

Wprowadzenie

Wirus HIV uderzył w więzienia wcześniej i uderzył w nie mocno. W wielu krajach wskaźniki zakażeń HIV wśród osadzonych są znacznie wyższe niż w całym społeczeństwie. Częstotliwość przypadków seropozytywności HCV jest jeszcze wyższa. Większość osadzonych żyjących z HIV w więzieniu zaraża się tym wirusem poza zakładem karnym. Ryzyko zarażenia się w więzieniu, w szczególności poprzez dzielenie się skażonym sprzętem do iniekcji oraz przez kontakty seksualne bez zabezpieczeń, jest ogromne. Badania z całego świata pokazują, że aktywność seksualna, w tym gwałt i inne formy przemocy seksualnej, często występują w zakładach karnych i skutkują przenoszeniem HIV i innych STI.

Znaczenie wdrażania działań przeciwko HIV w jednostkach penitencjarnych zostało dostrzeżone już na wczesnym etapie epidemii. W 1993 roku WHO w swoich wytycznych w sprawie zakażeń HIV i AIDS w zakładach karnych zaleciła, aby prezerwatywy były dostępne dla osadzonych „przez cały okres kary zatrzymania” oraz „przed jakąkolwiek formą przepustki lub zwolnienia” (strona 20). To samo zalecenie zostało wydane przez UNAIDS (1997a; 1997b) oraz we wspólnych dokumentach przez WHO, UNAIDS i UNODC (WHO, UNAIDS, UNODC, 2004; UNODC, 2006). Zaleca się również udostępnienie prezerwatyw dla kobiet i koferdam dla więźniarek (Correctional Service of Canada, 1994; UNODC, 2007).

W 1991 r. badanie WHO wykazało, że 23 z 52 badanych kompleksów penitencjarnych dostarczały osadzonym prezerwatywy (Harding & Schaller, 1992). Do sierpnia 2001 r. 18 z 23 kompleksów penitencjarnych w Unii Europejskiej przed ekspansją udostępniało prezerwatywy (Stöver i in., 2001). Obecnie wiele kompleksów penitencjarnych w innych częściach świata, w tym w Kanadzie, Australii, częściach byłego Związku Radzieckiego, Brazylii, RPA, Islamskiej Republice Iranu i Indonezji, również udostępnia prezerwatywy dla osadzonych. W Stanach Zjednoczonych prezerwatywy są dostępne tylko dla osadzonych w kilku kompleksach więziennych (Braithwaite, Hammett, Mayberry, 1996), co stanowi mniej niż 1% wszystkich zakładów karnych w Stanach Zjednoczonych.



Wyniki przeprowadzonych badań wykazują, że nawet tam, gdzie teoretycznie prezerwatywy są dostępne dla osadzonych, w rzeczywistości często nie są one dostępne.

W zakładach karnych przeszkody w dystrybucji prezerwatyw to przede wszystkim sprzeciw funkcjonariuszy i władz więziennych w stosunku do aktów seksualnych męsko-męskich (Dolan, Wodak, Penny, 1995). Sprzeciw opiera się na różnych czynnikach - zastrzeżeniach kulturowych, obciążeniach związanych z pracą, instytucjonalnym zakazie aktywności seksualnej i obawach o bezpieczeństwo (May and Williams, 2002; Cregan, Kippax, Crawford, 1996). Krytycy dystrybucji prezerwatyw dla osadzonych argumentowali, że przepis ten doprowadzi do wzrostu aktywności seksualnej wśród więźniów, zarówno konsensualnej, jak i niekonsensualnej. Niektórzy funkcjonariusze zakładu karnego twierdzą, że dostarczanie prezerwatyw mogłoby być odebrane jako niespójny sygnał i byłoby interpretowane jako przyzwolenie na stosunki seksualne (Okie, 2007; Spaulding, Ballard Lubelczyk & Flanigan, 2001). Innym uzasadnieniem jest to, że prezerwatywy wypełnione narkotykami mogą być połykane i używane jako środek do nielegalnego transportu narkotyków (Cregan, Kippax, Crawford, 1996). Nie ma jednak podobnych zakazów dotyczących plastikowych toreb do przechowywania, które mogłyby być również wykorzystywane do ukrywania przemytu (Spaulding, Ballard Lubelczyk & Flanigan, 2001). Wreszcie, istnieją również obawy, że prezerwatywy będą używane jako broń przeciwko pracownikom więzień.



Dowody na skuteczność prezerwatyw

Zapobieganie rozprzestrzenianiu się HIV/AIDS jest podstawą zdrowia publicznego, a prezerwatywy są integralną i zasadniczą częścią kompleksowych programów profilaktyki i opieki (WHO, UNAIDS, UNFPA, 2004). Pod koniec lat 90. pojawiły się jednak pytania o skuteczność prezerwatyw jako środka zapobiegania zakażeniom przenoszonym drogą płciową (STI), w tym HIV. Szeroki przegląd wszystkich dostępnych badań został przeprowadzony przez panel zwołany w czerwcu 2000 r. w Stanach Zjednoczonych przez amerykańskie *National Institutes of Health* (NIH) oraz *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), z udziałem WHO.

W wyniku przeglądu stwierdzono, że:

- Konsekwentne stosowanie prezerwatyw lateksowych dla mężczyzn znacznie zmniejsza ryzyko zakażenia HIV u mężczyzn i kobiet oraz ryzyko rzeżączki u mężczyzn.
- Badania laboratoryjne wykazały nieprzepuszczalność męskich prezerwatyw lateksowych dla czynników zakaźnych zawartych w wydzielinach genitalnych, w tym najmniejszych wirusów.
- Prezerwatywy dla mężczyzn mogą być mniej skuteczne w ochronie przed STI, które są przenoszone w kontakcie ze skórą, ponieważ zakażone obszary mogą nie być przykryte prezerwatywą.

W Tajlandii promowanie przez rząd 100% stosowania prezerwatyw przez osoby świadczące usługi seksualne w celach komercyjnych doprowadziło do ogromnego wzrostu używania prezerwatyw (z 14% w 1990 r. do 94% w 1994 r.), równie ogromnego spadku ogólnokrajowej liczby zachorowań na bakteryjne STD (z 410 406 zachorowań w 1997 r. do 27 362 zachorowań w 1994 r.), a także do zmniejszenia częstości występowania zakażeń wirusem HIV u żołnierzy tajlandzkich (Hananberg i in. 1994 r.; Nelson i in. 1996).

Najbardziej przekonujące dane na temat skuteczności prezerwatyw w zapobieganiu zakażeniu HIV zostały wygenerowane w ramach badań prospektywnych prowadzonych na parach serodynamicznych, gdy jeden partner jest zakażony HIV, a

drugi nie. Badania te pokazują, że przy konsekwentnym stosowaniu prezerwatyw wskaźnik zakażeń HIV wśród niezakażonych partnerów wynosił mniej niż 1% rocznie (de Vincenzi, 1994).

W 2004 r. we wspólnym stanowisku w sprawie prezerwatyw i zapobiegania zakażeniom HIV WHO, UNAIDS i UNFPA stwierdziły, że "prezerwatywa dla mężczyzn z lateksem jest najskuteczniejszą dostępną technologią służącą ograniczeniu przenoszenia wirusa HIV i innych chorób przenoszonych drogą płciową" (WHO, UNAIDS, UNFPA, 2004). Lubrykanty na bazie wody zmniejszają prawdopodobieństwo pęknięcia prezerwatywy i/lub rozdarcia błony śluzowej odbytnicy, które przyczynia się do ryzyka przeniesienia wirusa HIV (Schoub, 1995).

Koferdamy zmniejszają ryzyko przenoszenia STI podczas stosunku płciowego poprzez działanie jako bariera dla wydzielin pochwy i odbytu, które zawierają bakterie i wirusy (Centra Kontroli i Zapobiegania Chorobom)



Bibliografia

- Braithwaite RL, Hammett TM, Mayberry RM. (1996). *Prisons and AIDS: A Public Health Challenge*. San Francisco, Calif: Jossey-Bass Publishers.
- Correctional Service Canada (1994). *HIV/AIDS in Prisons: Background Materials*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.
- Cregan J, Kippax S, Crawford J (1996). Sex, contagion, control: prison officers vs condoms in New South Wales Gaols. *The Australian and New Zealand Journal of Criminology*, 29(3): 227-246.
- Dolan K, Wodak A, Penny R (1995). AIDS behind bars: preventing HIV spread among incarcerated drug injectors. *AIDS*, 9: 825-832.
- Harding, T., Schaller, G. (1992). *HIV/AIDS and Prisons: Update and Policy Review*. Geneva: University Institute of Legal Medicine.
- Hanenberg et al. (1994). Impact of Thailand's HIV-control programme as indicated by the decline of sexually transmitted diseases. *Lancet* 344, p. 243-245.
- May JP, EL Williams (2002). Acceptability of condom availability in a US jail. *AIDS Education and Prevention*, 14(5 Suppl: HIV/AIDS in Correctional Settings): 85-91.
- Nelson et al. (1996). Intralesional interferon for the treatment of recalcitrant molluscum contagiosum in HIV antibody positive individuals: a preliminary report. *Int J STD AIDS* 6, p. 351-352
- Okie, S. (2006). Fighting HIV-lesson from Brazil. *N Engl J Med*. 354, p. 1977-1981.
- Schoub BD (1995). *AIDS and HIV in Perspective: A Guide to Understanding the Virus and its Consequences*. New York: Cambridge University Press.
- Spaulding, A., Lubelczyk, R.B., Flanigan, T. (2001). Can Unsafe Sex Behind Bars be Barred? *American Journal of Public Health* 91, no. 8, p. 1176-1177
- Stöver H et al. (2001). An overview study: assistance to drug users in European Union prisons. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- de Vincenzi, I. (1994). For the European Study Group of Heterosexual Transmission of HIV, *A Longitudinal Study of Human Immunodeficiency Virus Transmission by Heterosexual Partners*, *N. Eng. Med* 331, p. 341-346



UNAIDS (1997a). Prisons and AIDS: UNAIDS point of view. Geneva: UNAIDS.
UNAIDS (1997b). Prisons and AIDS: UNAIDS technical update
Geneva: UNAIDS.

UNODC, WHO and UNAIDS (2006). HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment, and Support in Prison Settings. A Framework for an Effective National Response. Vienna: UNODC.

UNODC (2007). HIV/AIDS in places of detention - A toolkit for policy makers, managers and staff. New York: United Nations.

WHO, UNAIDS, and UNODC (2004). Policy brief: reduction of HIV transmission in prisons. Geneva: WHO.

WHO, UNAIDS, UNFPA (2004). Position statement on condoms and HIV prevention. Geneva.



This document as well as the harmreduction.eu website, was created within the joint action '677085 / HA-REACT,' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

