з них одружені й проживають разом зі своїми родинами, то показник 32% офіцерів, які мали випадкові зв'язки протягом року, також можна вважати високим з погляду ризикованої щодо інфікування ВІЛ поведінки.

Факт наявності нерегулярних зв'язків практично не залежить від місця проходження служби та місця призову. Це означає, що культура оточення (місце виховання та проходження служби) впливає головним чином на початок та інтенсивність статевого життя, зав'язування сталих стосунків. На частку нерегулярних контактів впливає, скоріше, тільки вік, статус та сімейний стан.

Було зафіксовано важливу відмінність між тими, хто вважає, що більшість їхніх колег відповідала щиро на запитання анкети (86% опитаних) та тими, хто вважає, що не щиро (13% опитаних). Серед перших на 10% менше вказували, що мали нерегулярних партнерок (59%), ніж серед других (69%). У даному випадку неможливо визначити, хто з цих двох груп респондентів давав щирі відповіді. Проте можна сказати, що військовослужбовці, скептично налаштовані щодо опитувань та щирості колег, більше схильні до ризикованої поведінки.

40% тих, хто мав контакти з непостійними партнерками протягом року, принаймні однієї з них платили за секс. Більшість (81%) зверталася до послуг тільки однієї комерційної партнерки.

Солдати строкової служби частіше використовували платні секс-послуги (45% тих, хто мав нерегулярних партнерок), ніж офіцери та курсанти (33-34%). Серед тих, хто мав нерегулярних партнерок, з часом служби частка використання платних партнерок серед непостійних партнерок зменшувалась: серед солдатів — від 50% на першому році до 36% — на другому, серед курсантів — з 45% на першому курсі, до 25% — на другому і старших. Щодо офіцерів, то визначити значення строку служби неможливо через малий розмір групи (тих, хто мав контакти з непостійними партнерами).

Культурне оточення грає велике значення щодо використання платного сексу. Вихідці з сіл частіше використовують платний секс (49% з непостійних партнерок — платні), ніж вихідці з міст, особливо великих (32%). Це стосується усіх військових частин та інститутів крім тих, що розташовані в Західній Україні. У Східному регіоні у військових частинах, як міського так і сільського типу, частіше вдаються до платних послуг (55%), ніж в інших частинах, зокрема Західного регіону (35%).

За результатами дослідження 78,5% опитаних військовослужбовців, що мали контакти з непостійними партнерами, користувалися при останньому контакті презервативом. Цей показник стосувався тільки тих, хто мав контакти з непостійними партнерами не за гроші. Проте, серед

тих, хто мав контакти з партнерками за гроші, цей відсоток — вище, 83%. Тому перерахований показник становив 80% і у такому вигляді був представлений Міністерству оборони.

Таким чином, показник користування презервативами серед солдатів строкової служби становить 79%, курсантів — 84%, офіцерів — 75%. Тобто, найменш ризикова поведінка спостерігається серед курсантів, на відміну від офіцерів (відмінність значуща на рівні 5%).

Використання презервативу варіює залежно від місця проходження служби та від регіону країни. У міських частинах презерватив використовують частіше (82%), ніж у сільських (71%), (відмінність значуща на рівні 1%). Роль місця призову при цьому не має значення. На Заході країни серед тих, хто зустрічався з непостійними партнерами, відсоток користування презервативом становить 69%, на півдні — 74%, у північному центрі — 82%, а у східному центрі — 87%, (відмінність значуща на рівні 5%). Проте висновок про більш ризиковану поведінку військовослужбовців з Західної України був би передчасним, оскільки там рідше вдаються до платного сексу та випадкових зв'язків.

Серед причин, через які ті, хто мав контакти з нерегулярним партнером, не використовували презерватив при останньому контакті, найчастіше говорили про те, що статевий акт з презервативом їх не приваблює (45%), що презерватива не було під рукою (32%), що використання презерватива знижує чутливість (25%). 14% респондентів були у нетверезому стані під час акту, а 10% просто не подумали про це. Жоден з опитаних не обрав зі списку відповідей варіант «Презерватив занадто дорого коштує», «Не маю можливості купувати презервативи» та «Соромився запропонувати презерватив». Тобто те, що презерватива не було під рукою у потрібну мить, не зумовлено тим, що військовослужбовцям немає де і за що купувати презервативи.

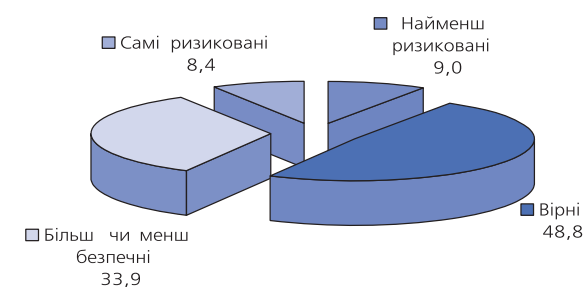
На Діаграмі 2 показано розподіл респондентів за рівнем ризикованості їхньої поведінки. Контакт з непостійним партнером без використання презервативу вважається найвищою мірою ризиковою поведінкою. У цьому дослідженні частка таких респондентів становить 8,4% (134 особи, «найбільш ризиковані» на діаграмі 2). Щодо осіб, які мали контакти з непостійними партнерами й використовували презерватив під час останнього статевого акту, ми нічого не знаємо про використання презервативу під час попередніх статевих контактів з непостійними партнерами. Отже, не можна сказати, що їх сексуальна поведінка є цілком безпечною, отже можна припустити, що вона є на другому місці за ризикованістю (34% у вибірці, «більш чи менш безпечні»).

Респонденти, що зустрічалися тільки зі сталими партнерами або мали останній контакт раніше, ніж рік тому, тільки умовно можуть вважатися безпечними, оскільки ми нічого не знаємо про поведінку їхніх партнерів та про використання презервативів з партнерами, яких вони мали рік і раніше. Їх можна помістити на третє місце за мірою ризикованості (49% вибірки, «вірні»).

Цілком безпечними у сексуальній сфері можна вважати тільки тих, хто ніколи не мав сексуальних контактів (9% вибірки, — «найменш ризиковані»). У цьому дослідженні ми будемо послуговуватися такою класифікацією, щоб визначити, якою мірою знання в галузі ВІЛ/СНІД впливають на поведінку та як сама поведінка впливає на оцінку ризику інфікування ВІЛ.

Показник ризику (8%) найбільш ризикованої поведінки досить малий. Ця частка мало відрізняється в різних цільових групах військовослужбовців. Тобто, вище названі

Діаграма 2. Групи ризику зараження ВІЛ згідно з їх сексуальною поведінкою



фактори досить слабо впливають на найвищу ризикованість поведінки. Можна зауважити, що серед тих, хто вважає, що інші відповідали нещиро, респондентів з ризикованою поведінкою трохи більше, але відмінність не є значущою статистично.

Інші фактори ризику: татуювання, стосунки чоловіків з чоловіками та вживання наркотиків ін'єкційним шляхом

Ці три види поведінки винесено в окремий розділ, оскільки кількість військовослужбовців, які повідомили про таку поведінку, недостатня, щоб зробити детальний аналіз.

На татуювання як джерело зараження в армії у відкритому запитанні вказало 3 експерти з 18-ти. Коли експертів запитали про важливість такого фактора як татуювання й гоління нестерильним інструментом на інфікування ВІЛ в армії, то думки експертів поділилися — одні вважали це важливим фактором, інші — ні. Загалом, на думку експертів, татуювання посідає десь четверте місце за важливістю після таких факторів ризику, як виїзди у «гарячі точки» та здача або переливання крові, чи інші медичні процедури. Жоден експерт не назвав татуювання фактором ризику зараження. Складається враження, що такі елементи субкультури як татуаж та гоління небезпечною бритвою перед демобілізацією, залишаються поза увагою заступників з гуманітарної підготовки або вони їх не усвідомлюють як фактори ризику.

Можливо низька оцінка цього фактора пояснюється досить низьким відсотком татуювань у обстежених частинах — тільки 8% заявили про татуювання протягом військової служби. Цей відсоток є найвищим серед солдатів строкової служби другого року — 12%, та найнижчим серед курсантів — 3%. Протягом служби відсоток татуювань зростає: від 6% серед солдатів строкової служби першого року до 12% солдат строкової служби другого року, від 0.1% серед першокурсників до 5% серед друго- і старшокурсників військових учбових закладів. Оскільки опитування проводилося взимку і до звільнення з військової служби ще було далеко, то невідомо скільки солдатів робить татуювання безпосередньо перед звільненням: один з експертів засвідчив, що гоління небезпечною бритвою та татуювання є ритуальним моментом власне перед звільненням з армії.

Тільки 12% повідомили, що інструменти, якими їм робили татуювання, не були стерильними.

Сам факт татуювання залежить від культури оточення. Татуювання набагато частіше роблять у військових частинах, розташованих у Східному центрі країни (16%), ніж на Заході та Північному центрі (4%). Ті військовослужбовці, що проходять службу у сільських та віддалених частинах, роблять татуювання частіше (11%), ніж ті, що живуть у місті — 6%. Татуювання є популярнішим серед вихідців з великих міст (10%), ніж серед вихідців з сіл (5%).

Тільки 11 осіб вказали на те, що вступали в сексуальні стосунки з чоловіками (вони самі всі — чоловічої статі). З числа цих військовослужбовців — 9 солдатів строкової служби, 2 — курсанти. Три особи з 11-ти служать менше як 6 місяців, отже їх контакт відбувся, можливо, ще до служби в армії. Двоє з 9-ти осіб не використовували при цьому контакті презерватив.

Такий невеликий відсоток зв'язків між чоловіками, якщо він вірно відображає ситуацію, можна визнати не дуже вагомим фактором поширення ВІЛ. Тільки один експерт з 18-ти вказав на те, що ці зв'язки є важливим фактором зараження ВІЛ в армії, і жоден не повідомив, що цей фактор діє в його частині.

30 осіб з опитаних вказали, що вони вживали наркотики ін'єкційним шляхом протягом життя. Тільки 11 з них вказали, що робили це протягом року з моменту опитування. Двоє з них служать менше як 6 місяців, отже, можливо, тільки 9 з 11-ти робили це в армії. Двоє з них використовували спільні голки.

Випадки ін'єкційної наркоманії за даними цього опитування є досить незначними в армії. Проте, беручи до уваги те, що ризик поширення інфекції зростає залежно від подальших контактів, за ін'єкційним шляхом треба визнати важливу роль. Тільки 5 експертів визнали ін'єкційну наркоманію досить важливим фактором поширення ВІЛ в армії, один згадав про цей фактор без нагадування, що означає, що про ін'єкційний шлях в армії відомо більше, ніж про гомосексуальні контакти, або це більш прийнятно визнавати. Експерт з Києва зазначив, що наркоманів не беруть в армію, проте наявність 1,8% військовослужбовців, які принаймні раз у житті приймали наркотики ін'єкційним шляхом, ставить під сумнів це твердження.

3.2 Вплив рівня обізнаності військовослужбовців у сфері ВІЛ/СНІД на поведінку, пов'язану з ризиком зараження ВІЛ/СНІД

Аналіз показав, що не існує прямого зв'язку з рівнем обізнаності в галузі ВІЛ/СНІД (показники О5 та О3) та ризикованістю сексуальної поведінки, якщо взяти до уваги використання презервативів при останньому контакті з непостійними партнерками. Особи з найбільш ризикованою поведінкою (ті, що не використовували презервативи при останньому контакті з нерегулярною партнеркою), вдвічі частіше, ніж респонденти з більш безпечною поведінкою обирали варіант відповіді «Не знаю». Це, щоправда, стосується тільки тих респондентів, що мали сексуальний досвід. Респонденти без сексуального досвіду («найменш ризиковані») також частіше, ніж інші відповідали «Не знаю» на це запитання та на запитання про зовнішній вигляд інфікованої людини. Можна говорити тільки про слабкий зв'язок між усвідомленням того, що ризик зараження можна знизити, вступаючи у зв'язки тільки з перевіреним партнером (Таблиця 8).

Таблиця 8. Відповіді на запитання «Чи можна знизити ризик передачі ВІЛ, якщо мати статеві контакти лише з одним вірним, неінфікованим партнером?» у різних групах ризику, %

Партнери в сексуальних стосунках	Так	Ні	Не знаю	
Найменш ризиковані	82.6	7.6	9.7	100.0
Вірні	86.8	7.4	5.8	100.0
Більш чи менш безпечні	87.5	7.2	5.4	100.0
Найбільш ризиковані	79.9	9.7	10.4	100.0
Разом	86.1	7.6	6.4	100.0

Проте існує значний вплив рівня обізнаності в галузі ВІЛ/СНІД на кількість непостійних партнерок — чим вища обізнаність, тим менше таких партнерок було у військовослужбовця. Зокрема, серед тих, хто дав правильні відповіді на всі п'ять запитань (показник О5), непостійних партнерок протягом останнього року мали 55%, тоді як серед тих, хто відповів неправильно на всі запитання або ухилився від відповіді, таких партнерок мали 66%. Тобто, можна стверджувати, що в цілому між знанням в області ВІЛ/СНІД та ризикованістю сексуальної поведінки немає прямого зв'язку; знання сприяє не частоті використання презервативів, а зменшенню кількості випадкових зв'язків.

Цю тезу підтверджують дані про частоту контактів з комерційними партнерками серед тих, хто вступав у зв'язки з нерегулярними партнерками. Серед тих, хто відповів правильно принаймні на три запитання про шляхи передачі ВІЛ, 37% мали комерційних партнерок, тоді як серед тих, хто не відповів навіть на три питання, ця частка становить 46%.

Рівень обізнаності в галузі ВІЛ/СНІД (показники О5 та О3) також не пов'язаний з тим, чи роблять військовослужбовці татування чи ні. Абсолютна більшість з тих, хто робив татування, є свідомо того, що використання спільних шприців та голок може призвести до зараження. Проте 2 особи з тих 14-ти, хто робив собі татування нестерильними інструментами, не були цього свідомі. Значущість цієї відмінності неможливо визначити, власне, через малий розмір групи. Проте, враховуючи темпи епідемії, факт несвідомості важко переоцінити.

Невелика кількість респондентів, що вживали наркотики ін'єкційним шляхом, також не дозволяє здійснювати жодні статистичні узагальнення. Проте можна констатувати, що їх обізнаність не є задовільною навіть щодо найбільш ймовірного для них джерела зараження: з 30-ти осіб, які приймали ін'єкційні наркотики будь-коли, двоє не були свідомі можливості зараження через голки; з 11-ти тих, хто робив це протягом останнього року, — цього не знала одна особа.

Отже, можна говорити, що загалом між знанням в галузі ВІЛ/СНІД та ризикованістю сексуальної поведінки не має безпосереднього зв'язку; знання сприяє не частоті використання презервативів, а тільки зменшенню кількості випадкових статевих зв'язків. Сексуальна поведінка знаходиться під впливом регіональної культури, в умовах якої респондент виріс та проходить службу. Схильності до випадкових зв'язків сприяє неодружений цивільний стан та низький статус у армії; саме тому серед офіцерів менше випадкових зв'язків. Культурне оточення, в якому проходило дитинство та юність впливає на час початку статевого життя та його інтенсивність. Проте культурні умови майже ніяк не пояснюють схильності до випадкових сексуальних стосунків. Місце проходження служби, тип поселення та регіон, помірно впливають на частоту використання презервативів при ризикованих статевих зв'язках — у селах та Західному регіоні у військових частинах презервативи використовують рідше, ніж у міських частинах та у Східному регіоні. Можливо такі відмінності свідчать про відчуття небезпеки зараження в регіоні.

Малі розміри груп найбільшого ризику (сексуальні зв'язки з комерційними партнерками, з іншими чоловіками, використання нестерильних інструментів для татування та ін'єкцій наркотичних речовин), не дають можливості оцінити, як відрізняється їх рівень знання від решти опитаних.

Специфіка військовослужбовців, що призвалися до армії з сіл полягає у тому, що вони рідше вступають у сексуальні зв'язки як до армії, так і під час служби. Проте, якщо вони вступають у випадкові зв'язки, то частіше використовують комерційний секс (цей висновок не стосується військовослужбовців із військових частин Західного регіону). У військових частинах, розташованих у сільських та віддалених районах військовослужбовці рідше використовують презервативи, але це не стосується солдатів сільського походження. До того ж їх відрізняє від міських мешканців нижчий рівень обізнаності у сфері, пов'язаній з ВІЛ/СНІД.

4. Вплив знання у галузі ВІЛ/СНІД та поведінки, пов'язаної з ризиком зараження, на оцінку ризику особистого зараження ВІЛ

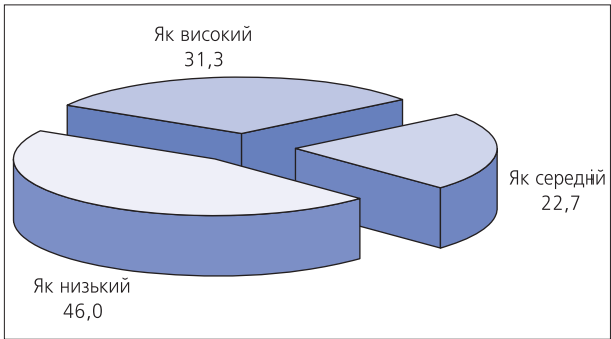
4.1. Знання про ВІЛ/СНІД та оцінка військовослужбовцями ризику особистого зараження ВІЛ

Опитані експерти загалом не дуже високо оцінюють ризик заразитися ВІЛ в армії: вісім з 18-ти експертів оцінили ризик зараження для військовослужбовців України як середній, один експерт (з Києва) оцінив ризик як високий, решта — як низький. Водночас, тільки 2 експерти вважають, що ризик в частинах є високим (експерти обох частин з Криму), та один експерт вважає, що ризик є середнім. Решта вважають його низьким. Тобто, ситуація виглядає так, що ризик для військовослужбовців України оцінюється експертами як більший за ризик для особового складу власних частин. Про низький рівень ризику на обох рівнях засвідчили обидва експерти з Одеси, Харкова та один з Дніпропетровської області. Хоч експерти з Одеси і зазначили, що їхні військові частини перебувають у небезпечному оточенні, проте вони вважають, що це оточення знаходиться поза контролем армії.

Як оцінюють пересічні військовослужбовці України ризик зараження особисто для себе? На діаграмі 3 нижче можна знайти на це відповідь.

Якщо брати до уваги ту обставину, що сексуальну поведінку тільки 8% опитаних військовослужбовців можна назвати високо ризикованою, то оцінку особистого ризику на рівні 31% можна назвати зависоким. Це можна пояснити тим, що, по-перше, респонденти високо оцінюють роль інших, поряд із сексуальними, шляхів передачі ВІЛ, наприклад, медичних маніпуляцій; по-друге, тим, що вони приховують факти ризикованої поведінки із свого життя; по-третє, просто ірраціональним страхом, що викликаний браком знання про шляхи передачі ВІЛ, або браком переконаності в надійності засобів безпеки (невіра у надійність презервативів попри визнання їх дієвості у запобіганні зараженню).

Діаграма 3. Оцінка військовослужбовцями ризику зараження для себе

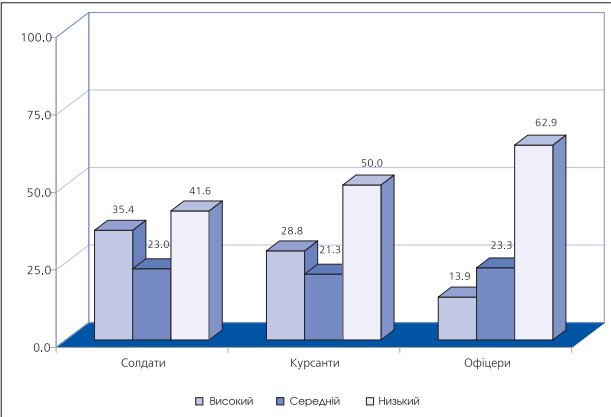


Діаграма 4 нижче показує, як оцінюють свій ризик зараження ВІЛ представники різних груп військовослужбовців.

Очевидно, що ризик зараження найнижче оцінюється офіцерами — як високий його оцінили 14% офіцерів, відрив від оцінки ризику солдатами строкової служби становить більше 20%. Це, можливо пояснюється тим, що

серед офіцерів удвічі менше випадкових зв'язків, ніж серед солдат. З іншого боку, офіцерів вирізняє вищий рівень обізнаності в сфері ВІЛ/СНІД. На жаль, малий обсяг групи офіцерів, що мали випадкові статеві зв'язки, не дозволяє перевірити, чи відрізняється почуття ризику у респондентів групи ризикованої поведінки від респондентів безпечної групи. Порівнювати можна тільки категорії опитаних, що підтримують зв'язки тільки із постійними партнерками або мали випадкові зв'язки більше, ніж рік тому (табл. 9).

Діаграма 4. Оцінка ризику зараження ВІЛ для себе представниками різних груп військовослужбовців



Таблиця 9. Оцінка ризику зараження ВІЛ для себе різними групами військовослужбовців

Військовослужбовці, що оцінили ризик як...	Високий	середній	низький	Загалом
Солдати (N=1062)				
Найменш ризиковані	34.3	25.5	40.2	100.0
Вірні	35.3	21.1	43.6	100.0
Більш чи менш безпечні	34.1	25.2	40.7	100.0
Курсанти (N=320)				
Найменш ризиковані	27.5	17.5	55.0	100.0
Вірні	21.9	20.2	57.9	100.0
Більш чи менш безпечні	33.3	23.2	43.5	100.0
Офіцери (N=203)				
Вірні	10.1	17.4	72.5	100.0

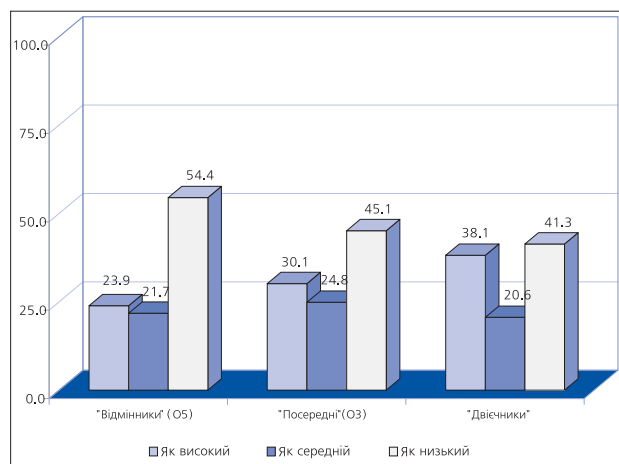
Якщо розглянути тільки цю групу, то почуття високого ризику мають 35% таких респондентів серед солдатів, 22% — серед курсантів, та 10% — серед офіцерів. Оскільки йдеться про групу цілком безпечних громадян, то завищену оцінку ризику солдатами в порівнянні з курсантами, а курсантам порівняно з офіцерами, можна пояснити браком знань у солдатів та курсантів.

Порівняння з курсантами вказує на те, що почуття ризику у солдатів менше пов'язане з рівнем ризику їхньої поведінки. Так, дані у таблиці 9 свідчать, що у курсантів, які мали нерегулярні статеві зв'язки, почуття ризику більше, ніж у цілком безпечних, тоді як серед солдатів немає великої відмінності між цими двома групами. Отже, як умови служби, так і менша поінформованість сприяють виникненню немотивованого страху, поширеному серед солдатів.

Серед тих, хто протягом поточного терміну служби робив татування, частка тих, хто оцінює ризик зараження для себе як високий — 38%, а серед тих, хто не робив татування — 31%. Половина з тих осіб, що вживали наркотики ін'єкційним шляхом (30 осіб) та тих, хто вступав в сексуальні контакти з іншим чоловіком (11 осіб), вважають ризик заразитися високим, решта оцінюють його як середній або низький. Думки серед тих, хто не користувався при цьому презервативами та індивідуальними шприцами також розподілилися у цьому відношенні (ідеться про дуже малі частоти).

Можна зробити висновок, що солдати не почувають себе в безпеці в армії, й не тільки тому, що вони мають менше знань, ніж офіцери й курсанти. Діаграма 5 показує, що, беззаперечно, є залежність між рівнем обізнаності та почуттям безпеки. Ця залежність однакова для солдатів, курсантів офіцерів. Проте, абсолютний рівень почуття безпеки щодо зараження все-таки більший серед солдат.

Діаграма 5. Рівень обізнаності у галузі ВІЛ/СНІД та оцінка власного ризику інфікування ВІЛ, %



Ця залежність є однаковою для солдатів, курсантів та офіцерів. Проте абсолютний рівень почуття безпеки все-таки більший серед солдатів.

Почуття ризику є вищим серед вихідців з сіл, ніж з великих міст, що можливо, є непрямым підтвердженням тези про значення обізнаності в галузі ВІЛ/СНІД. Почуття ризику варіює також залежно від частини. Проте статистично значущою можна назвати тільки відмінність між військовими частинами Криму з одного боку, де 36% оцінюють небезпеку зараження як високу, та, з іншого — з Житомирським інститутом, де небезпеку ВІЛ-інфікування як високу оцінюють 10% респондентів.

Отже можна зробити висновок про те, що як знання, так і умови проходження служби і сексуальна поведінка мають значення для почуття безпеки щодо зараження ВІЛ/СНІД у військовослужбовців. Проте сексуальна поведінка має менше значення для почуття безпеки солдатів, ніж для курсантів, і, можливо, офіцерів, що означає більше поширення немотивованого страху в середовищі солдатів строкової служби. Дані щодо обізнаності про ВІЛ/СНІД не дозволяють пояснити такий великий розрив між почуттям небезпеки серед солдатів та офіцерів.

4.2 Знання в області ВІЛ/СНІД, оцінка ризику зараження ВІЛ для себе та проходження військовослужбовцями тесту на ВІЛ

Проходження тесту на ВІЛ є показником, який має відношення і до оцінки ризику зараження ВІЛ, і до знання про ВІЛ/СНІД. Важливим також є питання добровільності проходження тесту на ВІЛ.

За даними дослідження, 19% опитаних, тобто, кожен п'ятий військовослужбовець, проходили тест на ВІЛ принаймні один раз у житті. Частка тих, хто пройшов тестування, є практично однаковою серед солдатів, курсантів та офіцерів, проте відрізняються один від одного солдати, що служать перший рік (21% тестованих), від солдатів, що служать другий рік (15% тестованих). Можливо це пояснюється тим, що саме у цьому році з призовниками та молоддю призовного віку проводили більш активну роботу, спрямовану на популяризацію ВІЛ-тестування. Якщо розглядати тільки солдатів та курсантів, то очевидно, що частка тестувань зростає у молодших призовах. Щодо офіцерів, то важко зробити висновок про залежність проходження тесту від строку служби через малу кількість опитаних. Проте можна упевнено сказати, що ті офіцери, що служать від п'яти до десяти років мають найвищий в армії показник тестування — 31%, тоді як ті, що служать більше як 10 років — 18%.

Таблиця 10. Залежність проходження тесту на ВІЛ від строку проходження служби

Тривалість служби в армії	Всі опитані (N=1600), %	Солдати та курсанти (N=1397), %
До 6 місяців	23,5	23,6
Від 6-ти місяців до 1-го року	21,7	21,7
Від року до двох	15,5	15,3
Від 2-х до 5-ти років	13,8	15,4
Від 5-ти до 10-ти років	30,2	--
Більше 10 років	18,1	--

9% тих, хто пройшов тестування на ВІЛ (27 осіб), вказали на те, що їх змусили зробити цей тест. Ще 11% тестованих (33 особи) відмовилися відповідати на це запитання, хоч у опитувальнику і не було іншої версії відповіді, крім «Добровільно» та «Змусили». Можна припустити, що цих військовослужбовців також змусили пройти тест на ВІЛ. Тобто, можна говорити, що кожен п'ятий військовослужбовець, який пройшов тест на ВІЛ, пройшов його недобровільно. Проте мала кількість таких респондентів (60 осіб) не дає змоги проаналізувати її розподіл за різними параметрами.

Експерти з Києва заперечують факт примусового тестування у армії. Тестування є обов'язковим тільки для донорів, але саме донорство не є обов'язковим. Дехто з регіональних експертів висловлював думку про те, що військовим медикам варто було б активніше працювати на виявлення випадків ВІЛ-інфікування в армії, заохочуючи робити ВІЛ-тест, коли до цього схильє загальна симптоматика.

За даними виявилось, що тест на ВІЛ частіше роблять ті, чию сексуальну поведінку можна назвати ризикованою. З таблиці 11 видно, що ті військовослужбовці, які мали непостійних партнерок протягом останнього року («найбільш та більш чи менш ризиковані») частіше роблять тест на ВІЛ (кожна четверта особа зробила тест), ніж ті, у кого не було випадкових партнерів або ті, хто ще не розпочав статеве життя (тільки кожен десятий робив тест).

Таблиця 11. Сексуальна поведінка та проходження тесту на ВІЛ, %

Характер сексуальної поведінки	Проходили	Ні	РАЗОМ
Найменш ризиковані	9,7	90,3	100,0
Вірні	16,5	83,5	100,0
Більш чи менш безпечні	24,7	75,3	100,0
Найбільш ризиковані	25,4	74,6	100,0
РАЗОМ	19,4	80,6	100,0

Рівень небезпечності епідеміологічної ситуації у регіонах також відображається в частоті проходження тесту. Найчастіше робили тест ті військовослужбовці, що проходять службу у Східно-центральному регіоні (26,5%), трохи менше — у Південному (22%), по 13% — у Західному та Північно-центральному.

Серед тих, хто протягом поточного терміну служби робив татування, частка тих, хто робив тест на ВІЛ не відрізняється від частки серед тих, хто не робив. Проте, з тих 14-ти осіб, що робили це нестерильними інструментами, тільки 3 особи зробили тест.

З 11-ти осіб, що вступали у сексуальні контакти з іншим чоловіком, 8 осіб робили тест на ВІЛ, 3 особи — ні. Половина з тих осіб, що будь-коли вживали наркотики ін'єкційним шляхом, робила тест на ВІЛ, проте тільки одна особа з тих двох, хто не вживав при цьому індивідуальних шприців, зробила тест.

Рівень обізнаності щодо шляхів передачі ВІЛ/СНІД та усвідомлення ризику зараження не впливає на частоту проходження тесту на ВІЛ, якщо брати до уваги всіх, хто пройшов тест на ВІЛ (добровільно та примусово).

Щодо проходження тесту на ВІЛ можна зробити такі висновки. Відсоток військовослужбовців, що пройшли тест на ВІЛ в армії є достатньо високим в порівнянні з 5% тестувань серед дорослого населення. Можливо, частота проходження ВІЛ-тест пов'язана з тим, що військовослужбовці часто являються донорами. Проте не виключено, що частина тестувань було недобровільними — наприклад, проведеними у військкоматах при проходженні медогляду. Проходження тесту досить сильно корелює з ризикованістю сексуальної поведінки та з епідеміологічною обстановкою у регіоні — чим більш ризикованою є ситуація, тим частіше люди проходять тест. Можливо також, що у регіонах з більш небезпечною епідеміологічною обстановкою частина тестувань не була добровільною. Проте вплив обізнаності в галузі ВІЛ/СНІД та оцінка власного ризику зараження не відіграють жодної ролі для рішення пройти тестування на ВІЛ.

5. Вплив знання у сфері ВІЛ/СНІД на ставлення до ВІЛ-інфікованих

5.1 Вплив рівня освіти та обізнаності у сфері ВІЛ/СНІД на толерантність військовослужбовців

На запитання про ставлення до ВІЛ-інфікованого військовослужбовця, якщо б такий з'явився у військовій частині, 12 з 18-ти експертів дали позитивно забарвлені відповіді («позитивно», «нормально», «нейтрально», «зі співчуттям», «надав би допомогу»). Проте аналіз деяких висловлювань свідчить про те, що, імовірно, почасти експерти давали соціально бажані відповіді. Так, два експерти, хоч і зазначили, що віднеслися б спокійно, проте відразу пояснили причини цього спокою, повідомивши, що інфікованих солдат строкової служби комісують: «Спокійно. Такі особи комісуються». Можливо, це вказує на те, що звільнення з армії не сприймається як дискримінація. Інші два експерти демонструють «терпиме ставлення» при певних застереженнях: вони зауважили, що не вживали б заходів щодо такої людини, але вимагали б контролю з боку лікарів або направлення на лікування. Один з цих двох експертів зауважив, що його ставлення залежало б від шляху зараження. Ще один експерт відмовився дати визначену відповідь.

Для з'ясування рівня толерантності військовослужбовців з військових частин їм задавалися запитання, що стосувалися їхньої поведінки в уявних ситуаціях: у разі інфікування ВІЛ члена родини, зараження когось із колег та вибору продуктового магазину у випадку зараження продавця. Задавали також запитання щодо такого радикального заходу, як ізоляція ВІЛ-інфікованих людей. На таблиці 12 нижче показаний розподіл відповідей на це запитання.

Таблиця 12. Розподіл відповідей на запитання про уявні ситуації та вимогу ізоляції, %

Зміст запитань	Так	Ні	Разом
Якщо хтось з Ваших родичів інфікувався ВІЛ, чи погодилися б Ви доглядати його вдома?	78.2	21.8	100
Якби хтось з Ваших колег по службі/навчанню був ВІЛ-інфікований, продовжували б Ви жити з ним поряд (якщо б у Вас був вибір)?	35.9	64.1	100
Якщо б Ви знали, що продавець є ВІЛ-інфікованим/інфікованою, чи купували б у нього/неї продукти?	20.9	79.1	100
ВІЛ-інфікованих людей треба відселити або ізолювати від здорових	55.8	44.2	100

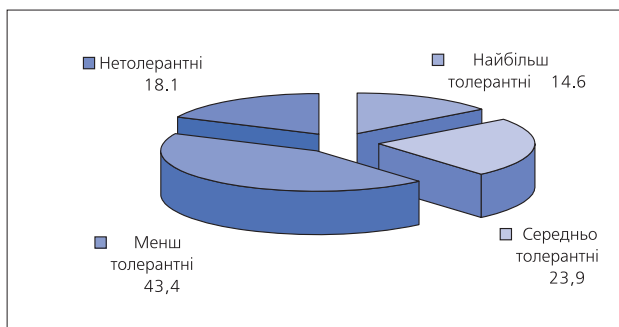
Аналіз даних з таблиці 12 показує, що опитані є найбільш толерантними до своїх рідних (78% доглядали б інфікованого вдома). Толерантність до колег є набагато нижчою: тільки трохи більше третини продовжували б жити поряд з інфікованою людиною. Найнижчою є толерантність до найменш знайомих людей — за наявності вибору магазину кожен п'ятий опитаний залишив би магазин, де працює інфікована особа.

Можна припустити, що ті, хто залишилися б покупцями магазину, де працює інфікована особа, є найбільш толерантними. Щоправда, людина, яка доглядає хворого завжди більше наражається на небезпеку зараження, до того ж несе набагато більше фізичного і психічного навантаження, ніж клієнт магазину. Але відмінність полягає у тому, що у ситуації з рідними, як правило, ми не маємо вибору — залишитися поряд чи піти. Грає роль особиста прив'язаність та осуд суспільства за невиконання своїх обов'язків. Зміна магазину через факт інфікування продавця — це ситуація з величезною можливістю вибору, з

мінімальним соціальним контролем та жодними негативними наслідками для клієнта. Проте відмова від догляду хворого родича — це дія, яка має абсолютно інші соціальні наслідки, ніж відмова у спілкуванні, визнанні людської гідності та рівності прав інфікованої «сторонньої» людини. Залишення без догляду не означає дискримінації та виключення з суспільства, оскільки є медичні заклади та інші родичі, тиск суспільства. А відмова у спілкуванні, яка носить масовий характер, власне, означає виключення з суспільства, створення нестерпних умов соціального буття.

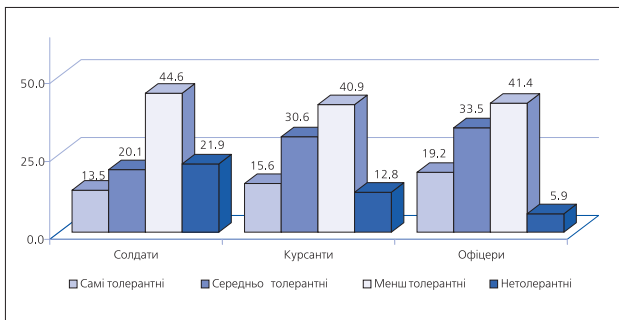
З цих міркувань з трьох перших запитань (про можливу поведінку в уявній ситуації) було створено шкалу, яка умовно відбиває кілька рівнів толерантності. За найбільш толерантних вважаються ті, хто відповів ствердно на три перші запитання, тобто є толерантними у кожному прояві (сюди ввійшла більшість тих, хто не змінив би магазину). За менш толерантних визнано тих, хто дав принаймні одну негативну відповідь: це переважно ті, хто змінив би магазин, але лишився б з хворим колегою та родичем. Досить нетолерантні — це ті, хто відповів негативно два рази (більшість з них — це ті, хто доглядав би за родичами проти нетолерантності у інших випадках), а зовсім не толерантні — ті, хто не дав жодної ствердної відповіді. На діаграмі б видно, що найбільш толерантних приблизно стільки ж, що й нетолерантних (відмінність статистично не значуща). Хоч шкала є дуже умовною, проте можна зробити висновок, що загалом нетолерантне ставлення переважає над толерантним.

Діаграма 6. Показник толерантності серед військовослужбовців.



Розподіл нетолерантних відповідей у групах військовослужбовців (Діаграма 7) показує очевидну відмінність відповідей між солдатами, курсантами й офіцерами. Солдати строкової служби показують найменший рівень толерантності, даючи вдвічі більший відсоток стигматизуючих відповідей ніж курсанти. Курсанти, в свою чергу, показують вдвічі більше нетолерантних відповідей, ніж офіцери.

Діаграма 7. Розподіл толерантності у групах військовослужбовців, відсотки



Аналіз рівня освіти показав, що освіта досить сильно пов'язана з рівнем толерантності: серед військовослужбовців з незакінченою середньою освітою відсоток нетолерантних відповідей становить 26%, а серед осіб з вищою — 6%. Щоправда, офіцери з одного боку та солдати і курсанти — з іншого є досить однорідними групами щодо освіти. Це означає, що в цьому дослідженні неможливо відокремити вплив освіти від впливу статусу на погляди військовослужбовців. Проте, навіть якщо розглядати солдатів та курсантів окремо від офіцерів, то залишається помітна кореляція між рівнем толерантності та освіти: солдати з середньо-технічною освітою є більш толерантними (16% нетолерантних відповідей), ніж солдати з середньою освітою (23% нетолерантних відповідей), а ці останні — більш толерантні, ніж солдати з незакінченою середньою освітою (30% нетолерантних відповідей). Залишається без відповіді запитання, чи зберігається така сама тенденція серед офіцерів, тому що майже всі офіцери мають вищу освіту.

Легко зауважити, аналізуючи таблицю 13, що солдати другого року служби та курсанти другого і старших курсів відрізняються менш толерантним ставленням до ЛЖВС, ніж першокурсники.

Таблиця 13. Залежність толерантності військовослужбовців до ЛЖВС від терміну служби, %

Термін служби військовослужбовців	Найбільш толерантні	Середньо толерантні	Менш толерантні	Нетолерантні	Усі разом
Солдати (N=1077)					
1-й рік служби	14.7	21.9	100.0	19.9	100.0
2-й рік служби	11.4	19.6	100.0	26.0	100.0
Курсанти (N=320)					
1-й курс навчання	18.8	31.3	37.5	12.5	100.0
2-й та старші курси навчання	13.5	29.7	43.2	13.5	100.0
Офіцери (N=203)					
1-5 років служби	20.0	36.0	36.0	8.0	100.0
5-10 років служби	21.6	30.7	39.8	8.0	100.0

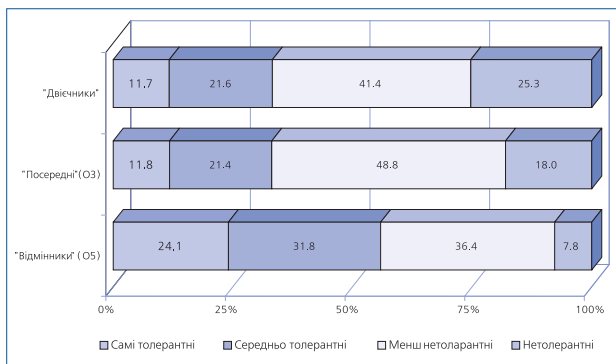
Можливо це пояснюється активнішими програмами профілактики, що проводилися у цьому році, та їх відносною свіжістю в пам'яті. Альтернативним поясненням може слугувати припущення, що досить жорсткі умови проходження служби в армії сприяють дорослішанню у прискореному темпі та формуванню більш нетерпимого ставлення до відхилень від норми.

Спостерігається також відмінність у рівні толерантності між тими, хто ніколи не вступав у статеві зв'язки та рештою респондентів. В той час, як серед перших 22% належать до «найбільш толерантних», серед тих, хто має сексуальний досвід, «найбільш толерантних» менше — 14%. Можливо, що досвід статевого життя також сприяє більш жорсткому ставленню до ЛЖВС, оскільки статевий акт несе у собі ризик інфікування, який усвідомлюється здебільшого тими, хто веде статеве життя. Прослідкувати вплив досвіду сімейного життя серед солдатів та

курсантів неможливо, оскільки солдати й курсанти (за винятком 2-3%) ще не створили сімей. Проте у групі офіцерів спостерігається відмінність, яка підтверджує, що «досвід дорослого життя» сприяє більш жорстким орієнтаціям: серед неодружених офіцерів «найбільш толерантних» — 25%, тоді як серед одружених — 18%.

Надзвичайно велике значення для рівня толерантності має обізнаність в галузі ВІА/СНІД. Діаграма 8 містить дані про цю залежність.

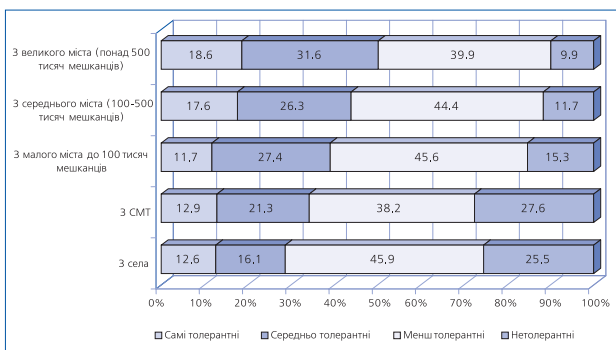
Діаграма 8. Обізнаність у області ВІА/СНІДу та толерантність, відсотки



Статистичний аналіз відмінностей показав, що відрізняються переважно ті, хто дав правильні відповіді на всі п'ять запитань («відмінники», показник О5). Як ми визначили, показник О5 відрізняється від показника О3 двома запитаннями — про їжу та комах як джерело передачі ВІА/СНІДу. Виявляється, що обізнаність з цих двох питань є тісно пов'язаною з толерантністю. При цьому ті, хто не дав відповіді на ці два запитання (відповів «Не знаю»), за рівнем толерантності є близькими до тих, хто дав неправильну відповідь (що можна заразитися ВІА через їжу або укуси комах). Найбільш очевидним цей вплив є у випадку питання про передачу ВІА через їжу, приготувану інфікованою людиною: відсоток толерантних відповідей утричі більший серед тих, хто дав слушну відповідь на запитання про їжу («не передається»), ніж серед тих, хто дав неправильну або утримався від відповіді.

Для рівня толерантності має значення, з якого типу поселення респондент походить. Діаграма 9 демонструє стрімке зростання нетолерантних відповідей разом зі зменшенням населеного пункту, де проживав респондент на момент призову в армію.

Діаграма 9. Місце призову та толерантність, відсотки



Проте умови проходження служби, регіон або тип поселення (місто/село) не впливають на рівень толерантності військовослужбовців. Це може означати, що настанови терпимості та толерантності напрацьовуються у дитинстві і тісно пов'язані з рівнем урбанізації. Традиційна

культура сільських поселень та СМТ сприяє формуванню більш жорстких моральних настанов.

Деякий вплив на рівень толерантності має досвід спілкування з особою, зараженою ВІА. У даній сукупності виявилось 142 особи (9% опитаних), особисто знайомих з такими людьми. Для більшості цих респондентів ЛЖВС, яких вони знають, — це не знайомі і не близькі їм люди. Отже, можна перевірити якщо не вплив особистої заангажованості на ставлення до ЛЖВС, то принаймні вплив на ставлення до ЛЖВС того специфічного виду знання, яким є безпосередній досвід знайомства з ЛЖВС.

Аналіз сукупного показника толерантності не висвітлює статистично істотного впливу факту знайомства з ЛЖВС на рівень толерантності. Проте аналіз впливу цього факту на окремі запитання-індикатори толерантності показав істотну кореляцію. Так, у разі запитань про колегу та продавця є вплив, значущий на рівні 5%: знайомі з ЛЖВС більш толерантні, ніж ті, хто особисто не зустрічав ЛЖВС. Ймовірно, особистий досвід розвіює частину упереджень і сприяє зростанню толерантності. Але й тоді відмінність все-таки дуже слабка. Аналіз показав, що показник варіації відповідей є вищим серед тих, хто знайомий з ЛЖВС, ніж серед тих, хто їх не знає. Це означає, що досвід та враження респондентів, знайомих з ЛЖВС, є дуже різними — у деякого він призвів до зменшення толерантності, а не до збільшення. Це зауваження, проте, не стосується запитання про поведінку у разі зараження близької людини — схильність допомагати рідним не пов'язана з досвідом знайомства з ЛЖВС.

5.2 Вплив рівня освіти та обізнаності у сфері ВІА/СНІД на дискримінаційні настанови військовослужбовців

Питання, які аналізувалися у попередньому підрозділі, торкалися рівня толерантності, тобто більш або менш упередженого ставлення до ВІА-інфікованих. У цьому підрозділі ми аналізуємо схильність людей погоджуватися з думкою, що ВІА-інфікованих людей треба відселити, або ізолювати, від здорових. Можна сказати, що вимога ізоляції належить до дискримінації, оскільки передбачає конкретні дії, спрямовані на обмеження прав ВІА-інфікованого у масштабах суспільства, на відміну від намірів особисто уникати ЛЖВС, що є справою індивідуального вибору.

Жоден з регіональних експертів не знає особисто людини з ВІА у армії; відповідно ніхто з них не навів фактів дискримінації інфікованих військовослужбовців. Тільки від одного експерта із Києва стало відомо про факти звільнення офіцерів, курсантів солдатів та військовослужбовців за контрактом з армії через виявлення інфекції.

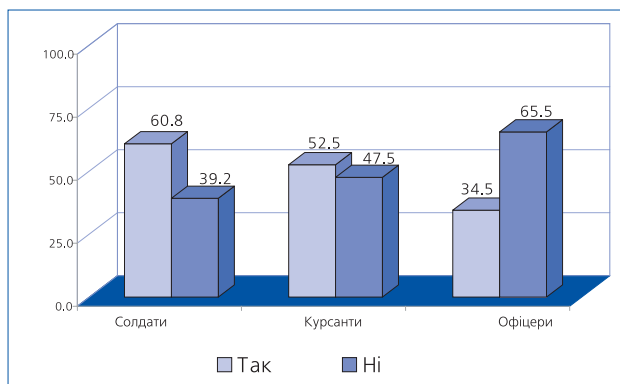
Як уже зазначалося, деякі експерти у відповідь на запитання про ставлення до ВІА-інфікованого військовослужбовця відповіли: «Такі особи комісуються». Комісування військовослужбовців, інфікованих ВІА, здійснюється згідно з Наказом Міністерства оборони №2 від 1994 року, тому звільнення з армії не сприймається як дискримінація, а як пересторога для збереження здоров'я інших військовослужбовців.

Як ми вже відмітили, для більшості опитаних військовослужбовців, як і для експертів, зустріч з ВІА-інфікованим — це уявна ситуація. Це не означає, що у людей не сформувалося ставлення до соціальної політики щодо ЛЖВС. 56% погодилися з тим, ВІА-інфікованих людей треба відселити, або ізолювати, від здорових.

Перше, що можна зауважити відносно настанови на ізоляцію, — це розюча відмінність між солдатами строко-

вої служби та офіцерами (Діаграма 10). 61% солдатів дотримуються настанови на ізоляцію, серед офіцерів таких менше — 34,5%. Курсанти за своїми настановами трохи ближче до солдатів строкової служби, ніж до офіцерів, але все одно відмінність між ними й солдатами є значущою на рівні 5%. Настава на ізоляцію — це змінна, яка у найбільшій мірі показує відмінність між солдатами та офіцерами.

Діаграма 10. Схильність погоджуватися з твердженням «ВІЛ-інфікованих людей треба відселити, або ізолювати, від здорових»



Відмінність між солдатами та офіцерами пояснюється переважно за рахунок вищої освіти та статусу в армії: якщо вилучити офіцерів з аналізу, то кореляція між настановами на ізоляцію та освітою серед солдатів і курсантів значно зменшується, хоч і лишається статистично істотною.

Обізнаність в галузі ВІЛ/СНІД також грає неабияку роль у формуванні настанови на ізоляцію ЛЖВС (Таблиця 14). Як і у випадку з показником толерантності, від загальної маси вирізняються тільки ті, хто правильно відповів на всі п'ять запитань про шляхи передачі ВІЛ/СНІД. Це означає, що військовослужбовці, які впевнені в малоймовірності інфікування в побутових обставинах, найменше підтримують пропозицію про ізоляцію хворих.

Таблиця 14. Зв'язок обізнаності з дискримінаційною настановою

Рівень обізнаності військовослужбовців	Так	Ні	
„Відмінники” (показник О5)	43.0	57.0	100.0
„Посередні” (показник О3)	59.7	40.3	100.0
„Двієчники”	59.7	40.3	100.0
Всі разом	55.8	44.2	100.0

Досить важливим фактором настанови на ізоляцію ЛЖВС є тип поселення-місця призову. Чим менш урбанізованим було місце проживання респондента до армії, тим сильніша настава на ізоляцію (таблиця 15). Так, з тих, хто призивався до армії з села або СМТ відповідно 62% та 64% прагнули б ізоляції, в той час як серед мешканців великого міста таких тільки 43%. При цьому розмір і тип місця проходження служби істотно не впливає на настанову на ізоляцію ЛЖВС.

Таблиця 15. Розподіл відповідей на запитання про уявні ситуації та вимогу ізоляції за типом поселення-місця призову, відсотки

Місце походження військовослужбовців	Так	Ні	
З села	61.9	38.1	100.0
З СМТ	63.6	36.4	100.0
З малого міста до 100 тисяч мешканців	53.7	46.3	100.0
З середнього міста (100-500 тисяч мешканців)	54.7	45.3	100.0
З великого міста (понад 500 тисяч мешканців)	43.0	57.0	100.0

Досвід знайомства з ЛЖВС також впливає на настанову на ізоляцію ЛЖВС: особисто знайомі з ЛЖВС менше ждали б їх ізоляції (44%), ніж ті, хто особисто з ними не був знайомий (57%). Досвід сексуального життя ніяк не корелюється з настановою на ізоляцію ЛЖВС.

Повстає питання, чи опитані військовослужбовці так само, як і деякі експерти, не розуміють, що вимога ізоляції ВІЛ-інфікованих від суспільства — це акт дискримінації ЛЖВС? Аналіз відповідей на індикативні запитання про толерантність та настанови на ізоляцію ЛЖВС показав, що подекуди толерантні й дискримінаційні настанови накладаються одна на іншу (Таблиця 16).

Таблиця 16. Розподіл настанов на ізоляцію ЛЖВС серед різних за толерантністю груп

Рівень обізнаності військовослужбовців	Так	Ні	
„Відмінники” (показник О5)	43.0	57.0	100.0
„Посередні” (показник О3)	59.7	40.3	100.0
„Двієчники”	59.7	40.3	100.0
Всі разом	55.8	44.2	100.0

21% з числа «найбільш толерантних» вважає, що ЛЖВС треба ізолювати. Цей відсоток практично дорівнює відсотку «зовсім нетолерантних», які б не ждали ізоляції ЛЖВС (22,5%). Якщо вилучити такі логічно непослідовні відповіді з аналізу, то частка «найбільш толерантних» (тобто толерантних і у власних діях, і у про-соціальних настановах) скоротилась би з 15% до 11,5%, а частка «найбільш нетолерантних» — з 18% до 14%.

Що могло стати причиною дискримінаційних настанов? По-перше, опитані військовослужбовці можуть не вважати ізоляцію ЛЖВС порушенням їх прав, а засобом захисту здоров'я людей, за принципом, що пересторога у такій важливій справі не може бути зайвою. З іншого боку толерантні настанови, які аналізувалися у попередньому підрозділі, могли бути нещирими.

Той факт, що 61% тих, хто сказав, що лишиться доглядати хворого члена родини, висловився за ізоляцію ЛЖВС, свідчить про те, що люди не зараховують відносять своїх рідних до тих, кого треба ізолювати, вони передусім спрямовані на те, щоб запобігти ВІЛ-інфікуванню, яке може виходити від ЛЖВС.

Освіта, обізнаність в галузі ВІА/СНІД та модернізація мають величезне значення для формування толерантних настанов щодо ЛЖВС. Вплив цих чинників на ставлення до ЛЖВС набагато сильніший, ніж вплив на поведінку у сфері ризику. Низька освіта, жорсткі умови проходження строкової служби в армії та сільське походження сприяють формуванню настанов на стигматизацію ВІА-інфікованих. Щодо сільського походження, то це зауваження стосується переважно військових частин Південного та Східного регіонів. Найменший рівень толерантності проявляється в униканні контакту з ЛЖВС навіть тоді, коли це нічим не загрожує людині та у вимозі ізоляції інфікованих людей. Багато військовослужбовців скоріше за все не усвідомлюють соціальних наслідків ізоляції для ЛЖВС і не спроможні уявити себе та своїх рідних на їхньому місці. Цьому почасти сприяє й те, що більшість з них у своєму житті ніколи не були знайомі з ВІА-інфікованими.

6. Профілактика ВІА/СНІД в армії: реальний стан та потреби у додаткових знаннях

6.1. Профілактика ВІА/СНІД у армії: реальний стан

Результати опитування показують, що дві третини військовослужбовців (65%) отримували яку-небудь інформацію про ВІА/СНІД впродовж своєї служби. Враховуючи важливість такої інформації, можна сказати, що відсоток військових, які не отримували такої інформації (32%) є досить високим.

В першу чергу виявлено, що найповніше профілактичними заходами охоплені офіцерський склад (83%); рівень охоплення профілактичною інформацією солдатів (61%) статистично не відрізняється від охоплення курсантів (65%). Проте в обох цих групах він нижчий, ніж серед офіцерів.

Факт отримання інформації такого роду залежить від терміну служби. Серед тих солдатів строкової служби, хто служить перший рік, майже 42% не отримували такого роду інформації протягом служби до цього часу, тоді як серед тих, хто служить другий рік — ця частка становить 29% (таблиця 17). Така ж тенденція спостерігається й серед курсантів.

Таблиця 17. Чи отримували Ви під час служби/навчання якусь інформацію про ВІА/СНІД?

Статус військовослужбовців	„Коефіцієнт засвоєння інформації”, %	Так, %	Ні, %	Не пам'ятаю, %	Разом, %
Солдати 1-го року служби	0.38	55.2	41.8	3.0	100.0
Солдати 2-го року служби	0.26	67.4	29.1	3.5	100.0
Курсанти 1-го курсу навчання	0.45	53.1	43.8	3.1	100.0
Курсанти 2-го та старших курсів	0.42	72.4	24.3	3.2	100.0
Офіцери	0.41	82.8	16.3	1.0	100.0

Можна припустити, що зі строком служби істотно зростає обізнаність з питань ВІА/СНІД. Проте рівень засвоєння інформації не відповідає обсягу охоплення інформацією. Якщо розглянути співвідношення показника обізнаності в сфері ВІА/СНІД (О5) до відсотка охоплених інформацією (перший стовпчик таблиці 17), то можна визначити «коефіцієнт засвоєння інформації» в цільових групах. Виявляється, що цей рівень є найнижчим серед солдатів другого року служби, тобто, незважаючи на більше охоплення інформуванням, вони показують нижчий рівень знань. Це може означати меншу мотивацію солдат другого року до засвоєння знань. Фактор пам'яті не слід недооцінювати — адже солдати з першого року пам'ятають не тільки інформацію, отриману в армії, але й ту, яку вони отримали у середній школі або іншому навчальному закладі, де вони навчалися до армії.

М'якші умови служби сприяють кращому засвоєнню матеріалу. Про це свідчить рівень засвоєння знань курсантами — він є подібним до такого серед офіцерів незважаючи на нижчий відсоток охоплення інформуванням. Альтернативно можливо, що курсанти ліпше засвоюють інформацію тому, що краще вчилися в школі.

Очевидною є нерівномірність інформування в різних частинах та регіонах (Таблиця 18).

Таблиця 18. Відсоток тих, хто отримував під час служби/навчання якусь інформацію про ВІА/СНІД

Регіон перебування військовослужбовців	Всі опитані військовослужбовці, (N=1600), %	Солдати строкової служби, (N=1066), %	Курсанти, (N=320), %
Дніпропетровська	60.9	57.7	--
Житомирська	88.8	--	88.8
Закарпатська	55.5	52.8	--
Київська	77.7	75.0	--
Крим	69.1	68.1	--
Львівська	40.6	31.5	--
Одеська	50.5	42.5	53.8
Чернігівська	69.2	82.4	43.8
Харківська	75.0	--	75.0
Всі опитані разом	64.7	61.1	65.3

Аналіз таблиці 18 показує, що найвище охоплення інформацією спостерігається серед курсантів військових інститутів у Житомирі та Харкові, а також серед військовослужбовців Київської області. Найгірше — серед військовослужбовців військових частин, дислокованих на території Львівської, Одеської та Закарпатської областей, причому у Львівській області помітна відмінність між офіцерами та солдатами — солдати охоплені інформуванням іще менше, ніж офіцери.

У Чернігівській області військовослужбовці військової частини охоплені інформацією добре, на відміну від курсантів навчального центру у «Десні». Це зумовлено тим, що в системі гуманітарної підготовки заняття за певною тематикою проводяться один раз на рік — у серпні-вересні, а курсанти навчального центру були призвані в листопаді. Оцінка обізнаності з питань ВІА/СНІД є найгіршою саме в цих частинах, тобто охоплення інформацією досить сильно корелює з обізнаністю у регіональному зрізі: там, де військовослужбовці отримують більше інформації, там вони демонструють ліпшу обізнаність.

Серед тем, що висвітлюються для військовослужбовців про ВІА/СНІД, превалює інформація про шляхи передачі ВІА (58%); на другому місці — інформація про основні за-

соби захисту від ВІЛ (48,5%); потім за частотою розповсюдження йде інформація про життя людей з ВІЛ та його наслідки для здоров'я (27%); найменше інформації про ставлення до ВІЛ-інфікованих людей, про толерантність до них (16,5%).

З числа заходів з профілактики ВІЛ/СНІДу експерти з військових частин найчастіше називали заняття з гуманітарної підготовки (9 згадувань), виступи медичних працівників, наркологів та венерологів (6 згадувань), інформування (5 згадувань), бесіди (4), лекції (4) та науково-практичні семінари для офіцерів (4). Експерти з Житомира, Білої Церкви та Сімферополя згадали про зустріч з спеціалістами Центру соціальних служб для молоді; два рази називали виступи «Руху Анти-СНІД», один раз вказали перегляд відеофільму.

Нижче подано дані щодо видів інформування серед солдатів та курсантів, котрі отримували таку інформацію (Таблиця 19).

Таблиця 19. **Форми подання інформації про ВІЛ/СНІД серед тих, хто таку інформацію отримував (N=867), відсотки**

Види інформування військовослужбовців	Солдати (N=658)	Курсанти (N=209)
Виступи лікарів перед групою солдат/курсантів	51.1	42.6
Заняття з гуманітарної підготовки	39.1	35.4
Буклети, брошури	20.8	30.6
Телепередачі	22.0	26.8
Інструктаж солдат/курсантів офіцерами перед звільненням	24.8	33.5
Особисті розмови з товаришами	21.0	34.9
Плакати	14.9	22.0
Спеціальні відеофільми	8.4	18.7

Слід зауважити, що солдати та курсанти частіше називали виступи лікарів, ніж заняття з гуманітарної підготовки, хоч серед експертів спостерігалася протилежна тенденція.

Згідно з відповідями основної аудиторії, найчастіше інформація передавалася безпосередньо від носія знання (лікарів або керівника групи гуманітарної підготовки). Навчальні відеофільми згадувалися найменше; також не дуже часто згадували про телепередачі, брошури та плакати. Досить малий відсоток військовослужбовців, (тільки 16% солдат та 22,5% курсантів серед усіх опитаних солдат та курсантів, охоплених і неохоплених інформуванням) отримували інформацію під час інструктажу офіцерами перед звільненням.

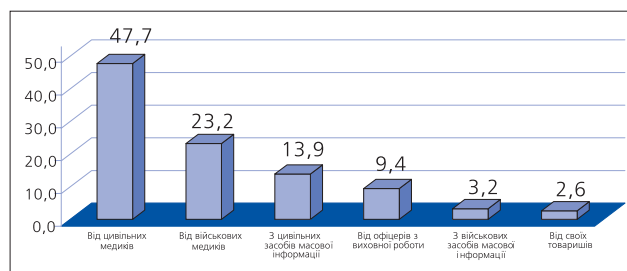
З таблиці 19 можна витягнути також висновок про відмінності у структурі подання інформації серед солдат строкової служби та курсантів. Виступи лікарів є більш поширеною формою роботи у військових частини, ніж у військових навчальних закладах. Військові навчальні заклади краще забезпечені інформацією тому, що курсантів більше спілкуються на цю тему зі своїми товаришами, більше отримують буклетів, брошур та плакатів, мають кращий інструктаж перед звільненням та мають доступ до більшої кількості відеофільмів. Тільки щодо перегляду телепередач відмінність від солдат не є істотною. Можливо, краща обізнаність курсантів пояснюється саме тим, що окрім загальних для армії форм — лекцій та занять вони закріплюють інформацію, яку отримали в школі або

армії, у розмовах з товаришами та офіцерами, а також переглядаючи відеофільми.

Сім з 18-ти експертів вважають, що військовослужбовці довіряють найбільше заняттям з гуманітарної підготовки, які саме вони з ними проводять. Цю думку не поділяють зокрема експерти з Києва: одні вважають, що військовослужбовці найбільше довіряють цивільним ЗМІ, а інші — що своїм товаришам. Тільки один експерт назвав військові ЗМІ, як такі, що користуються довірою більшою, ніж три вже названі носії інформації.

Нижче наведено оцінку військовослужбовцями довіри до інформації, отриманої з різних джерел у Діаграмі 11.

Діаграма 11. **Розподіл відповідей на запитання «Якій інформації Ви більш за все довіряєте?»**



Всупереч думці експертів, з розподілу видно, що інформації, яка надходить від медичних працівників довіряють найбільше: цивільним та військовим медікам разом довіряє 71% опитаних з числа тих, хто отримував інформацію про СНІД в армії. На другому місці знаходяться засоби масової інформації: цивільним та військовим ЗМІ разом довіряють 17%. Офіцерам з гуманітарних питань довіряє тільки 9%, своїм товаришам — 3%. Отже, хоч виступи лікарів і є найбільш поширеним способом передання інформації про ВІЛ/СНІД, відрив їх за рейтингом довіри від офіцерів виховної роботи є занадто великим, щоб пояснювати його тільки тим, що виступи лікарів є найпоширенішими.

Дані цього дослідження дозволяють виокремити тільки тих, хто отримував інформацію винятково на лекціях лікарів (N=155) або під час занять з гуманітарної підготовки (N=102), від тих, хто отримував інформацію одночасно з цих двох джерел (N=138) та тих, хто її отримував з багатьох джерел (N=141). На таблиці 20 показано, що рейтинг довіри до виховної роботи офіцерів є вдвічі вищим (19-20%) від середнього (9%) серед тих солдатів та курсантів, які мали можливість порівнювати заняття з гуманітарної підготовки із виступами лікарів, або з інформацією, що надходить з інших джерел (третій та четвертий рядки таблиці 20).

Таблиця 20. **Довіра до різних джерел інформації про ВІЛ/СНІД, %**

Окремі категорії військовослужбовців за видами отриманої інформації	Довіряють передусім інформації від лікарів	Довіряють передусім інформації від офіцерів з виховної роботи	Довіряють передусім ЗМІ
Ті, хто отримував інформацію про ВІЛ/СНІД винятково з виступів лікарів, (N=155)	85	3	8
Ті, хто отримував інформацію про ВІЛ/СНІД винятково на заняттях з гуманітарної підготовки, (N=102)	65	16	17
Ті, хто отримував інформацію про ВІЛ/СНІД з виступів лікарів на заняттях з гуманітарної підготовки, (N=138)	79	20	10
Ті, хто отримував інформацію про ВІЛ/СНІД з чотирьох або більше різних джерел, у тому числі від медиків та на заняттях, (N=141)	64	19	17
Всі, хто отримував будь-яку інформацію про ВІЛ/СНІД (N=912)	71	9	17

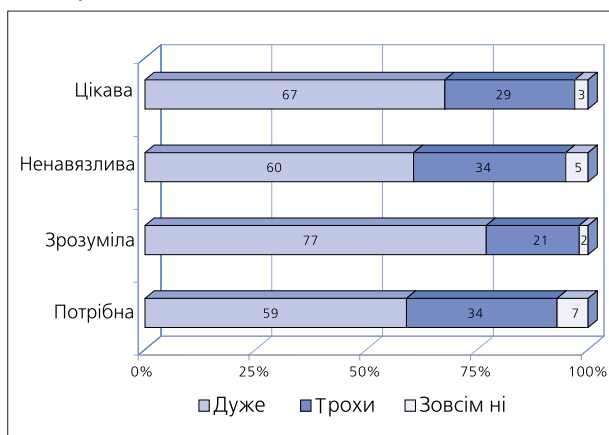
Хоч офіцерам з гуманітарних питань і довіряють трохи більше ті, хто міг порівнювати інформацію, що надходить від них, з іншими джерелами, проте розрив з довірою до інформації лікарів залишається високим.

ЗМІ є важливим джерелом для самих офіцерів з гуманітарних питань. Більшість регіональних експертів звертається за інформацією про ВІА для проведення профілактичних заходів до матеріалів ЗМІ, цивільних або військових. Тільки четверо з них зверталися до спеціалізованої літератури, двоє зверталися до Генерального Штабу, двоє до Інтернету (Одеса), двоє — до Центру соціальних служб для молоді (Крим), один — до Управління з гуманітарних питань. По матеріали аналітичних звітів різних спеціалізованих центрів (профілактики ВІА/СНІДу, Центру крові, Державного епідагляду) звертаються тільки експерти найвищого рівня з Києва.

Можна припустити, що відносно низька довіра до інформації, що надходить від офіцерів з гуманітарних питань, — це похідна відносно низької довіри до інформації, що надається від військовими взагалі. Як показано на Діаграмі 11 довіра до цивільних медиків та засобів інформації є значно вищою від рівня довіри до військових лікарів та ЗМІ. Експерти з Києва пояснюють це загальною кризою довіри до армії, пов'язану з падінням її престижу у суспільстві.

Солдатам та курсантам пропонували оцінити інформацію про ВІА/СНІД за такими критеріями: наскільки така інформація потрібна, зрозуміла, ненав'язлива і цікава (діаграма 12). Загалом можна зробити висновок, що інформація про ВІА/СНІД за всіма характеристиками оцінена досить високо: 59% солдатів та курсантів сказали, що вона дуже потрібна; 77% — що вона зрозуміла; 60% — ненав'язлива; та 67% — що вона цікава.

Діаграма 12. Оцінка солдатами та курсантами якості інформації про ВІА/СНІД



Тобто найменш проблемним є питання зрозумілості змісту інформації про ВІА/СНІД. Трохи складнішим є питання мотивації — для третини опитаних, що отримували інформацію, вона не є цікавою. Ще більш проблемним є питання про форми подання інформації — близько 40% опитаних вважає інформацію нав'язливою та непотрібною, хоч кількість однозначно негативних оцінок є дуже низькою (5% та 7% відповідно).

Оцінка інформації про ВІА/СНІД військовослужбовцями стосувалася інформації, яку вони отримували в армії з будь-яких джерел. Дані показують, що ті солдати й курсанти, що отримували інформацію винятково на заняттях з гуманітарної підготовки (N=102), трохи вище оцінюють інформацію за всіма параметрами, ніж ті, хто отримував

інформацію винятково на лекціях лікарів (N=155) або під час занять з гуманітарної підготовки та тих, хто отримував інформацію з багатьох джерел. Проте відмінність є статистично незначущою, можливо, через малу кількість такої категорії опитаних.

Подальший аналіз показав, що зрозумілішою, потрібнішою й цікавішою наявна інформація про ВІА/СНІД є для тих, хто успішно відповів на запитання про шляхи зараження (показник О5). Є також помітна відмінність між військовослужбовцями Центрального та Західного регіонів у оцінці потрібності, нав'язливості та цікавості інформації — оцінка у військових частинах Західної України є більш негативною, ніж у Центральному регіоні, що, можливо, свідчить про нижчу якість подання інформації. Респонденти, які особисто знають ВІА-інфікованих, трохи частіше оцінюють інформацію як нав'язливу.

Для порівняння треба зауважити, що тільки два регіональних експерти оцінили ефективність заходів, що проводяться в збройних силах як низьку. Так само оцінили її два київських експерти. Решта дали високу оцінку цим заходам. Ті експерти, що дали низьку оцінку, говорили про брак добре підготованих фахівців з проблем ВІА/СНІДу, індивідуального підходу, один експерт говорив про низький вплив матеріалу на емоційному рівні. Дещо вище була оцінена ефективність науково-практичних семінарів для офіцерів та особисті бесіди, нижче — заняття з гуманітарної підготовки та лекцій. Кілька експертів вважають, що ефективність занять висока, оскільки в їхніх частині немає випадків захворювання.

Той факт, що абсолютна більшість опитаних регіональних експертів вважає, що за профілактику ВІА/СНІДу в армії повинні відповідати медичні працівники (12 осіб), вказує опосередковано на те, що заступники з гуманітарних питань відчувають недостатність своїх знань та рівня підготовки для того, щоб навчати знанням з ВІА/СНІД особовий склад своїх частин.

6.2 Потреби у додаткових знаннях з питань ВІА/СНІД

За даними опитування, 56% військовослужбовців відчувають потребу у додатковій інформації з питань ВІА/СНІДу. Серед тих, хто не отримував такої інформації впродовж служби, майже половина (48%) вважають, що вона їм потрібна. За принципом: «Чим більше дізнаюсь, тим більше розумію, що нічого не знаю», — серед тих, хто інформацію про ВІА/СНІД отримував, 61% вважають, що додаткова інформація їм потрібна.

Найбільш відчутно потребу в додаткових знаннях відчувають офіцери й курсанти (близько 62%). Найнижчою є потреба в додаткових знаннях у солдат першого року служби — 50%, трохи вищою — серед солдатів другого року — 56.5%. Враховуючи фактичний рівень обізнаності з питань ВІА/СНІД (показники О5 та О3), можна було б зробити висновок, що ті, хто більше знає (офіцери та курсанти) більше прагнуть нових знань, аніж ті, хто знає менше (солдати). Проте не було виявлено істотного зв'язку між правильністю відповідей на запитання-індикатори та рівнем зацікавленості у новій інформації, якщо розглянути усіх військовослужбовців разом. Очевидно, що зацікавленість у додатковій інформації пояснюється частково бажанням знати більше тих, хто і так добре обізнаний, а частково — бажанням дізнатися більше тих, хто знає мало.

Розглянемо тих респондентів, хто хотів би знати більше щодо проблем ВІА.

Таблиця 21. Потреби у окремих видах інформації з питань ВІА/СНІДу, (N=898)

Додаткові теми про ВІА/СНІД, якими цікавляться військовослужбовцями	Дуже потрібна та скоріше потрібна	Зовсім непотрібна та скоріше непотрібна	Важко відповісти
Що таке тест на ВІЛ, де його можна зробити	64,1	27,2	8,2
Про шляхи поширення ВІЛ	71,7	23,2	5,1
Як уберегтися від інфікування ВІЛ	79,1	23,2	6,0
Як ставитися до ВІЛ-інфікованих людей	74,7	12,7	12,6
Про наслідки ВІЛ для здоров'я людини	80,3	12,7	7,0
Про розвиток хвороби та лікування СНІД	85,4	9,4	5,2
Чисельність людей інфікованих ВІЛ, їх розселення за регіонами	64,3	24,9	10,8

З таблиці 21 видно, що розвиток хвороби СНІД, її наслідки для здоров'я, лікування та способи захисту — це теми, які користаються попитом абсолютної більшості тих, хто потребує додаткової інформації з питань ВІА/СНІД. Знання про ставлення до ВІА-інфікованих людей та шляхи поширення ВІА цікавить меншу кількість опитаних. Нарешті, тільки дві третини опитаних цікавляться інформацією про проведення ВІА-тесту та статистикою з поширення ВІА.

Треба зауважити, що розвиток хвороби СНІД та її наслідки для здоров'я — це теми, які мало висвітлюються у армії (27% тих, хто отримував інформацію, назвали їх), і, що до них існує найбільш виражена потреба (80-85%). Проте найгірше висвітлюванню темою є ставлення до ВІА-інфікованих (16% тих, хто отримував інформацію, назвали її), але потреба у такій інформації не є дуже сильно вираженою — тільки три четверті тих, хто прагне додаткової інформації назвали її. Можна припустити, що, чим менше інформація стосується особистої безпеки, тим менше на неї попит.

Дані дають підставу стверджувати, що заявлена потреба в інформації майже не залежить від рівня обізнаності з питань ВІА/СНІД. Так, відсоток тих військовослужбовців, що цікавляться шляхами передачі ВІА/СНІД, практично не відрізняється у групі, де правильно відповіли на запитання про шляхи передачі (показник О5), від тих, хто відповів правильно тільки на частину запитань (показник О3), та тих, хто здебільшого відповідав неправильно. Отже, потреба у різних групах є майже однаковою, хоч мотивація, можливо, є різною, — одні хочуть поглибити знання, інші — розширити.

Військовослужбовці мали змогу висловити також свої пріоритети щодо засобів отримання додаткової інформації. На питання «У якій формі ви б хотіли отримати цю інформацію?», 44% відповіли, що віддають перевагу виступам лікарів перед групою солдатів/курсантів; 40% — спеціальним відеофільмам; третє місце розділили буклети, брошури та телепередачі (24%). Дев'ять і менше відсотків набрали всі інші форми інформації: заняття з гуманітарної підготовки, плакати, розмови з товаришами, які більше знають про це, та інструктаж офіцерами солдатів/курсантів перед звільненням.

Аналіз показав, що структура побажань щодо форм подання інформації не відповідає запитам солдатів та курсантів за винятком лекцій лікарів (таблиця 22). Це не стосується виступів лікарів перед солдатами: їх назвали половина опитаних, які отримували інформацію, як джерело надходження цієї інформації, і 45% тих, хто хотів би отримувати додаткову інформацію, також назвали виступи лікарів. Проте відеофільми про ВІА/СНІД безперечно

посідають високе місце в ієрархії побажань — їх хотіли б бачити 40,5% солдатів та курсантів, хоч тільки 11% з них переглядали такі фільми у армії.

Таблиця 22. Найбільш поширені та бажані форми подачі інформації про ВІА/СНІД для солдат та курсантів, відсотки та порядкові ранги

Цінність різних видів інформації про ВІА/СНІД серед військовослужбовців	Фактичні джерела надходження інформації		Бажані джерела надходження інформації	
	Ті, хто отримував інформацію, (N=867)	Ранг	Ті, хто хотів би отримувати інформацію, (N=771)	Ранг
Виступи лікарів перед групою солдат/курсантів	49,0	I	44,6	I
Заняття з гуманітарної підготовки	38,2	II	9,2	IV
Буклети, брошури	23,2	III	24,4	III
Телепередачі	23,2	III	25,6	III
Інструктаж солдат/курсантів офіцерами перед звільненням	26,9	IV	3,9	VII
Особисті розмови з товаришами	24,3	V	4,4	VI
Плакати	16,6	VI	8,0	V
Спеціальні відеофільми	10,8	VII	40,5	II

Ті, хто не отримував інформації про ВІА/СНІД в армії, але хотіли б її отримати, називали відеофільми трохи частіше, ніж виступи лікарів (не показано на таблиці 22). Відеофільми, брошури та телепередачі безсумнівно є популярнішими, ніж заняття з гуманітарної підготовки та інструктаж офіцерами перед звільненням, проте саме забезпеченість відеофільмами є найгіршою. Особисті розмови, всупереч очікуванням, є найменш бажаною формою передавання інформації; такої інформації найменше усього довіряють.

Окрім закодованих варіантів відповіді на це запитання, респондентам пропонувалося вибрати будь-яке інше бажане джерело інформації. Серед відповідей три рази називали «написані у доступній формі» книжки, один раз — розмову з цивільними лікарями, іще раз — розмову з «організаціями, які цим займаються», раз — Інтернет. Два рази з боку солдатів прозвучало побажання отримати інформацію з особистої розмови з хворими. Це побажання важливо зафіксувати (занесене у список альтернативних відповідей, воно, можливо, отримало би багато голосів, оскільки представляє собою «безпосередній досвід»). Проте один з експертів рішуче висловився проти такого шляху подання інформації як небезпечного з погляду потенційного інфікування солдат.

Експерти говорили, що для підвищення ефективності заходів їм бракує посібників, наочної агітації, навчальних відеофільмів. Кілька експертів згадали про потребу активніше залучати медичних працівників. Один експерт виявив зацікавленість у інтерактивних методах. Думки експертів щодо кількості годин, відведених на тематику ВІА/СНІДу, поділилися — приблизно порівну: одні вважають її достатньою, — інші — недостатньою. Зараз передбачено 3-4 години на рік. А треба було б, щоб планувалося 3-4 години на період навчання, тобто, так щоб були охоплені обидва призови — осінній і весняний, і заняття проводилися не один, а два-три рази.

Можна зробити висновок про те, що поширення інформації про ВІА/СНІД в армії загалом відповідає рівню знань військовослужбовців з цього питання: обізнаність та охопленість інформацією вища серед курсантів, ніж серед солдатів, і вища у Центрі країни, ніж на Заході. Це означає, що профілактичні заходи в армії мають велике значення попри підготовку з цих питань у школі. Проте, треба зауважити, що засвоєння знань солдатами, що служать другий рік, гірше порівняно із першорічниками.

Курсанти охоплені більш різноманітними заходами профілактики, ніж солдати. Але в цілому треба зазначити невідповідність тих шляхів, якими інформація потрапляє до солдатів та курсантів: вони надають перевагу відеофільмам перед заняттям з гуманітарної підготовки та іншим заходам.

Передусім військовослужбовці довіряють цивільним шляхам надходження інформації про ВІЛ/СНІД. Лікарям довіряють більше, ніж ЗМІ.

Більшість військовослужбовців досить високо оцінюють інформацію про ВІЛ/СНІД і висловлюють бажання отримати додаткову інформацію з цих питань. Приблизно третина опитаних не має бажання отримати додаткову інформацію. Мотиви таких респондентів різні - частині їх ця інформація не потрібна через достатньо високий рівень знання, а частині з низьким рівнем — з інших причин.

Висновки

- Стан обізнаності з питань ВІЛ/СНІД у армії не можна визнати задовільним. Військовослужбовці проінформовані, головним чином, про шляхи передачі ВІЛ, але мало хто відповідає правильно на всі запитання, зокрема, викликають труднощі запитання про те, як ВІЛ не передається.
- Найбільш помітно показники обізнаності коливаються залежно від військового звання та місця призову: офіцери й курсанти краще обізнані, ніж солдати строкової служби; солдати, яких призивали з сіл та СМТ, гірше обізнані, ніж ті, яких призивали з великих міст.
- Загалом, між знанням в галузі ВІЛ/СНІД та ризикованістю сексуальної поведінки немає прямого зв'язку; обізнаність сприяє не частоті використання презервативів, а тільки зменшенню кількості випадкових зв'язків. Культурне оточення, в якому проходило дитинство та юність (регіон та розмір місця проживання до призову в армію) впливає на час початку статевого життя та його інтенсивність. Проте з допомогою цього чинника (культурне оточення) майже неможливо пояснити схильності до випадкових статевих стосунків. Схильності до випадкових зв'язків сприяє молодий вік, неодружений цивільний стан та низький статус у армії; саме тому серед офіцерів менше випадкових зв'язків. Місце проходження служби, тип поселення та регіон, помірно впливають на частоту використання презервативів при ризикованих статевих зв'язках — у селах та західних областях України презервативи використовують рідше, ніж військовослужбовці, частини яких розташовані в містах та на Сході країни. Можливо такі відмінності свідчать про відчуття небезпеки зараження в східному регіоні та великих містах. Не зафіксовано й даних про те, що солдатам з віддалених від міст частин недоступні презервативи.
- Вплив обізнаності в питаннях ВІЛ/СНІД на інші форми поведінки крім сексуальної не вдалося оцінити через статистично малі розміри груп найбільшого ризику (використання нестерильних інструментів для татування та гоління та ін'єкцій наркотичних речовин).
- Особливість військовослужбовців, що призивалися до армії з сіл полягає в тому, що вони рідше вступають у сексуальні зв'язки як до армії, так і під час служби. Проте, якщо вони вступають у випадкові зв'язки, то частіше використовують комерційний секс й рідше користуються презервативами. (Останнє зауваження не стосується солдатів сільського походження, що проходять службу у Західній Україні). До того ж їх відрізняє від міських мешканців нижчий рівень обізнаності у сфері, пов'язаній з ВІЛ/СНІД.
- Як знання в галузі ВІЛ/СНІД, так і умови проходження служби, а також сексуальна поведінка важливі для оцінки ризику зараження самими військовослужбовцями. Чим більше військовослужбовець знає про ВІЛ/СНІД, та чим менш ризиковано він себе веде, тим нижче він оцінює ризик зараження для себе. Кореляція оцінки ризику зі знанням спостерігається в усіх трьох цільових групах. Проте ризикованість сексуальної поведінки мало пояснює почуття небезпеки серед солдатів, що означає більше поширення немотивованого страху у середовищі солдатів строкової служби. Пояснити високий рівень почуття ризику серед солдатів можна, завваживши вищий рівень їх упередженості щодо ВІЛ-інфікованих, а також фактори нестатевого характеру у військових частинах, що сприймаються солдатами як загрозливі.
- Відсоток військовослужбовців, що пройшли тест на ВІЛ у армії є достатньо високим в порівнянні з 5% тестувань серед дорослого населення. Можливо, частота проходження тестів на ВІЛ пов'язана з тим, що військовослужбовці часто являються донорами. Проте не виключено, що частина тестувань було недобровільними — наприклад, були проведені у військоматах при проходженні медогляду. Проходження тесту досить сильно корелює з ризикованістю сексуальної поведінки та з епідеміологічною обстановкою в регіоні — чим більш ризикованою є ситуація, тим частіше люди проходять тест. Можливо також, що в регіонах з більш небезпечною епідеміологічною ситуацією частина тестувань не була добровільною. Проте обізнаність в галузі ВІЛ/СНІД та суб'єктивна оцінка ризику зараження для себе не відіграють жодної ролі для рішення пройти тест на ВІЛ.
- Освіта, обізнаність в галузі ВІЛ/СНІД та модернізація мають величезне значення для формування толерантних настанов щодо ЛЖВС. Вплив цих чинників на ставлення до ЛЖВС набагато сильніший, ніж вплив на поведінку у сфері ризику. Низька освіта, жорсткі умови проходження строкової служби в армії та сільське походження сприяють формуванню нетолерантних настанов. Щодо сільського походження, то це зауваження стосується головним чином військових частин Південного та Східного регіонів. Найвища нетолерантність проявляється в униканні контакту з ЛЖВС навіть тоді, коли це нічим не загрожує людині та у вимаганні ізоляції інфікованих людей. Багато людей скоріше за все не усвідомлюють соціальних наслідків ізоляції для ЛЖВС і не ставлять себе та своїх рідних на їх місце. Цьому почасти сприяє те, що більшість з цих людей у своєму житті не мала стосунків з ВІЛ-інфікованими.
- Досвід особистого знайомства з ЛЖВС суперечливо впливає на толерантність. Імовірно, серед частини респондентів він сприяв пом'якшенню оцінок, а серед іншої — навпаки. Принаймні особисто знайомі з ЛЖВС менше бажать їх ізоляції, ніж ті, хто з такими людьми не зустрічався.
- Поширення інформації про ВІЛ/СНІД в армії цілком відповідає рівню знань військовослужбовців з цього питання. Обізнаність та охопленість інформацією є вищою серед курсантів, ніж серед солдатів, є вищою у центрі країни, ніж на Заході. Це означає, що профілактичні заходи в армії дуже важливі попри підготовку з цих питань у школі.
- Курсанти охоплені більш різноманітними заходами профілактики, ніж солдати. Але в цілому треба сказати

про невідповідність тих шляхів, якими інформація потрапляє до солдатів та курсантів: вони надають перевагу відеофільмам перед заняттям з гуманітарної підготовки та іншим заходам.

- Передусім військовослужбовці довіряють цивільним джерелам надходження інформації про ВІЛ/СНІД над військовими. Лікарям довіряють більш ніж ЗМІ та керівникам з гуманітарної підготовки.

- Більшість військовослужбовців досить високо оцінюють інформацію про ВІЛ/СНІД і висловлюють бажання отримати додаткову інформацію з цих питань. Приблизно третина опитаних не має такого бажання. Мотиви в таких респондентів різні — четвертій частині ця інформація не потрібна через достатньо високий рівень знання, а частині з низьким рівнем — з інших причин.

Рекомендації

Проведене дослідження спонукає до формулювання рекомендацій на кількох рівнях.

На найвищому рівні — Міністерства оборони, охорони здоров'я та освіти

1. Необхідно подолати суперечливість у ставленні до ВІЛ та людей, що живуть з ВІЛ/СНІД. Знання у цій сфері є досить суперечливими. З одного боку, ВІЛ/СНІД є загрозливою інфекцією, що передається через рідини, які виділяє організм людини. Поточна свідомість включає переконання, що для забезпечення власного здоров'я та здоров'я власної родини, жодна пересторога не може бути зайвою. Тому, всім контактам з інфікованим надається велике значення. У справі толерантності до ЛЖВС «надлишок» страху виявляється дуже шкідливим, тому що веде до дискримінації й маргіналізації інфікованих. Почасти ця проблема долається завдяки просвітництву. Але проблема також полягає у суперечливості самих знань. По-перше, суперечливим є знання про те, що не всякий контакт з кров'ю (укус комахи) або слиною приводить до інфікування. По-друге, суперечливим є знання про те, що ВІЛ-інфікована людина — це ще не хвора людина. По-третє, суперечливим є знання про «групи ризику» та про те, що кожен може інфікуватися ВІЛ. Цю суперечливість треба долати на рівні вищих командирів. Для ефективного засвоєння знання та використання його у житті, люди мають зрозуміти причини, бути упередженим щодо ЛЖВС — це погано, і навіть їм знання про те, як себе вести з ЛЖВС. Для цього потрібно реалізувати комплексний підхід до виховання, а не лише поширювати знання про формування безпечної поведінки.
2. Необхідно подолати суперечливість загальнонаціональних нормативних актів, військового уставу та практик прийнятих в армії щодо ВІЛ-статусу військовослужбовців. Так, військовий устав забороняє військовослужбовцям тримати в таємниці факт хвороби. Але викриття ВІЛ-статусу людини є порушенням її прав. Неясність у цій справі веде до того, що армія просувається в напрямку до виключення ВІЛ-інфікованих зі своїх лав через спроби узаконити встановлення ВІЛ-статусу та звільнення ВІЛ-інфікованих з армії.
3. Необхідно юридично обґрунтувати обов'язкове тестування військовослужбовців за контрактом. Гарний стан здоров'я є необхідною умовою проходження служби за контрактом. Ця служба передбачає можливість виїздів у віддалені пункти на завдання, що може означати відсутність медичної допомоги, необхідність робити щеплення живими вакцинами та безпосереднє донорства. Крім того, якщо службовець за контрактом інфікується більше, ніж за 6 місяців від початку служби, то держава мусить нести витрати, пов'язані з диспансеризацією та лікуванням.

4. Необхідно створити методичні рекомендації для лікарів різних спеціальностей з питань добровільного консультування та тестування різних категорій військовослужбовців з метою запобігання дискримінації та стигматизації ЛЖВС.
5. Доцільно проводити повторні дослідження поведінки військовослужбовців для введення у практику епідеміологічного нагляду другого покоління.

На рівні офіцерів — керівників з гуманітарної підготовки та командування військових підрозділів

1. Необхідно формувати серед військовослужбовців думку, що ВІЛ/СНІД — це хвороба поведінки й вона стосується усього суспільства, а не тільки медицини. Через неусвідомлення цього, армія займає позицію стороннього спостерігача у ході боротьби з епідемією, оскільки частина експертів переконана в тому, що зараження, яке відбувається поза стінами військових частин, не є справою армії.
2. Необхідно посилити медичний компонент освітніх програм з профілактики захворювань, що передаються статевим шляхом та ВІЛ. Медичні працівники повинні більш активно брати участь у військово-медичній підготовці різних категорій військовослужбовців.
3. Необхідні кадрові зміни у складі викладачів з гуманітарної підготовки та пошуки нових підходів з профілактики ВІЛ/СНІД. Справу профілактики краще віддати в руки спеціально підготовлених фахівців із соціальної роботи або лікарям може бути таким підходом. Ширше застосування відеофільмів та зустрічей з працівниками Соціальної служби для молоді. Треба додатково вивчити можливість використання такої форми роботи, як бесіда за участі людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, як можливий спосіб виховання толерантного ставлення. Більша відкритість армії суспільству тільки сприятиме відновленню довіри військових до своїх колег.
4. Необхідно привернути увагу офіцерів до нестатевих факторів ризику зараження: гоління небезпечною бритвою перед звільненням, татування нестерильними інструментами та ін'єкційна наркоманія. Ця поведінка є таємною, але за деякими свідченнями, вона наявна у армії й вимагає особливої уваги.

На рівні категорій військовослужбовців, з якими треба проводити роботу

Ці рекомендації стосуються конкретних кроків побудови політики профілактики ВІЛ/СНІДу на місцях.

1. У посібниках та матеріалах для занять з гуманітарної підготовки необхідно більше уваги приділяти інформації

про стадії розвитку хвороби СНІД, її наслідки для здоров'я, життя ВІЛ-інфікованих та спілкування з ними.

2. З метою збереження конфіденційності результатів тестування на ВІЛ-інфекцію доцільно впровадити консультування військовослужбовців не тільки в медичних закладах Міністерства оборони, а й у кабінетах довіри з боку Міністерства охорони здоров'я та громадських організацій.
3. При плануванні занять необхідно приділити особливу увагу солдатам, що служать другий рік. Імовірно, умови служби в армії сприяють погіршенню сприйняття інформації та формуванню власних ідеологем, жорстких і не толерантних до маргінальних сфер суспільства.
4. За час незалежності України 22 тисячі українських військовослужбовців брали участь у виконанні мирот-

ворчих місій за дорученням ООН. Необхідно впровадити інформаційно-освітні програми серед контингенту миротворчих сил, розробляти кишенькові «пам'ятки» та довідники з питань ВІЛ/СНІДу.

5. Необхідно активізувати роботу там, де загроза ВІЛ/СНІД епідемії наразі не сприймається як велика, — у Західному регіоні України.
6. Необхідно випрацювати особливі форми роботи з солдатами сільського походження, оскільки рівень підготовки у сільських школах є досить низьким.
7. Оскільки вплив знання на ризикованість поведінки у статевій сфері неістотний, залишається тільки поведінкове втручання — поширення презервативів у військових частинах.

Додатки

Таблиця 1А. Обізнаність з питань ВІЛ/СНІД серед військовослужбовців, які призивалися з різних за розміром поселень, відсотки

Запитання військовослужбовцям	Відповіді	Село	СМТ	Маленьке місто	Середнє місто	Велике місто
Чи можливо знизити ризик передачі ВІЛ, якщо мати статеві контакти лише з одним вірним, неінфікованим партнером?	Так	80.7	82.5	87.8	84.6	86.1
	Ні	8.9	11.0	4.4	7.9	7.2
	Не знаю	10.4	6.5	7.8	7.5	6.6
	Разом	100	100	100	100	100
Чи можливо знизити ризик передачі ВІЛ, якщо користуватися презервативом під час сексуальних контактів?	Так	85.1	85.1	89.4	91.3	91.6
	Ні	9.8	7.1	8.3	6.2	5.4
	Не знаю	5.1	7.8	2.2	2.5	3.0
	Разом	100	100	100	100	100
Чи може здорова на вигляд людина бути ВІЛ-інфікованою?	Так	76.5	73.4	76.7	82.2	86.1
	Ні	6.8	7.1	6.1	6.6	2.4
	Не знаю	16.7	19.5	17.2	11.2	11.4
	Разом	100	100	100	100	100
Чи можна заразитися ВІЛ-інфекцією через укуси комах?	Так	28.9	33.1	33.9	26.6	30.7
	Ні	33.6	35.1	33.3	46.9	41.6
	Не знаю	37.5	31.8	32.8	26.6	27.7
	Разом	100	100	100	100	100
Чи можна інфікуватися ВІЛ, якщо їсти їжу, яку Вам запропонувала ВІЛ-інфікована людина?	Так	22.3	26.0	21.7	24.1	17.5
	Ні	48.5	41.6	50.6	57.3	61.4
	Не знаю	29.2	32.5	27.8	18.7	21.1
	Разом	100	100	100	100	100

Таблиця 2А. Розподіл місця призову військовослужбовців за типом населеного пункту, де проходить служба, відсотки

Місце призову	Місце служби		
Звідки призивалися до армії?	Місто	Село	
З села	55.7	44.3	100.0
З СМТ	68.0	32.0	100.0
З малого міста до 100 тисяч мешканців	71.3	28.7	100.0
З середнього міста (100-500 тисяч мешканців)	66.9	33.1	100.0
З великого міста (понад 500 тисяч мешканців)	55.5	44.5	100.0
	63.0	37.0	100.0

 Інші публікації серії

Моніторинг поведінки молоді як компонент епіднагляду другого покоління/ Балакірева О.М., Галустян Ю.М., Дікова-Фаворська Д.М., Дмитрук Д.А., Сосідко Т.І., Мельниченко В.І., Яременко О.О. — Київ: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІА/СНІД в Україні», 2005. — 44 с.

Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епіднагляду другого покоління / Артюх О.Р., Балакірева О.М., Бочкова Л.В., Галич Ю.П., Галустян Ю.М., Дікова-Фаворська Д.М., Злобіна О.Г., Левчук Н.М., Лютий В.П., Марциновська В.А., Микитюк Т.П., Морозов В.Ф., Петровський О.М., Шамота Т.С., Яременко О.О. — Київ: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІА/СНІД в Україні», 2005. — 68 с.

Моніторинг поведінки жінок, які надають сексуальні послуги за плату як компонент епіднагляду другого покоління / Артюх О.Р., Балакірева О.М., Бочкова Л.В., Галич Ю.П., Галустян Ю.М., Дікова-Фаворська Д.М., Злобіна О.Г., Левчук Н.М., Лютий В.П., Марциновська В.А., Микитюк Т.П., Морозов В.Ф., Петровський О.М., Шамота Т.С., Яременко О.О. — Київ: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІА/СНІД в Україні», 2005. — 60 с.

Моніторинг поведінки чоловіків, які мають секс з чоловіками, як компонент епіднагляду другого покоління /Л.Амджадін, К.Кашченкова, Т.Коноплицька, О.Лисенко, А.Марусов, Ю.Привалов, Ю.Саєнко, О.Трофименко. — Київ: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІА/СНІД в Україні», 2005. — 60 с.

Політики та програми боротьби з ВІА/СНІД на робочих місцях/ Варбан М.Ю., Демченко І.А. — Київ: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІА/СНІД в Україні», 2005. — 28 с.

Оцінка рівня охоплення учнівської та студентської молоді профілактичними програмами/ Ганюков О., Березіна Н., Варбан М., Єресько О., Купчинська М., Купчинська К., Михайличенко М., Шенін О., Саріогло В., Ярмолюк Е. . — Київ: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІА/СНІД в Україні», 2005. — 32 с.

