

**Тенденції у поширеності
ВІЛ-інфекції та ризикованої
поведінки серед засуджених**

Аналітичний огляд за результатами
біоповедінкових досліджень
2009, 2011, 2013, 2017 років

**Тенденції у поширеності ВІЛ-інфекції
та ризикованої поведінки
серед засуджених**

Аналітичний огляд
за результатами біоповедінкових досліджень
2009, 2011, 2013, 2017 років

Київ – 2017



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

RESPECT
ЗМІНОСНО СТАВЛЕННЯ



УДК 616.98:578.828ВІЛ]:348.8(048.83)

Тенденції у поширеності ВІЛ-інфекції та ризикованої поведінки серед засуджених: Аналітичний огляд за результатами біоповедінкових досліджень 2009, 2011, 2013, 2017 років. – К.: Видавництво «Фенікс», 2017. – 42 с.

Аналітичний огляд підготовлено Демченко Іриною, канд. екон. наук, Салабай Наталією на замовлення Управління ООН з наркотиків та злочинності.

ISBN 978-966-136-476-8

Аналітичний огляд видано за фінансової підтримки Агентства США з міжнародного розвитку в рамках реалізації компоненту «Покращення доступу осіб, які звільняються з місць позбавлення волі, до послуг з лікування ВІЛ-інфекції, догляду та підтримки», який є частиною проекту RESPECT: «Зменшення стигми та дискримінації, пов'язаної з ВІЛ, до представників груп найвищого ризику в медичних закладах України», що впроваджується БО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД».

Проведення цього дослідження стало можливим завдяки щедрій підтримці американського народу, наданій через Агентство США з Міжнародного розвитку (USAID). Ці матеріали відображають точку зору іх авторів та не обов'язково відображають погляди USAID чи Уряду Сполучених Штатів Америки.

© ГО «Аналітичний центр «Соціоконсалтинг», 2017
© Управління ООН з наркотиків та злочинності (UNODC) в Україні, 2017
© Видавництво «Фенікс», 2017

ЗМІСТ

ВСТУП	4
МЕТОДИКА ДОСЛІДЖЕННЯ	6
1. РІВЕНЬ ПОШИРЕНОСТІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В УСТАНОВАХ ДКВС УКРАЇНИ	8
2. РИЗИКОВАНІ ПОВЕДІНКОВІ ПРАКТИКИ	11
3. ДОСТУП ЗАСУДЖЕНИХ ДО ВІЛ-СЕРВІСУ	15
ВИСНОВКИ	19
СПИСОК СКОРОЧЕНЬ	21

ВСТУП

Пенітенціарні установи розглядаються в усьому світі як заклади підвищеного ризику поширення соціально небезпечних інфекцій, серед яких одне з провідних місць посідає ВІЛ. За даними сероепідмоніторингу станом на 01.01.2017 р. рівень інфікованості ВІЛ серед осіб, які перебували у місцях позбавлення волі, у тому числі слідчих ізоляторах, становив 4,24%¹. Попри поступове зниження рівня поширеності епідемії серед даного контингенту (з 12,04% у 2009 р., 10,36% у 2011 р. та 8,69% у 2013 р.)², зазначений показник залишається високим. Завдяки наданню технічної та фінансової допомоги Агенціями ООН (Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІД, Управління ООН з наркотиків та злочинності, Фонду народонаселення ООН, ВООЗ), Глобальним фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, Міжнародним банком реконструкції та розвитку, МБФ «Відродження», МБФ «СНІД Фонд Схід-Захід», із 15 інтервенцій, рекомендованих ВООЗ для установ ДКВС України³, нині впроваджується 12, а саме: заходи з інформування, навчання і комунікацій; тестування на ВІЛ та консультування; лікування, догляду і підтримки для ВІЛ-інфікованих; профілактики, діагностики та лікування туберкульозу; профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини; розповсюдження презервативів; профілактики і лікування ІПСШ; профілактики сексуального насильства; лікування наркотичної залежності; постконтактної профілактики; попередження інфікування під час медичних маніпуляцій; попередження інфікування під час пірсингу, татуювання та інших форм пошкодження шкіри; захисту персоналу від можливого зараження інфекціями в ході виконання службових обов'язків.

Важливим компонентом відповіді на епідемію в установах ДКВС України є епіднагляд другого покоління, тобто епідеміологічні дослідження щодо поширення ВІЛ-інфекції, поведінкових чинників і розповсюдження саме у групі, яка серед інших (СІН, РКС, ЧСЧ) має найвищі ризики інфікування. Такі дослідження дають можливість накопичити та аналізувати дані щодо поширення ВІЛ та поведінкових практик для формування об'єктивної картини змін епідемії в часі; формують доказову базу для розробки цільових програм щодо ув'язнених.

¹ ВІЛ-інфекція в Україні / Інформаційний бюллетень. – Київ, 2013. - №40. – С.4-5.

² ВІЛ-інфекція в Україні / Інформаційний бюллетень. – Київ, 2012. - №37. – С.60.

³ HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: A comprehensive package of interventions Authors: UNODC, ILO, UNDP, WHO and UNAIDS. June 2013.

У 2009 році проведено перше інтегроване біоповедінкове дослідження (ІБПД), яке поєднувало в собі опитування представників цільової групи та їх тестування на наявність ВІЛ-інфекції. Після цього проведено низку ІБПД серед засуджених у 2011, 2013 і 2017 рр.

Останнє дослідження реалізовано у рамках проекту Управління ООН з наркотиків та злочинності «Посилення ефективності заходів правоохоронних органів, пенітенціарної та наркологічної служби у відповідь на епідемію ВІЛ» (HIV-PLEDGE), що фінансиється USAID.

МЕТОДИКА ДОСЛІДЖЕННЯ

Усі біоповедінкові дослідження, дані яких представлено у цьому огляді, проведено за єдиною методологією та схожими методиками. Останнє означає дотримання основних вимог, що висуваються до моніторингових досліджень, а саме:

- Дотримання алгоритму дослідження: опитування засуджених з наступним їх тестуванням на наявність ВІЛ-інфекції.
- Єдність підходів до побудови і реалізації вибіркової сукупності – репрезентативної для засуджених, які відбувають покарання в установах ДКСВ України закритого типу (національна, стратифікована квотна з випадковим відбором респондентів на останньому етапі).
- Незмінність ключових запитань анкети, за якими проводились опитування засуджених і потім розраховувались індикатори їх знань, ставлення, поведінки у контексті ВІЛ-інфекції.
- Неухильне дотримання етичних зasad дослідження, включаючи добровільність участі в ньому, забезпечення анонімності та конфіденційності особистих даних.

Водночас методика дослідження поступово змінювалась і вдосконалювалась. Зміни, які відбулися у формуванні вибірки, пов'язані з воєнними діями на Сході країни та анексією АР Крим (зміна регіонів проведення дослідження та кількість установ). Завдяки належному забезпеченням установ виконання покарань (УВП) швидкими тестами, останні були використані для тестування на ВІЛ під час дослідження у 2017 р. (під час трьох попередніх досліджень тестування проводилось з використанням ІФА тест-систем). З урахуванням сучасних завдань програми протидії епідемії ВІЛ/СНІД, міжнародних рекомендацій щодо збору ключових показників поступово оновлено інструментарій для проведення опитування (анкету). Задля отримання більш якісних соціологічних даних у 2017 р. опитування здійснювалося методом особистих інтерв'ю «віч-на-віч» на відміну від попередніх, коли застосовувався переважно метод самозаповнення анкет.

Масиви даних, за роками

Рік	2009	2011	2013	2017
Кількість УВП	26	26	30	25
Тип УВП	20 чоловічих 4 жіночі 2 виховні	20 чоловічих 4 жіночі 2 виховні	20 чоловічих 6 жіночих 4 виховні	18 чоловічих 3 жіночі 4 виховні
Обсяг вибірки, респондентів	1300	1300	1471	1000

У зв'язку зі змінами у структурі вибірок при проведенні порівняння за роками використовувалася процедура зважування масивів даних, що забезпечило коректні пропорції реалізованої вибірки між чоловіками та жінками, а також між опитаними у вправних та виховних колоніях.

1. РІВЕНЬ ПОШИРЕНОСТІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В УСТАНОВАХ ДКВС УКРАЇНИ

За даними відомчої статистики, на початок 2017 року в установах ДКВС України перебувало 3730 засуджених із встановленим діагнозом ВІЛ-інфекція, що становило 6,13% від загальної кількості пенітенціарного населення. З них 2381 особа проходила лікування і отримувала антиретровірусну терапію (АРТ), у тому числі 1922 – це засуджені, які відвідували покарання у виправних колоніях, 459 – ув'язнені, які трималися під вартою в СІЗО. Разом це становить близько 3,9% від загальної кількості осіб, які відвідують покарання в УВП. Через велику ймовірність отримання помилково негативного результату при тестуванні ВІЛ-позитивних, засуджені, які приймають АРВ-терапію, не включались до вибірки й не брали участі у дослідженні. Також, згідно з Протоколом дослідження, через особливості режиму утримання та інші організаційні чинники ув'язнені, які перебувають в СІЗО, також не брали участі в дослідженні.

Серед засуджених, які відвідували покарання у виправних і виховних колоніях і не отримували лікування АРВ-препаратами на початок 2017 року, рівень поширеності ВІЛ-інфекції за результатами тестування в рамках проведеного дослідження становить 3,3%. Але з урахуванням частки ВІЛ-позитивних засуджених, які отримують АРТ, серед всього контингенту УВП (без СІЗО), загальний рівень поширеності ВІЛ-інфекції становить 7,6%. Враховуючи статистичну похибку дослідження (3%), цей показник майже збігається з показником відомчої статистики, що становить 6,2%.

Слід зазначити, що протягом останнього десятиріччя простежується тенденція до суттєвого зниження рівня поширеності ВІЛ-інфекції серед представників цільової групи: з 15,0% у 2009 р. до 7,6% у 2017 р. (рис. 1.1).

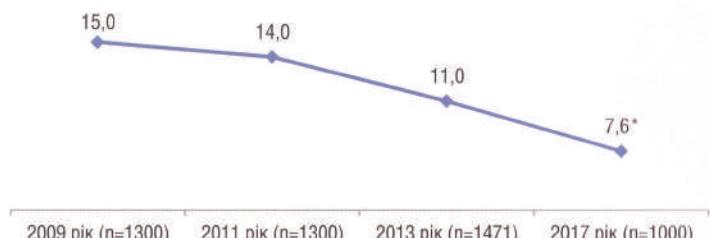


Рис. 1.1. Рівень поширеності ВІЛ-інфекції серед засуджених, за роками**, %

* Показник розрахованний для зваженого масиву даних.

** Відмінності можна вважати значимими, якщо вони перевищують 3%.

Показники поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків і жінок, які утримуються у виправних колоніях, не мають значимих розбіжностей (рис. 1.2). Водночас жодного випадку ВІЛ-інфекції не зафіксовано серед молодих засуджених, які відвідують покарання у виховних колоніях.

Із 798 протестованих **чоловіків** 26 осіб
ВІЛ+ (3,3%), з них
- 19–35 років – 16 осіб
- 36–50 років – 10 осіб

Із 102 протестованих **жінок** 4 особи ВІЛ+
(3,9%), з них
- 19–35 років – 4 особи

Рис. 1.2. Рівень поширеності ВІЛ-інфекції серед засуджених за статтю, 2017 р.

Аналіз вікової структури ВІЛ-позитивних засуджених, виявлених під час дослідження, підтверджив, що серед неповнолітніх осіб, а також осіб віком старше 50 років не було жодного випадку ВІЛ-інфекції. Натомість частка ВІЛ-позитивних засуджених серед осіб віком 26–35 років становила 4,5% (18 респ.), а 36–50 років – 4,4% (10 респ.) (рис. 1.3). Розглядаючи демографічні характеристики групи ВІЛ-позитивних засуджених, важливо пам'ятати, що цей аналіз проведений лише для учасників біоповедінкового дослідження, тобто без даних про пацієнтів, які вже отримують АРВ-терапію.

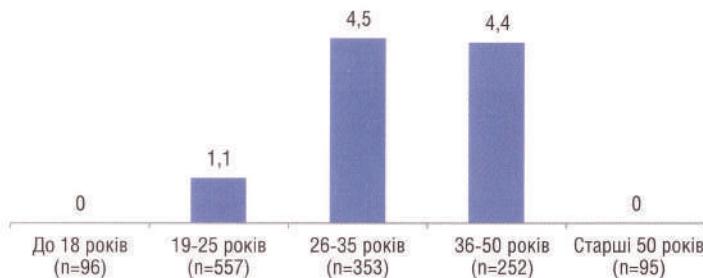


Рис. 1.3. Рівень поширеності ВІЛ-інфекції серед засуджених, 2017 р., за віком*, %

* Відмінності можна вважати значимими, якщо вони перевищують 10%.

Досвід вживання ін'єкційних наркотиків впливає на рівень інфікування ВІЛ. Серед засуджених-СІН вищий рівень інфікування, ніж серед осіб, які ніколи не вживали ін'єкційні наркотики (рис. 1.4). Незалежно від того, які ін'єкційні наркотики вживали засуджені (опіати чи стимулятори), рівень поширеності ВІЛ залишається в межах 8%: опіати – 8%, стимулятори – 7,6%.



Рис. 1.4. Рівень поширеності ВІЛ-інфекції серед засуджених за досвідом вживання ін'єкційних наркотиків, 2017 р.

Оцінка впливу інших чинників ризику на рівень інфікування засуджених не є коректною через малу наповнюваність групи ВІЛ-позитивних осіб (30 осіб).

2. РИЗИКОВАНІ ПОВЕДІНКОВІ ПРАКТИКИ

Основними чинниками, які підвищують ризик інфікування ВІЛ засуджених, залишаються вживання ін'єкційних наркотиків, незахищені статеві зносини (нерегулярне використання презервативів під час сексуальних контактів, у т.ч. з іншими засудженими), а також нанесення татуювання нестерильним інструментом. Попри певні обмеження дослідження, пов'язані з недостатньою щирістю респондентів при відповідях на запитання стосовно поведінкових практик, заборонених «Правилами внутрішнього розпорядку», включаючи вживання наркотичних речовин, зберігання шприців, інструменту для татуювання, сексуальні стосунки з іншими ув'язненими тощо, отримані дані свідчать: головним чинником поширення епідемії серед засуджених залишається досвід вживання ін'єкційних наркотиків.

Водночас порівняно з попередніми дослідженнями у 2017 році спостерігається зменшення частки осіб, які мають досвід вживання наркотичних речовин (рис. 2.1). Це може бути відображенням змін у якісному складі контингенту засуджених в Україні, що сталися за останні роки: практично вдвічі зменшилася їх кількість, менше осіб засуджується за зберігання наркотиків. Основна причина – втрата установ, які знаходилися на окупованій території АР Крим та непідконтрольних територіях Донецької і Луганської областей, серед населення яких традиційно спостерігалася висока концентрація наркоспоживачів.

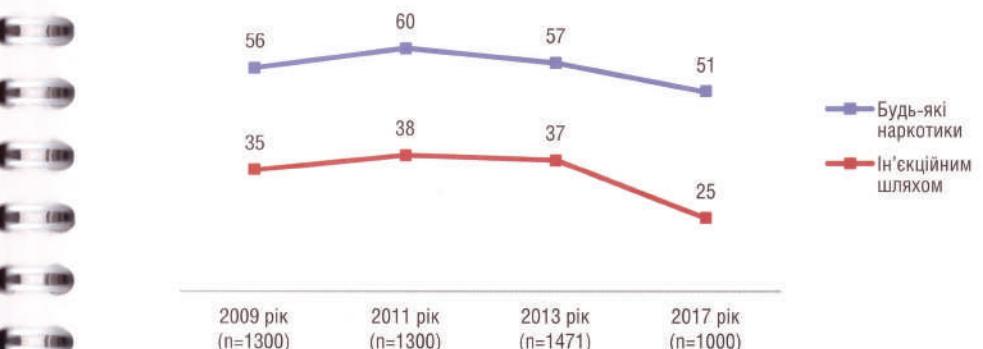


Рис. 2.1. Досвід вживання наркотиків, за роками*, %

* Відмінності можна вважати значими, якщо вони перевищують 3%.

Дещо зросла порівняно з минулим опитуванням частка респондентів, які зазначили, що вживали ін'єкційні наркотики протягом останнього року. Залишається сталою частка СІН, які продовжували вживати ін'єкційні опіати або стимулятори під час перебування в УВП: 8% засуджених у 2013 і 7% – у 2017 році, протягом останнього місяця – 2% і 3% відповідно (рис. 2.2).

Серед тих, хто мав досвід вживання ін'єкційних наркотиків в УВП (у 2017 році – 68 респондентів), абсолютну більшість становлять чоловіки, які відбувають покарання у виправних колоніях (67 респондентів).



Рис. 2.2. Поширеність вживання ін'єкційних наркотиків*, 2017 р., %

* Відмінності можна вважати значими, якщо вони перевищують 3%.

Найбільш ризикованим з огляду на можливість інфікування ВІЛ є застосування спільних голок і шприців, про яке повідомили кожні два із трьох опитаних засуджених категорії СІН (65%). Таким чином, показник ризикованого введення наркотиків становить 7% (питома вага осіб, які вживали ін'єкційні наркотики впродовж останнього року і при цьому використовували нестерильний інструмент, серед усіх засуджених).

Дані дослідження дозволяють оцінити мінімальну потребу в замісній підтримувальній терапії (ЗПТ) серед засуджених, тобто визначити частку осіб, які отримували ЗПТ до ув'язнення і відповідно до чинного законодавства мають право на продовження лікування під час перебування в УВП. Про досвід прийому препаратів замісної терапії повідомило 6% опитаних. Судячи з їхніх відповідей, половина з них були учасниками безкоштовної програми замісної терапії, підтримуваної Глобальним фондом, решта – самостійно купували такі препарати через аптеку за рецептром (рис. 2.3).

Проте до зазначеного показника треба ставитися досить стримано, адже не всі респонденти, які вказали на прийом препаратів ЗПТ до ув'язнення, підтвердили під час опитування досвід ін'єкційного вживання опіатів. Ствердно відповіли на обидва питання 4,4% респондентів, у тому числі безкоштовно отримували ЗПТ 2,8%.



Рис. 2.3. Досвід ЗПТ до потрапляння в УВП, 2017 рік, %

Зазначені розбіжності можуть бути пов'язані як з небажанням засуджених повідомляти інтерв'юєру про досвід вживання ін'єкційних наркотиків, так і з помилковими уявленнями стосовно ЗПТ.

Високим залишається ризик інфікування засуджених ВІЛ і вірусними гепатитами через поширеність практики татуювання, яке зазвичай здійснюється нестерильним інструментарієм. Ця ризикована практика протягом всього періоду моніторингу залишається актуальним чинником впливу на здоров'я засуджених, особливо у чоловічих виправних і виховних колоніях (відповідно 18% і 22% у 2017 р.) (рис. 2.4).

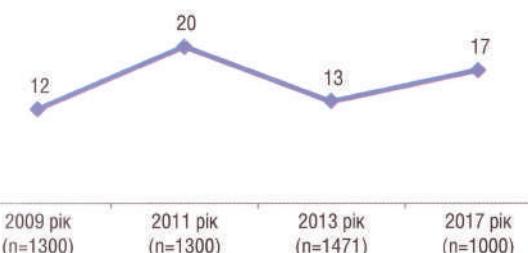


Рис. 2.4. Частка засуджених, які робили татуювання протягом останніх 12 місяців, за роками*, %

* Відмінності можна вважати значими, якщо вони перевищують 3%.

За відповідями респондентів, досвід незахищених сексуальних контактів (не завжди користувалися презервативом при контактах із чоловіком/дружиною/партнером або не використовували його під час останнього сексуального контакту з іншим засудженим) впродовж останніх півроку мали 10%, що майже збігається з показниками 2011 року і значно менше, ніж у 2009 та 2013 роках (рис. 2.5).



Рис. 2.5. Досвід незахищених сексуальних контактів протягом останніх 6 місяців⁴, за роками, %

Значно рідше практикують незахищений секс засуджені виховних колоній і вправних жіночих колоній (по 3% впродовж останніх 6 місяців). Серед засуджених чоловіків цей показник вищий і становить 12%.

⁴ Частка засуджених, які не завжди використовували презерватив під час сексуальних контактів з чоловіком/дружиною/партнером протягом останніх 6 місяців або не використовували його під час останнього сексуального контакту з іншими засудженими.

3. ДОСТУП ЗАСУДЖЕНИХ ДО ВІЛ-СЕРВІСУ

Забезпечення ефективної протидії епідемії ВІЛ/СНІД передбачає надання якісних медико-соціальних послуг, включаючи інформування з питань ВІЛ-інфекції, консультування та тестування на ВІЛ, впровадження інших профілактических заходів.

За останні роки сформувалась позитивна тенденція щодо підвищення доступності тестування на ВІЛ-інфекцію. Значення за національним показником «Частка засуджених, які протягом останніх 12 місяців пройшли КіТ та знають його результат» у 2017 році, порівняно з даними досліджень 2009 та 2011 років, зросло майже в чотири рази (рис. 3.1). Це є наслідком зняття обмежень стосовно використання швидких тестів у пенітенціарній системі та забезпечення тест-системами УВП за рахунок міжнародних фондів.

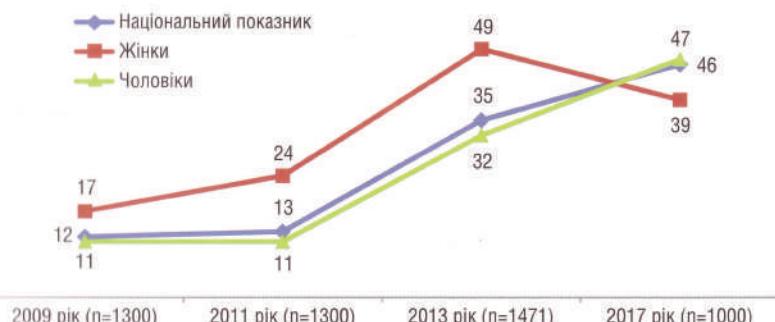


Рис. 3.1. Динаміка національного показника «Відсоток засуджених, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ», за роками, за статтю*, %

* Відмінності можна вважати значимими, якщо вони перевищують 3%.

Невід'ємною складовою профілактических заходів є інформаційно-просвітницька робота. Частіше засуджені отримують інформацію за допомогою різних видів пасивного інформування (68%) порівняно з часткою засуджених, які отримували інформацію в активних формах (60%). Останній показник за період 2013-2017 рр. дещо зрос (+9%), натомість частка охоплених пасивним інформуванням не змінилась (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Форми подачі інформації про ВІЛ/СНІД, за роками, %

	2009 рік (n=1300)	2011 рік (n=1300)	2013 рік* (n=1471)	2017 рік (n=783)
Спеціальний стенд про ВІЛ/СНІД на території колонії	38	40	56	56
Стенд або плакат про ВІЛ/СНІД в медсанчастині	32	32	48	64
Плакат/листівка про ВІЛ/СНІД на стінах гуртожитку	26	26	43	50
Буклет/брошура про ВІЛ/СНІД	32	33	41	49
Охоплені пасивним інформуванням**	52	56	68	68
Лекція про ВІЛ/СНІД	27	29	37	49
Усна інформація від засуджених	19	20	27	25
Індивідуальна консультація медпрацівника, психолога	17	12	24	25
Радіопередача про ВІЛ/СНІД	9	7	17	8
Відеолекції про ВІЛ/СНІД	10	11	15	13
Проповідь релігійного наставника, представника церкви	8	8	14	9
Охоплені активним інформуванням**	42	44	51	60

* Оскільки перелік форм активного інформування в анкетах 2009, 2011, 2013 та 2017 років відрізняється, показник був перерахований на основі тих індикаторів, які були наявні в усіх трьох анкетах.

** Відмінності можна вважати значимими, якщо вони перевищують 3%.

Збільшення охоплення засуджених різними видами інформування позитивно позначилось на рівні їх знань щодо шляхів передачі ВІЛ-інфекції та надійних засобів протидії захворюванню (табл. 3.2). Проте відсутня динаміка у рівні поінформованості респондентів стосовно того, як ВІЛ-інфекція не передається (через укус комара або побутовим шляхом), що не дозволяє знизити рівень стигматизації людей, які живуть з ВІЛ.

Таблиця 3.2

Рівень знань засуджених щодо ВІЛ/СНІД у динаміці, за роками, % правильних відповідей

ПОКАЗНИК	2009 рік (n=1300)	2011 рік (n=1300)	2013 рік (n=1471)	2017 рік (n=1000)
Ризик інфікування ВІЛ можна знизити, якщо мати статеві контакти лише з одним вірним неінфікованим партнером*	65	62	68	75
Ризик інфікування ВІЛ можна знизити, якщо правильно використовувати презерватив під час кожного сексуального контакту*	86	74	78	85
Здорова на вигляд людина може бути ВІЛ-інфікованою*	77	73	73	80
Не можна інфікуватися ВІЛ через укус комара (комахи – 2009 р., 2013 р.)	65	52	55	55
Не можна інфікуватися ВІЛ, якщо пити по черзі з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною*	76	65	66	68
Не можна інфікуватися ВІЛ через спільне користування туалетом/лазнею (туалетом/басейном/сауною – 2011 р.) з ВІЛ-інфікованою людиною*	73	64	65	71
Можна інфікуватися ВІЛ, використовуючи для ін'єкцій шприц (голку – 2011 р.), який був використаний іншою людиною	92	82	83	92
ВІЛ може передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до її дитини під час вагітності	80	69	69	74
Людина, хвора на сифіліс або гонорею, має більший ризик інфікування ВІЛ	57	44	51	67
Можна інфікуватися ВІЛ під час оральних сексуальних контактів без використання презерватива	71	58	63	72
Можна інфікуватися ВІЛ під час анальних сексуальних контактів без використання презерватива	72	61	64	73
Можна інфікуватися ВІЛ, якщо використовувати нестерильні інструменти для татуювання	93	88	86	93
Національний показник*	41	31	38	41
Інтегральний показник**	16	9	12	14

* Частка респондентів, які одночасно дали правильну відповіді на 5 запитань, що мають позначку (*).

** Частка респондентів, які одночасно дали правильні відповіді на всі вищевказані запитання.

Відмінності можна вважати значимими, якщо вони перевищують 3%.

Враховуючи поширеність серед засуджених ризикованих поведінкових практик, важливою складовою профілактики ВІЛ/СНІД в установах ДКВС України є забезпечення засуджених засобами індивідуального захисту – презервативами і дезінфікуючими розчинами.

Проте за останні роки доступ засуджених до безкоштовних презервативів значно скоротився (рис. 3.2). Навіть серед респондентів, які підтвердили, що мали сексуальні контакти протягом останніх 6 місяців, лише 31% отримували безкоштовні презервативи, в тому числі серед чоловіків у вправних колоніях таких виявилось 33%.

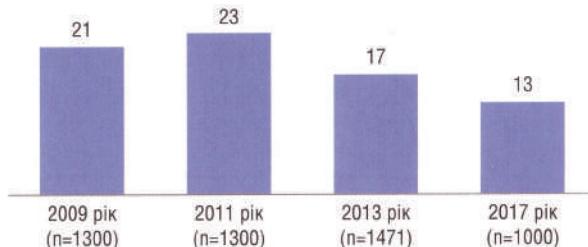


Рис. 3.2. Доступність безкоштовних презервативів для засуджених, за роками*, %

* Відмінності можна вважати значимими, якщо вони перевищують 3%.

Спостерігається позитивна тенденція щодо покращення доступності дезінфікуючих розчинів. Порівняно з 2009-2011 рр. у 2017 р. частка опитаних, які зазначили, що дезінфектанти для них завжди доступні, збільшилась у майже півтора рази і складає 32%.

ВИСНОВКИ

За весь період моніторингу протягом 2009-2017 рр. зберігається тенденція до зниження показника поширеності ВІЛ-інфекції серед засуджених, і найбільш значимим є зниження за останні три роки. Рівень поширеності ВІЛ-інфекції серед засуджених, які взяли участь у поточному біоповедінковому дослідженні, становить 3,3%. Із врахуванням даних відомої медичної статистики щодо засуджених пацієнтів, які перебувають на диспансерному обліку, осіб, які отримують АРВ-терапію та які через ризик отримання помилково негативного результату не брали участь у біоповедінковому дослідженні, загальний рівень поширеності ВІЛ-інфекції серед засуджених може бути оцінений на рівні 7,6%.

Покращення епідеміологічних показників пов’язано зі зниженням частки засуджених, які мають досвід вживання ін’єкційних наркотиків впродовж життя. Водночас моніторингове дослідження не зафіксувало значних змін у поведінкових практиках засуджених, які відбувались покарання в УВП. Так само, як і в попередні роки, в колоніях практикуються незахищені статеві контакти – показник ризикованих сексуальних контактів становить 10%, ризиковане нанесення татуювань – 16%, введення ін’єкційних наркотиків нестерильним інструментарієм (користувалися спільним шприцом або голкою, саморобним інструментом впродовж останніх 12 місяців) – 7%.

За період моніторингу сформувались суперечливі тенденції щодо доступу засуджених до ВІЛ-сервісу. Суттєво збільшилось охоплення консультуванням та тестуванням на ВІЛ-інфекцію. Значення за національним показником «Частка засуджених, які протягом останніх 12 місяців пройшли КІТ та знають його результат» у поточному дослідженні становить 46%, що свідчить про його зростання майже в чотири рази порівняно з даними 2009 та 2011 року.

Позитивними чинниками є збільшення частки засуджених, охоплених активними формами інформування (до 56%), та зростання кількості засуджених, яким завжди доступні безкоштовні дезінфектанти (до 32%). Водночас доступність безкоштовних презервативів для цільової групи суттєво знизилася. Лише 13% засуджених протягом 12 місяців, які передували дослідженню у 2017 р., отримували безкоштовні презервативи. Цей показник є майже в два рази нижчим, ніж у 2011 р. Більшість респондентів (74%), які мали потребу у презервативах у 2017 р., зазначили, що не мали доступу до них.

Рівень знань засуджених щодо шляхів передачі ВІЛ-інфекції поступово підвищується. Проте залишається незмінною поінформованість щодо того, як ВІЛ не передається, що позначається на високому рівні стигматизації з боку засуджених людей, які живуть з ВІЛ.

Основними напрямками впливу на ризикований поведінку засуджених є посилення просвітницької роботи, забезпечення контингенту безкоштовними презервативами, особливо у кімнатах подружніх побачень, розширення сервісів для наркозалежних, включаючи консультації лікаря-нарколога, спеціалізовану психотерапевтичну допомогу, обмін шприців, замісну підтримувальну терапію.

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

АРВ-терапія (APT)	антиретровірусна терапія
АЦ	аналітичний центр
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
IФА	імуноферментний (імунохімічний) аналіз
КІТ	добровільне консультування і тестування на наявність ВІЛ-інфекції
ДКВС України	Державна кримінально-виконавча служба України
ІПСШ	інфекції, що передаються статевим шляхом
СІН	споживачі ін'єкційних наркотиків
СНІД	синдром набутого імунодефіциту
УВП	установа виконання покарань

Trends in HIV Prevalence and Risk Behaviour among Prisoners

Analytical review of bio-behavioural surveys
of 2009, 2011, 2013, and 2017

Kyiv – 2017

CONTENT

INTRODUCTION	24
METHODOLOGY	26
1. HIV PREVALENCE IN FACILITIES OF THE CRIMINAL-EXECUTIVE SERVICE OF UKRAINE	28
2. RISKY BEHAVIOUR	31
3. PRISONERS' ACCESS TO HIV-SERVICES	35
CONCLUSIONS	39
LIST OF ABBREVIATIONS	41

INTRODUCTION

Penitentiary facilities are considered worldwide as high-risk institutions that spread of infections of social interest, among which HIV is most prevalent. According to the data of a seroepidemiological monitoring, as of January 01, 2017, the level of HIV prevention among prisoners, including detainees of pre-trial detention centres, was 4.24%¹. Despite the gradual decrease of HIV prevalence among this population (12.04% in 2009, 10.36% in 2011 and 8.69% in 2013)², the mentioned indicator remains high. With the technical and financial support by UN agencies (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, UNODC, United Nations Populations Fund, WHO), , the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, International Bank for Reconstruction and Development ICF "Renaissance", ICF "AIDS Foundation East-West", now 12 of 15 interventions, recommended by the WHO for the Criminal-Executive Service of Ukraine³, are implemented in the penitentiary system, namely, information, education and communication; HIV testing and counselling; HIV treatment, care and support; prevention, diagnosis and treatment of tuberculosis; prevention of mother-to-child transmission of HIV; condom programmes; prevention and treatment of sexually transmitted infections; prevention of sexual violence; drug dependence treatment; post-exposure prophylaxis; prevention of transmission through medical or dental services; prevention of transmission through tattooing, piercing and other forms of skin penetration; protecting staff from occupational hazards.

An important component of the response to HIV epidemic in the penitentiary facilities of Ukraine is the second-generation epidemiological surveillance, i.e. epidemiological studies on the HIV prevalence, behavioural factors and HIV prevalence in prisoners population that has one the highest risk of infection among others risk groups (IDUs, CSWs, MSMs). Such studies can accumulate and analyze data on HIV prevalence and behavioural practices to look at the epidemic trends changes and to generate the evidence base for targeted programmes for prisoners.

¹ HIV infection in Ukraine/ News bulletin. – Kyiv, 2016. - # 47. – p.6.

² HIV infection in Ukraine / News bulletin. – Kyiv, 2013. - #40. – p.4-5. HIV infection in Ukraine / News bulletin. – Kyiv, 2012. - #37. – p.60.

³ HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: A comprehensive package of interventions Authors: UNODC, ILO, UNDP, WHO and UNAIDS. June 2013.

The first integrated bio-behavioural survey (IBBS) was conducted in 2009 combining the survey and HIV testing of target groups. Then, a number of IBBS were held among prisoners in 2011, 2013, and 2017.

The latest study was implemented in the framework of the United Nations Office on Drugs and Crime project "*Penitentiary, Law Enforcement and Drugs Sectors' Government Efficiency in HIV Response*" (HIV-PLEDGE) funded by USAID.

METHODOLOGY

All bio-behavioural surveys presented in this review were conducted using a common methodology and similar methods. The latter means compliance with the main requirements for monitoring study, namely:

- Compliance with the survey algorithm: interviewing prisoners with subsequent HIV testing.
- Unity of approaches to the formation and reaching of a sample to represent prisoners of closed settings (national, stratified quota with random selection of respondents at the last stage).
- Unaltered key questions of the questionnaire to interview prisoners which are used to calculate the indicators on the HIV related knowledge, attitude, and behaviour in the context of.
- Persevering compliance with the ethical principles of the survey, including voluntary participation, anonymity and confidentiality of personal data.

At the same time, the methodology of the survey was gradually changed and improved. The changes in the formation of the sample were related to the military actions in the East of the country and the annexation of the Autonomous Republic of Crimea (the change of survey regions and the number of institutions). Due to the provision of penitentiary institutions (PI) with rapid HIV test kits, they were used during the survey in 2017 (during three previous studies, HIV counselling and testing was conducted using ELISA test). Taking into account the current tasks of the HIV/AIDS Programme and international recommendations on the collection of key indicators, study's questionnaire has been gradually updated. In order to obtain more qualitative sociological data, the survey in 2017 was held using the face-to-face individual interview as opposed to the previous one, when the self-administered questionnaire was predominantly used.

Data Arrays, by Years

Year	2009	2011	2013	2017
Number of PI	26	26	30	25
Type of PI	20 for men 4 for women 2 for juveniles	20 for men 4 for women 2 for juveniles	20 for men 6 for women 4 for juveniles	18 for men 3 for women 4 for juveniles
Sample size, respondents	1300	1300	1471	1000

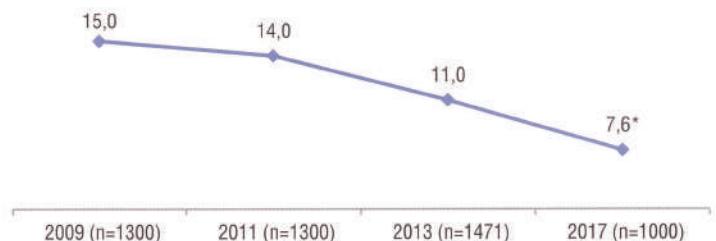
Taking into consideration changes in the structure of the samples, we applied a procedure of weighing data arrays for data comparison in order to keep the ratio of men and women, as well as prisoners interviewed in the correctional and juvenile disciplinary colonies.

1. HIV PREVALENCE IN FACILITIES OF THE CRIMINAL-EXECUTIVE SERVICE OF UKRAINE

According to the office statistics, at the beginning of 2017, PIs included 3730 prisoners with HIV that constituted 6.13% of the total penitentiary population. 2381 of these people received ARV treatment, including 1922 prisoners of the correctional colonies and 459 detainees of the pre-trial detention centres. Together, this accounts for about 3.9% of the total number of persons serving sentences in PIs. Because of the high probability of receiving false negative result of HIV test, prisoners who are on ART were not included in the sample and did not participate in the survey. According to the study protocol, detainees of the pre-trial detention centres were not involved in the survey because of custodial control peculiarities.

The testing results of the survey at the beginning of 2017 demonstrate that the HIV prevalence among prisoners of the correctional and juvenile correctional colonies who did not receive ARV treatment was 3.3%. But taking into consideration the proportion of HIV-positive prisoners receiving ART among the entire population of PIs (without pre-trial detention centres), the overall HIV prevalence is 7.6%. Given the statistical error of the survey (3%), this indicator almost coincides with the indicator of the office statistics (6.2%).

The significant decrease of the HIV prevalence among the target group from 15.0% in 2009 to 7.6% in 2017 has been observed over the years (see Graph 1.1).



Graph 1.1. HIV Prevalence Among Prisoners, by years %

* The indicator is calculated for a weighted array.

The differences are significant if higher than 3%.

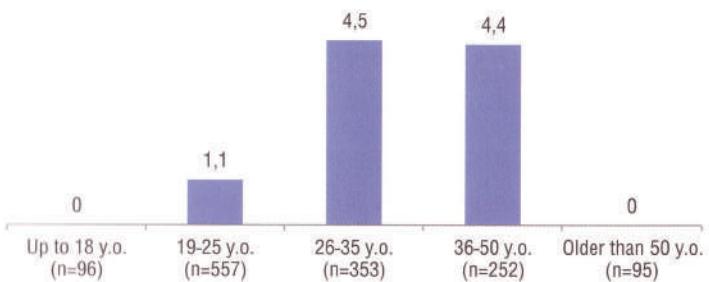
Indicators of the HIV prevalence among male and female prisoners do not have significant differences (see Table 1.1). At the same time, no HIV-positive prisoners were found among adolescents serving sentences in the juvenile disciplinary colonies.

26 (3.3%) out of 798 men are HIV+:
– 16 men aged – 19-35
– 10 men aged – 36-50

4 (3.9%) out of 102 women are HIV+:
– 4 women aged – 19-35

Table 1.1. HIV Prevalence Among Prisoners, by gender, 2017

An age-related analysis of HIV-positive prisoners identified during the survey confirmed that there was no HIV infection among juvenile and over 50-year-old prisoners. On the other hand, the proportion of HIV-positive among prisoners aged 26-35 was 4.5% (18 respondents) and 4.4% (10 respondents) among prisoners aged 36-50 (see Graph 1.2). Considering the demographic characteristics of HIV-positive prisoners, it is important to remember that the analysis was conducted only for IBBS respondents i.e. without data on patients already on ART.



Graph 1.2. HIV Prevalence Among Prisoners*, 2017, by age %

* The differences are significant if higher than 10 %.

The life experience of injecting drug use affects the HIV prevalence rate. The level of HIV infection among prisoners-PWID is higher than among those who have never used injecting drugs (see Table 1.2). Regardless of drug types the prisoners used (opiates or stimulants), HIV prevalence remained within 8%: opiates - 8%, stimulants - 7.6%.

10 (1.4%) out of 754 tested
non-IDU prisoners are HIV+

20 (8.4%) out of 245 tested
IDU prisoners are HIV+

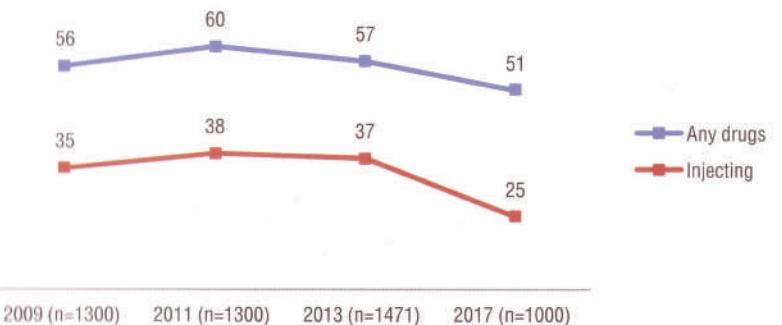
Table 1.2. HIV Prevalence Among Prisoners by IDU Experience, 2017

The assessment of the influence of other risk factors on the HIV prevalence among prisoners is not correct due to the small group of HIV-positive persons (30 people).

2. RISKY BEHAVIOUR

Injecting drug use, unprotected sexual intercourse (irregular use of condoms during sexual contacts, including contacts with other prisoners), as well as tattooing with non-sterile instruments remain the major factors that increase the risk of HIV infection among prisoners. Despite some limitations of the survey (lack of sincerity in questions concerning behavioural practices prohibited by the "Internal Rules of Conduct", namely, use of narcotic substances, possession of syringe or tattooing tools, sexual relations with other prisoners, etc.) the data show that the leading factor in the spread of the HIV epidemic among prisoners is the experience of injecting drug use.

At the same time, comparing to previous studies in 2017, there is a decrease in the rate of prisoners who have life experience of using of narcotic substances (see Graph 2.1.). This may indicate such changes in the qualitative composition of prisoners in Ukraine in recent years as decreasing number of prisoners by almost half and reducing number of prisoners sentenced on drug possession. The main reason is the loss of penitentiary institutions from the occupied territory of the Autonomous Republic of Crimea and uncontrolled territories of Donetsk and Luhansk Oblasts, where concentration of drug users was traditionally high.

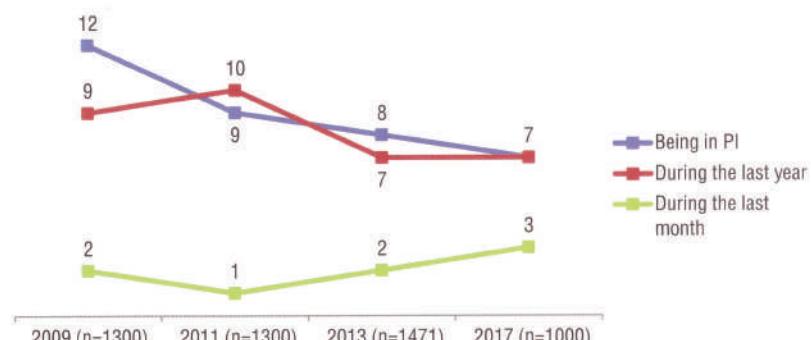


Graph 2.1. Drug Use Experience*, by years %

* The differences are significant if higher than 3%.

The proportion of respondents who confirmed their injecting experience over the last year has slightly increased comparing to the previous survey. The rate of PWID who continued to use injecting opiates or stimulants while in prison remains stable, namely, 8% of prisoners in 2013 and 7% prisoners in 2017; 2% and 3% respectively during the last month (see Graph 2.2.).

The absolute majority of those who had experience of injecting drug use in PIs (68 respondents in 2017) are male prisoners from the correctional colonies (67 respondents).



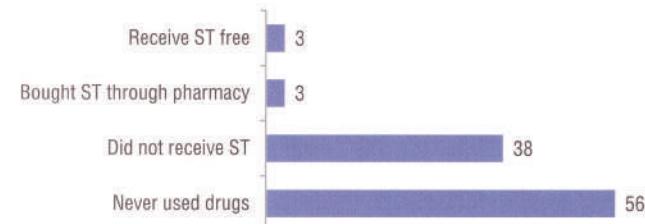
Graph 2.2. Prevalence of Injecting Drug Use*, %

* The differences are significant if higher than 3%.

Each two out of three PWIDs (65%) reported about the needles and syringes sharing that was the most risky behaviour related to HIV infection. Thus, the indicator of risky drug use is 7% (the proportion of people who inject drugs using a non-sterile tool during the last year among all prisoners).

These studies provide an opportunity to assess the minimum need for SMT among prisoners that is the proportion of people who received SMT before imprisonment and, in accordance with current legislation, have the right to continue treatment being in PI. Six per cent of the respondents reported about the experience of receiving substitution therapy. Their answers suggest that half of them participated in a free programme of substitution therapy supported by the Global Fund; the other part of respondents purchased prescribed SMT drugs from pharmacies (see Graph 2.3.).

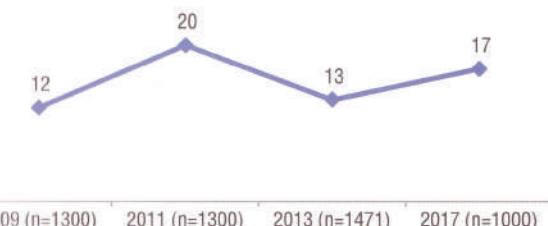
However, this data should be taken critically, since not all respondents who indicated taking SMT drugs before imprisonment confirmed the life experience. However, this data should be taken critically, since not all respondents who indicated taking SMT drugs before imprisonment confirmed the life experience.



Graph 2.3. SMT Experience before Imprisonment, 2017, %

These differences may be related to the prisoners' reluctance to report on their experience of injecting drug use and misconceptions regarding SMT.

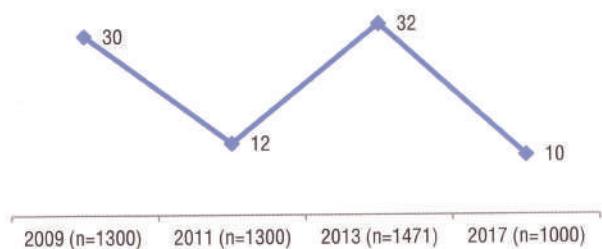
There is a high risk of HIV and viral hepatitis infections due to the prevalence of tattoo practice, which is usually carried out by non-sterile instruments. This risky practice throughout the monitoring period remains an important factor affecting the health of prisoners, especially in the male correctional and juvenile disciplinary colonies (respectively 18% and 22% in 2017) (see Graph 2.4.).



Graph 2.4. Experience of Tattooing in Prison Settings during Past 12 Months*, by years, %

* The differences are significant if higher than 3%.

Ten per cent of respondents reported on their experience of unprotected sexual intercourse (did not always use condom during contact with a husband/wife/partner or did not use it during the last sexual contact with other prisoner) for the last six months, which is almost the same as in 2011, and much less than in 2009 and 2013 (see Graph 2.5.).



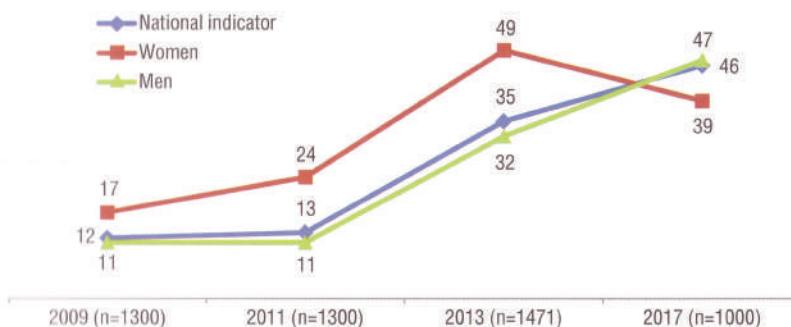
Graph 2.5. Experience of Unprotected Sexual Intercourse during Last 6 Months, by years %

Prisoners of the female and juvenile disciplinary colonies had much less unprotected sexual contacts (by 3% during the past 6 months). This figure is higher among male prisoners (12%).

3. PRISONERS' ACCESS TO HIV-SERVICES

An effective response to the HIV/AIDS epidemic includes providing high-quality medical and social services, as well as information on HIV issues, HIV testing and counselling, and the implementation of other preventive measures.

In recent years, there has been a positive trend towards increasing the availability of HIV testing. The value of the national indicator "The Proportion of Prisoners Who Received HTC Services during the Past 12 Months and Know its Results" increased almost fourfold in 2017 compared to 2009 and 2011 (see Graph 3.1.). This is due to the lifting restrictions on the use of rapid tests in the penitentiary system and the provision of PIs with test-systems at the expense of international funds.



Graph 3.1. Dynamics of the National Indicator "The Proportion of Prisoners Covered by HTC"*, by years, by sex, %

* The differences are significant if higher than 3%.

Information and educational activity is an integral part of preventive measures. Prisoners often receive more information through various types of passive information sharing (68%) than in active forms (60%). The latter indicator for the period of 2013-2017 has slightly increased (+ 9%), while proportion of those who are covered by passive informing has not changed (see Table 3.1.).

Table 3.1

Ways of Providing Information on HIV/AIDS, by years, %

	2009 (n=1300)	2011 (n=1300)	2013* (n=1471)	2017 (n=783)
Special stand on HIV/AIDS in a colony	38	40	56	56
A stand or a poster on HIV/AIDS in a medical unit	32	32	48	64
Poster/postcard on HIV/AIDS on barrack walls	26	26	43	50
Буклєт/брошюра про ВІЛ/СНІД	32	33	41	49
Covered by passive informing**	52	56	68	68
Lecture on HIV/AIDS	27	29	37	49
Oral information from prisoners	19	20	27	25
Individual consultation of a medical specialist, psychologist	17	12	24	25
Radio broadcasting on HIV/AIDS	9	7	17	8
Webinar on HIV/AIDS	10	11	15	13
Sermon by a clergyman, a representative of a church	8	8	14	9
Covered by active informing**	42	44	51	60

* Since the list of active information forms in questionnaires of 2009, 2011, 2013, and 2017 varied, the indicator was recalculated based on those indicators that were available in all three questionnaires.

** The differences are significant if higher than 3%.

The increase of prisoners covered by various means of information sharing has positively affected their knowledge about the modes of HIV transmission and reliable HIV prevention measures (see Table 3.2). There is a lack of dynamics in respondents' awareness of how HIV is not transmitted (through a mosquito bite or in household use), which does not reduce the stigma of people living with HIV.

Table 3.2

The Level of Knowledge on HIV/AIDS in Dynamics, by years, % of correct answers

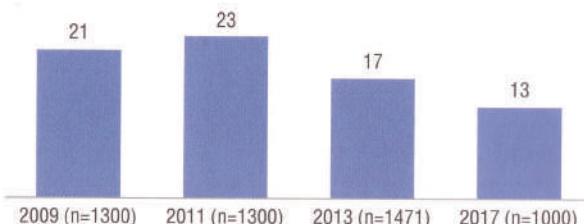
INDICATOR	2009 (n=1300)	2011 (n=1300)	2013 (n=1471)	2017 (n=1000)
The risk of HIV infection can be reduced if you have sex with only one reliable non-infected partner*	65	62	68	75
The risk of HIV infection can be reduced if the condom is properly used during each sexual contact*	86	74	78	85
Healthy person may be HIV-positive*	77	73	73	80
You cannot be HIV infected through a mosquito bite (insects - 2009, 2013).	65	52	55	55
You cannot be HIV-infected if you drink using a glass in turn with an HIV-infected person*	76	65	66	68
You cannot get HIV by using a toilet/bath (toilet/swimming pool/sauna - 2011) with an HIV-positive person*	73	64	65	71
You can get HIV by using a syringe (a needle - 2011) for injection that has been used by other person.	92	82	83	92
HIV can be transmitted from an HIV-infected mother to her child during pregnancy	80	69	69	74
A person with syphilis or gonorrhoea has a higher risk of HIV infection	57	44	51	67
HIV can be transmitted during oral sex without using a condom	71	58	63	72
You can be HIV infected during anal sex without using a condom	72	61	64	73
You can get HIV if you use non-sterile tattoo tools	93	88	86	93
National Indicator*	41	31	38	41
Integral indicator**	16	9	12	14

* Proportion of respondents who gave correct answers to 5 questions with a mark (*) at the same time.

** Proportion of respondents who gave correct answers to all above questions at the same time. The differences are significant if higher than 3%.

Taking into account the prevalence of risky behavioural practices among prisoners, to provide prisoners with personal protective equipment (condoms and disinfectant solutions) is an important component of the HIV/AIDS prevention in Pls.

However, in recent years, the prisoners' access to free condoms has significantly decreased (see Graph 3.2). Even among those who confirmed having sexual contacts during the past 6 months only 31% received free condoms, including 33% – among male prisoners in the correctional colonies.



Graph. 3.2. Availability of Free Condoms for Prisoners*, by years, %

* The differences are significant if higher than 3%.

There is a positive trend towards improving the availability of disinfectant solutions. Compared to 2009-2011, the proportion of respondents who said that disinfectants are always available to them increased by almost one and a half time and reached 32% in 2017.

CONCLUSIONS

During the period of monitoring from 2009 to 2017, the HIV prevalence among prisoners remains a decreasing trend. The most significant reduction was in the last three years. The HIV prevalence among prisoners who participated in the current bio-behavioural survey is 3.3%. Taking into account the data of the office medical statistics about the patients who are in care, and the number of prisoners who are on ARV therapy, and due to the risk of receiving an false negative HIV result excluded from the study, the HIV prevalence among prisoners can be estimated at the level of 7.6%.

The improvement of epidemiological indicators is associated to a decrease in the proportion of prisoners who have life experience of injecting drugs. At the same time, the monitoring assessment did not record significant changes in prisoners' behavioural practices in Pls. Like in previous years, prisoners have unprotected sexual contacts in colonies. The rate of risky sexual behaviour is 10%. The risk of tattooing is 16% and the injection of drugs by non-sterile instruments (syringe or needle sharing, and self-made tools, for the last 12 months) is 7%.

During the monitoring period, contradictory tendencies towards the prisoners' access to the HIV-related service were formed. HIV testing and counselling coverage has been increased significantly. The value of the national indicator "The Proportion of Prisoners who Received HTC Services during the Last 12 Months and Know its Results" is 46% in the current survey, which represents an increase of almost four times compared to 2009 and 2011.

An increase in number of prisoners involved in active forms of information sharing (up to 56%) and an increase in the number of prisoners who have access to free disinfectants (up to 32%) are positive factors. At the same time, the availability of free condoms for the target group has decreased significantly. Only 13% of prisoners received free condoms during the 12 months before the survey in 2017. This indicator is almost two times lower than in 2011. Most respondents (74%) who needed condoms in 2017 indicated that they did not have access to them.

The prisoners' level of knowledge about the mode of HIV transmission is gradually increasing. Nevertheless, awareness how HIV is not transmitted remains unchanged that results in high level of stigmatization for prisoners living with HIV.

The main factors of influence on the risky behaviour of the prisoners are stepping up awareness-raising work, the provision of free condoms for prisoners, especially in the long-term visit rooms, the enhancement of services for PWID, including narcologist counselling, specialized psychotherapeutic assistance, syringe exchange, and SMT.

LIST OF ABBREVIATIONS

AC	analytical centre
AIDS	acquired immunodeficiency syndrome
ART	anti-retroviral therapy
CES	criminal executive service
ET	ELISA test
Global Fund	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
HCU	health care unit
HIV	human immunodeficiency virus
HIV-	negative HIV status
HIV+	positive HIV status
PWID	Person who inject drugs
MoH	Ministry of Health of Ukraine
NAMSU	National Academy of Medical Sciences of Ukraine
NGO	non-governmental organization
PI	penitentiary institutions
PLWH	people living with HIV
RT	rapid tests
SCESU	State Criminal-Executive Service of Ukraine
SI	state institution
STI	sexually transmitted infections
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
VCT	voluntary counselling and testing



Trends in HIV prevalence and risk behaviour among prisoners: Analytical review of bio-behavioural surveys of 2009, 2011, 2013, and 2017. – Kyiv, Видавництво «Фенікс», 2017. – 42 p.

Analytical review authored by Iryna Demchenko, PhD in Economics, and Nataliia Salabai at the request of the United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)

ISBN 978-966-136-476-8

The analytical review was published with the financial support of the United States Agency for International Development (USAID) within the framework of the implementation of the component "Increased access of released prisoners to HIV care and treatment" as part of the RESPECT project: "Reducing HIV-related Stigma and Discrimination for Most-at-Risk Populations in Health Care Facilities in Ukraine" implemented by the All-Ukrainian Network of People Living with HIV/AIDS.

This study became possible thanks to the generous support of American people through the United States Agency for International Development (USAID). These materials reflect the views of their authors and do not necessarily reflect the views of USAID or the United States Government.

© Analytical Centre 'Socioconsulting', 2017
© UNODC, 2017
© Видавництво «Фенікс», 2017

Науково-популярне видання

Тенденції у поширеності ВІЛ-інфекції та ризикованої поведінки серед засуджених

Аналітичний огляд
за результатами біоповедінкових досліджень
2009, 2011, 2013, 2017 років

Формат 60x84/16. Ум. друк. арк. 2,6.
Наклад 200 примірників. Зам. 17-215.

Видавець і виготовлювач ПП «Видавництво «Фенікс»
03067, м. Київ, вул. Шутова, 13Б
www.fenixprint.com.ua

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до державного реєстру видавців, виготовлювачів і розповсюджувачів видавничої продукції.
Серія ДК за № 271 від 07.12.2000 р.