



W numerze:

Prezerwatywa (jednak) przedłuża przyjemność

Joanna Głazewska

str. 1-2

Szarlotka na deser

Agnieszka Waluszko

str. 3

Pozytywne życie

Robert P. Lukaszik, Dagmara Kraus

str. 4-5

Podstawowa wiedza o rentach socjalnych

Janusz Majchrzak

str. 6

Przegląd prasy V-VII 2010

Małgorzata Olczyk

str. 7-8

Aspekty

Jak dbać o zdrowie – czyli zdrowa dieta na co dzień

Urszula Nawrocka

Telefon Zaufania HIV/AIDS

(+22) 692 82 26; 801 888 448 pn. 9⁰⁰ - sob. 21⁰⁰
Lekarze specjaliści dyżurują:
we wtorki i czwartki w godz. 17:00-19:00

AIDS – Zielona Linia

(+22) 621 33 67
poniedziałki, środy w godz. 13:00-19:00
wtorki, czwartki i piątki w godz. 10:00-16:00

Ośrodek Informacji o HIV/AIDS

(+22) 331 77 66
info@aids.gov.pl

Poradnia Internetowa HIV i AIDS

www.aids.gov.pl
Ewa GG: 8442779
Adam GG: 12452394
w środy godz. 20:00-22:30

Prezerwatywa (jednak) przedłuża przyjemność



W lipcu, po intensywnych i pełnych emocji przygotowaniach, w klubach i mediach LGBTQ (skrótowiec oznaczający populację lesbijek, gejów, osób biseksualnych, transseksualnych oraz queer – osób nieheteroseksualnych) pojawiła się nowa kampania zorganizowana przez Krajowe Centrum ds. AIDS. Kampania ta jest skierowana do wszystkich mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami (MSM). Oznacza to, że mówimy w niej do mężczyzn żyjących w stałych związkach z mężczyznami i do mężczyzn mających wielu przypadkowych partnerów, do tych, którzy ukrywają kontakty z mężczyznami, czy też biseksualnych, żyjących w związkach z kobietami, lub określających się jako heteroseksualni, lecz z jakiegoś powodu mających kontakty seksualne z mężczyznami, etc. Grupa odbiorców przekazu „Prezerwatywa przedłuża przyjemność” jest bardzo zróżnicowana. To, co łączy ich wszystkich, to fakt, że wchodzą lub zamierzają wejść w relacje seksualne z mężczyznami.

DLACZEGO ZROBILIŚMY TĘ KAMPANIĘ?

Epidemiolodzy określają sytuację epidemiologiczną w Polsce jako stabilną, co nie znaczy jednak, że liczba zakażeń HIV nie wzrasta. Każdego roku kolejne 800 osób (najwięcej zakażeń w grupie wiekowej 20-39 lat) dowiaduje się o swoim zakażeniu.

Do zakażenia dochodzi głównie poprzez kontakty seksualne (dane z punktów konsultacyjno-diagnostycznych). W przypadku ok. 44% nowych zakażeń wykrytych w 2009 roku w PKD prawdopodobną drogą zakażenia były kontakty homoseksualne mężczyzn (dodatkowo ok. 6,5% kontakty biseksualne – poprzez które epidemia może się przenosić na populację heteroseksualną). Dla porównania kontakt heteroseksualny był drogą zakażenia dla ok. 29% osób, u których zakażenie wykryto w PKD. Trzeba oczywiście pamiętać, że wyniki z punktów nie są reprezentatywne dla całej populacji naszego kraju, ponieważ zgłaszają się do nich osoby już świadome ryzyka zakażenia HIV. Jednak problem dynamicznego rozprzestrzeniania się epidemii zwłaszcza wśród młodych mężczyzn, którzy nie pamiętają czasów „bez AIDS”, w ostatnich latach nabrzmiewa i nic nie wskazuje na to, żeby w 2010 czy 2011 roku zniknął.

Obok sytuacji epidemiologicznej, organizacja EuroPride – europejskiej parady równości – w Warszawie w lipcu br. była okazją do podjęcia działań na polu profilaktyki HIV w populacji MSM. Krajowe Centrum ds. AIDS postanowiło rozpocząć zaplanowaną na 2010 r. kampanię właśnie w trakcie EuroPride.

JAKI JEST CEL NASZYCH DZIAŁAŃ?

Wieloletnia praca edukacyjna na rzecz populacji MSM z jednej strony przyniosła oczekiwane skutki: podniosła poziom wiedzy np. na temat dróg zakażenia. Z drugiej jednak strony sprawiła, że pojawił się niepokojący trend bagatelizowania ryzyka zakażenia HIV: „wszystko o tym wiem, nic mi nie grozi”. Dodatkowo, wprowadzenie i rozwój możliwości terapii antyretrowirusowej sprawiły, że zniknął lęk przed zakażeniem i chorobą, który mógł mieć przełożenie na podejmowanie bezpieczniejszych zachowań

seksualnych. HIV/AIDS zaczęto traktować jak każdą inną chorobę przewlekłą, która dzięki terapii nie ma wpływu na jakość życia. Dziś w populacji MSM można zaobserwować różne niepokojące zjawiska. Wyjątkowo dużo osób podejmuje bardzo ryzykowne zachowania seksualne, także pod wpływem substancji psychoaktywnych. Istnieje przyzwolenie na seks bez zabezpieczenia, a nawet cały nurt w gejowskiej pornografii przedstawiającej penetrację analną bez zabezpieczenia prezerwatywą (tzw. *bareback*).

Kampania „Prezerwatywa przedłuża przyjemność” ma na celu nie tylko dostarczenie rzetelnych informacji m.in. o sposobach zmniejszania ryzyka zakażenia HIV, lecz także – może przede wszystkim – uświadomienie odbiorcom, że problem AIDS wciąż istnieje i zakażenie HIV ma określone konsekwencje, zarówno dla stanu zdrowia, jak i życia seksualnego. Poprzez atrakcyjny i intrygujący przekaz – o prezerwatywie mówi się, że raczej zmniejsza przyjemność, niż ją przedłuża – zachęcamy do podejmowania bezpieczniejszych zachowań. Używanie prezerwatyw z każdym partnerem („nawet jeśli to szybki seks”) zmniejsza ryzyko zakażenia HIV, a negatywny status serologiczny to szansa na cieszenie się przyjemnościami, jakie niesie życie, bez obciążenia terapią ARV.

Ponadto, mając na uwadze fakt, że w dalszym ciągu zbyt mało osób decyduje się na wykonanie testu w kierunku HIV (według szacunków WHO, nawet 70% osób zakażonych w Polsce nie zna swojego statusu serologicznego), przypominamy o konieczności podejmowania kontaktów seksualnych ze świadomością odpowiedzialności za zdrowie własne i partnera lub partnerów. Znajomość statusu serologicznego powinna być w populacji podejmującej ryzykowne zachowania seksualne standardem. Jednak nie tylko taka wiedza jest niezbędna. W populacji MSM obserwuje się, że mężczyźni, którzy się testują, zaczynają traktować badanie w kierunku HIV jak formę profilaktyki, nie zmieniając przy tym swoich zachowań na bardziej bezpieczne. Warto też pamiętać o innych infekcjach przenoszonych drogą płciową: kile, chlamydie, wirusowym zapaleniu wątroby, opryszczce narządów płciowych, rzeżączce, kłykcinach koń-

czystych (HPV)... Osoby podejmujące ryzykowne zachowania seksualne powinny pamiętać o konieczności testowania także w kierunku tych infekcji. Informacja o możliwych formach i miejscach wykonywania badań, ze szczególnym uwzględnieniem oferty punktów konsultacyjno-diagnostycznych, jest ważnym elementem kampanii.

DROGA DO CELU

W czerwcu 2009 roku, po przeprowadzeniu konsultacji społecznych, Anna Marzec-Bogusławska, dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS, powołała Radę Konsultacyjną, nieformalny organ doradczy, który ma na celu opiniowanie planowanych i realizowanych zadań z zakresu profilaktyki HIV w populacji MSM. W skład Rady wchodzi specjalista z zakresu seksuologii, medycyny, nauk humanistycznych, przedstawiciele organizacji pozarządowych oraz środowiska MSM. Praca w Radzie ma charakter społeczny i tym większe podziękowania należą się jej członkom, którzy poświęcają na konsultacje wiele swojego cennego czasu. Kreacja kampanii oraz treści w niej przekazywane były na każdym etapie przygotowań konsultowane z członkami Rady. Dzięki wiedzy i doświadczeniu zaangażowanych członków Rady stworzyliśmy materiał, który może dostarczyć odbiorcom informacje, których rzeczywiście potrzebują, a także może mieć wpływ na ich zachowania seksualne.

Przekaz kampanijny był tworzony ze świadomością, że musi być bardzo precyzyjnie dostosowany do specyfiki grupy – do preferowanych zachowań seksualnych, czy nawet funkcjonujących wśród tych mężczyzn systemów wartości. Również kanały komunikacji wybrano bardzo starannie, uwzględniając media skierowane tylko do tej populacji oraz kluby, sauny i inne miejsca spotkań MSM, w tym internet. W ramach kampanii powstał spot telewizyjny emitowany przede wszystkim w klubach, strona internetowa kampanii połączona z akcją bannerową na stronach będących w obszarze zainteresowania MSM, reklama prasowa (w prasie skierowanej do MSM, także pornograficznej) oraz materiały drukowane: plakat, naklejka i broszura edukacyjna.

Na uwagę zasługuje duże zainteresowanie kampanią właścicieli klubów gejowskich i gay-friendly. Dzięki ich

otwartości i świadomości problemu, kampania jest obecna w ponad 30 klubach na terenie całego kraju. W klubach są emitowane spoty, dystrybuowane naklejki i broszury, można znaleźć plakaty. Jeden z poznańskich lokali zorganizował imprezę inauguracyjną kampanię. Jeszcze w zeszłym roku przyzwolenie na obecność profilaktyki HIV w klubach nie było tak widoczne. Trochę natomiast dziwi postawa części mediów redagowanych z myślą o populacji MSM i szerzej LGBTQ, które nie były aż tak chętne do włączenia się w kampanię społeczną non-profit.

Czy cele kampanii zostały osiągnięte, dowiemy się za jakiś czas. Narzędziem, które na pewno pomoże nam ocenić efektywność podejmowanych działań, jest ankieta, o której wypełnienie prosimy internautów. Ankieta ta – podobnie jak wszystkie informacje o akcji, czy też jej elementy do pobrania (m.in. tapety na telefon komórkowe) – jest zamieszczona na stronie internetowej kampanii www.aids.gov.pl/kampanie/2010/.

W internecie, tak ważnym dla mężczyzn poszukujących znajomości lub treści o charakterze pornograficznym, krąży wiele mitów na temat HIV. Być może informacje zawarte na tej stronie pomogą w obalaniu choć niektórych z nich.

Kampania „Prezerwatywa przedłuża przyjemność. Aż do późnej starości. Nawet jeśli to szybki seks” pokazuje, że każdy aktywny seksualnie człowiek może i powinien mieć wpływ na zmniejszenie ryzyka zakażenia HIV.

Pragnę szczególnie podziękować osobom zaangażowanym w prace nad kampanią.

Są to członkowie Rady Konsultacyjnej: prof. dr hab. Zbigniew Izdebski, dr n. med. Dorota Rogowska-Szadkowska, dr n. med. Remigiusz Jarosław Tritt, dr n. hum. Agnieszka Walendzik-Ostrowska, Agnieszka Górka, Robert Piotr Łukasik, Wojciech J. Tomczyński oraz pracownicy agencji reklamowej Martis S.A., dla której kampania była nowym, wierzę, że inspirującym, wyzwaniem.

Joanna Głazewska
Krajowe Centrum ds. AIDS

„Szarlotka na deser”

Kaszubski las, czyste jezioro i letnia przyjemna pogoda przywitały uczestników XIV Ogólnopolskiego Spotkania Osób Żyjących z HIV/AIDS. Po raz kolejny, w dniach 13-17 czerwca, gościliśmy w ośrodku wypoczynkowym Szarlotka koło Kościerzyny.



Chociaż Spotkanie odbywa się w środku roku, jest podsumowaniem, a nawet rzec by można, ukoronowaniem całorocznej pracy środowisk i organizacji działających na rzecz osób seropozytywnych.

Oddalenie od codziennego, miejskiego zgiełku, przyjemny szum drzew i leniwe podmuchy wiatru w sposób nieomal naturalny przestawiły nasze organizmy na tryb odpoczynku i relaksu. To idealny czas na refleksje i przemyślenia, spotkania ze znajomymi i przyjaciółmi, których często widzimy tylko raz w roku – właśnie na Ogólnopolskim Spotkaniu. To idealne miejsce na poznanie nowych ludzi, na odnalezienie się w nowym środowisku i nowej sytuacji życiowej, którą jest diagnoza HIV+. Tę pełną spokoju atmosferę przez wszystkie dni pobytu przerywały tylko bardzo donośne, lecz niezwykle sympatyczne odgłosy zwierzaków – stałych mieszkańców ośrodka. Kozy, owce, wietnamskie świnki, a zwłaszcza jeden czarny baran, uznały widać za stosowne włączyć się aktywnie i głośno we wszystkie dyskusje toczące się w czasie wykładów, paneli czy warsztatów.

Tematyka zajęć oferowanych w ciągu 5 dni spotkania była jak zwykle bogata

i różnorodna. Przede wszystkim szeroko przedstawiane zagadnienia medyczne związane z przebiegiem leczenia ARV, dostępnością leków i opieki zdrowotnej. Nasi nieocenieni lekarze mówili, co jest ważne, by leczenie ARV było jak najskuteczniejsze, co może zaszkodzić, a co przyczynić się do poprawy zdrowia.

Zaproszeni przedstawiciele organizacji pozarządowych działających na rzecz osób „pozytywnych” zaprezentowali się na specjalnie dla nich przeznaczonym panelu dyskusyjnym. Mogliśmy również zapoznać się z działaniami organizacji w Niemczech

i na Białorusi. Zagraniczni goście bardzo szybko odnaleźli się w naszym gronie. Nie było większych kłopotów z nawiązywaniem kontaktów, wielu z nas posługuje się co najmniej jednym językiem obcym, a pozostali, chociaż narzekali na bóle od tłumaczenia ręce, także doskonale się rozumieli.

Gwoździem programu była sesja plenarna z panem Adamem Fronczakiem, Podsekretarzem Stanu Ministerstwa Zdrowia przy udziale pani Anny Marzec-Bogusławskiej, dyrektora Krajowego Centrum ds. AIDS. Uczestnicy mieli rzadką okazję wzięcia udziału w otwartej dyskusji z osobą współdecydującą o najważniejszych dla nich sprawach – o procedurach leczenia i przyznawania środków na leki. Zetknięcie się środowiska pacjentów z decydentami wywołało burzliwą, momentami mocno iskrzącą dyskusję. O wadze tego spotkania świadczyć może fakt, że chwilami trudno było zapanować nad emocjami uczestników, a zakończenie panelu w planowanym czasie okazało się niewykonalne. Wiem z rozmów kularowych, że dyskusja, choć prowadzona z pozycji dwóch różnych stanowisk, okazała się cennym i pozytywnym doświadczeniem dla wszystkich.

Ogromnym powodzeniem cieszyły się różnego rodzaju warsztaty i ćwiczenia prowadzone w małych grupach tematycznych. Można było zapoznać się z bezpieczniejszymi zachowaniami seksualnymi, poruszyć problemy osób leczących uzależnienie w programach metadonowych, czy pochylić się nad sprawami kobiet żyjących z plusem. Nieocenioną pomocą okazały się indywidualne konsultacje z psychologiem czy pracownikiem socjalnym, którzy dostępni byli praktycznie przez 24 godziny na dobę.

Wśród poważnych wykładów nie mogło zabraknąć zabawy i rozrywki, które są niezbędne do prawidłowego funkcjonowania, skutecznego leczenia i utrzymywania dobrej kondycji życiowej. Były warsztaty i zabawy integracyjne, które wywoływały uśmiech na wszystkich twarzach. Był relaks nad wodą i na wodzie: rowery wodne, kajaki i ognisko. Kilku chłopaków będzie długo wspominać „przejażdżkę” motorówką po jeziorze, którą poprowadził pewien sympatyczny bosman nieznający pojęcia „pływanie rekreacyjne”. No i najważniejszy punkt programu, a mianowicie dyskotekę. Kilka godzin wyśmienitej zabawy, świetnej muzyki i tańców w najróżniejszych stylach.

Cała przekazywana wiedza, rozmowy i dyskusje są niezmiernie istotne, jednak to, co sprawia, że ogólnopolskie Spotkania są tak niesamowite to... LUDZIE. To oni tworzą organizacje, stowarzyszenia, fundacje, to ludzie tworzą środowisko i są jego najważniejszym elementem. Nie jest istotne, czy jesteś homo- czy heteroseksualny, czy jesteś „na metadonie” czy nie, czy masz za sobą trudną, straszną, złą przeszłość. Najważniejsze jest, że wszyscy mogą spotkać się w jednym miejscu i czasie, w którym zacierają się wszystkie różnice.

Agnieszka Waluszko

„Pozytywne życie”



Pomysł na projekt „Pozytywne życie” narodził się w mojej głowie, kiedy przeglądając tematyczne strony internetowe, związane z profilaktyką HIV/AIDS natrafiłem na stronę www.apositivelife.com. Jest to bardzo informacyjna strona, która dużo mówi o HIV, lekach, o codziennym życiu z wirusem, zmaganiu się ze skutkami ubocznymi terapii i wielu innych ważnych sprawach bezpośrednio związanych z HIV. Bardzo spodobał mi się ten sposób mówienia o problemach związanych z HIV i AIDS. Pomyślałem, że to doskonały pomysł na dotarcie z tematem do młodych ludzi. Kiedy jednak myślałem konkretnie nad tym, jak przenieść ten zagraniczny pomysł na polskie warunki, w pierwszej kolejności pojawił się problem: kto ze znanych mi osób żyjących z HIV zgodzi się na publiczne wystąpienie przed kamerą i opowiedzenie o swoim życiu i zakażeniu?! Dlatego też zmodyfikowałem i dostosowałem do polskich realiów pomysł nagrań wideo. Pomyślałem, że skutecznym i atrakcyjnym spo-

sobem na dotarcie do młodych ludzi, będzie wykorzystanie znanych i lubianych osób ze świata teatru, filmu i muzyki. Wykorzystując znajomości, udało nam się zainteresować projektem kilka znanych osób. Poprosiliśmy dr Dorotę Rogowską-Szadkowską i dr Agnieszkę Walendzik-Ostrowską o przygotowanie tekstów do 10-ciu odcinków o HIV, testowaniu, AIDS, ryzykownych zachowaniach... Udało mi się również znaleźć sponsora na realizację projektu, którym okazało się Miasto Stołeczne Warszawa. To właśnie dzięki zaufaniu, jakie otrzymaliśmy od Wydziału Spraw Społecznych i Zdrowia Dzielnicy Praga Południe w dużej mierze zależało powodzenie tego projektu.

Realizację zaczęliśmy w październiku. Na początku myśleliśmy, że będzie to prosty w realizacji projekt, który okaże się przede wszystkim miłą przygodą, bo przecież będziemy kręcić filmy, spotykać znanych ludzi, gwiazdy muzyki, filmu i teatru. Nic bardziej mylnego, nie było to łatwe. Owszem, przygoda – tak, znani ludzie – również,

lecz praca pod presją czasu niejednokrotnie spędzała nam sen z powiek, śniła się nocami.

PIERWSZE ZASKOCZENIE

Plan był prosty, zaprosimy do współpracy jedną z warszawskich szkół filmowych, której studenci w ramach zajęć pozauczelnianych nakręcą filmy. Wartością dodaną dla uczelni miało być: podniesienie świadomości na temat HIV/AIDS wśród studentów, wystąpienie jako współrealizator projektu edukacyjnego i dopisanie go do własnej listy aktywności, podniesienie umiejętności studentów dzięki dodatkowym warsztatom, a przy okazji powiększenie portfolio studentów zaangażowanych w realizację projektu i to wszystko bez żadnego wkładu finansowego ze strony uczelni. Taka oferta, z naszego punktu widzenia, wydawała się być atrakcyjna i godna zainteresowania. Myśleliśmy, że władze uczelniane każdej ze szkół, do której się zwrócimy, będą chciały z nami współpracować, dostały przecież gotowy projekt wraz z funduszami.

Jakież było nasze zaskoczenie, kiedy rozesłaliśmy list z propozycją współpracy oraz listy rekomendujące naszą działalność i projekt i nikt się do nas nie odezwał. Odczekaliśmy jakiś czas i zaczęliśmy dzwonić do tych szkół z pytaniem, czy dostali informacje, czy są zainteresowani itp. W większości przypadków list utknął w sekretariacie, w jednej ze szkół usłyszeliśmy, że taki projekt nie leży w obszarze ich zainteresowań, że ich studenci i tak mają dużo zajęć, więc nie powinni angażować się w zajęcia dodatkowe. Inna ze szkół zaproponowała nam, że przygotowują dramy dotyczące narkomanii i HIV, co znowu dla nas było mało interesujące, tym bardziej, że nie chcemy powielać stereotypów (narkoman, osoba świadcząca usługi seksualne, gej = HIV), ale je obalać. Mijały tygodnie, za sobą mieliśmy wiele rozmów ze szkołami, już nie tylko filmowymi, ale też reklamy i... coraz większe wątpliwości, że coś dobrego zadzieje się w tej materii, że znajdziemy kogoś, kto będzie chciał się „bawić w takie rzeczy”. Jak to często w życiu bywa, pomógł przypadek, albo raczej sieć kontaktów osobistych. Znajomy powiedział, że zna dziewczynę, która skończyła szkołę filmową, jest producentką i może będzie zainteresowana. I tak spotkaliśmy się z Kamilą Oleksiak, która przeczytała projekt i powiedziała: ok, popytam wśród znajomych czy są jacyś zainteresowani, jeśli uda mi się zorganizować grupę, wchodzę w to. No i udało się.

AMBASADORZY WŚRÓD GWIAZD

Pierwszy krok był za nami, mieliśmy już ekipę, która była gotowa nakręcić filmy. Teraz potrzebowaliśmy znanych osób, które staną się Ambasadorami naszego projektu, które zechciałyby poświęcić swój czas i zaangażować się w nasz projekt, ale też są podziwiane i szanowane przez konkretną grupę odbiorców, jaką jest młodzież gimnazjalno-licealna. I tu także nie było łatwo, choć zdecydo-

wanie łatwiej niż przy poszukiwaniu ekipy. Najpierw była lista znanych osób, którą sami wymyśliliśmy, jednak nie była tożsama z gwiazdami wybranymi przez naszą grupę docelową. Na szczęście w tym samym czasie realizowaliśmy projekt edukacyjno-profilaktyczny w warszawskich szkołach ponadgimnazjalnych, gdzie mogliśmy na bieżąco poddawać nasze pomysły ocenie młodzieży. Bywało, że dzieciaki nie wiedziały, o kim mówimy, albo jedynie znały nazwisko, natomiast w żaden sposób nie był to dla nich idol. Często też sami sugerowali, kogo chcieliby widzieć w tego typu filmie. I tak, dzięki uczniom z kilku warszawskich szkół, otwartości i przychylności managerów, prywatnym znajomościom, ale przede wszystkim chęci samych gwiazd udało się zaprosić do współpracy: **Zespół Afromental, Agatę Buzek, Ewelinę Flintę, Joannę Jabłczyńską, Natalię Kukulską, Kacpra Kuszewskiego, Numer Raz, Michała Piróga i Marię Seweryn**. Wszyscy oni przyjęli status Ambasadorów projektu „Pozytywne Życie”.

EFEKT KOŃCOWY

Ruszyły zdjęcia i dopiero wtedy zobaczyliśmy, jak wiele osób jest zaangażowanych w realizację 10 króciutkich klipów: reżyser, asystent reżysera, 2 kamerzystów, oświetleniowcy, dźwiękowcy, charakteryzatorki i montażyści. Wiele czasu zajęło też zgranie terminarzy naszych Ambasadorów z dostępnością miejsc w Teatrze Bajka i Metka Studio, gdzie nagrywano filmy. W końcu mieliśmy nagrany materiał, pozostał montaż, etap żmudny i czasochłonny. Montaż scen, zgranie ich z dźwiękiem i muzyką zajęło kolejne tygodnie, ale byliśmy już bardzo blisko. Kiedy gotowa płyta z 10 klipami ujrzała światło dzienne urządziliśmy pokaz przedpremierowy dla członków Stowarzyszenia, którzy byli pierwszymi widzami i jednocześnie krytykami. Nikt z nas do

końca nie wiedział, jak będą wyglądały te filmy w ostatecznej wersji, jako całość. To, co widzieliśmy w trakcie produkcji, czy na etapie zatwierdzania poszczególnych odcinków różniło się od materiału na płycie, która już we wrześniu trafiła do warszawskich szkół i miejmy nadzieję będzie dobrym pretekstem do przeprowadzenia lekcji na temat HIV.

Mamy dalsze plany związane z płytą. Pragniemy, aby powstał do niej podręcznik dla nauczycieli, który będzie zawierał gotowe konspekty do przeprowadzenia zajęć profilaktycznych. Będziemy się starali, by pozyskać środki finansowe, które pozwolą nam napisać, wydać, a także promować ten materiał. Marzy nam się, aby w każdej warszawskiej szkole był taki zestaw, aby nauczyciele mogli z niego korzystać rozmawiając z młodzieżą na temat zdrowego trybu życia, profilaktyce zachowań seksualnych, odpowiedzialności za siebie i partnera, o podstawowych informacjach dotyczących HIV i AIDS oraz testowaniu w kierunku HIV.

Mimo czasu, który nie był naszym sprzymierzeńcem, i nowego obszaru filmowego, w jakim przyszło nam się odnaleźć, udało nam się stworzyć dobre narzędzie edukacyjne. Jednocześnie realizacja tego projektu była przygodą, której ciąg dalszy, mamy nadzieję, nastąpi.

Zapraszamy do odwiedzenia strony internetowej projektu, na której możecie Państwo obejrzeć efekty naszej pracy: www.pozytywnezycie.pl Przy okazji dziękujemy wszystkim, którzy wzięli w nim udział i zapraszamy do współpracy w przyszłości.

*Robert Piotr Łukasik
– autor projektu*

*Dagmara Kraus
– koordynatorka projektu*

Jeśli chcą Państwo zostać autorem ARTYKUŁU w Kontrze prosimy o kontakt mailowy na adres: kontra@centrum.aids.gov.pl

Jeśli chcą Państwo, aby ważne wiadomości (np. informacje o wydarzeniach związanych z HIV/AIDS) znalazły się w e-Kontrze proszę przesłać pełną informację na wyżej podany adres o temacie „PROŚBA O ZAMIESZCZENIE INFORMACJI W e-Kontrze”

Podstawowa wiedza o rentach socjalnych

PODSTAWOWE KRYTERIA, KTÓRE NALEŻY SPEŁNIĆ, BY UZYSKAĆ RENTĘ SOCJALNĄ

Renta socjalna jest świadczeniem, którego przyznanie nie jest uzależnione od udowodnienia jakiegokolwiek okresu pracy. Renta ta przysługuje osobie pełnoletniej całkowicie niezdolnej do pracy, spełniającej określone wymagania, które określa ustawa.

Natomiast renta pracownicza z tytułu niezdolności do pracy przysługuje osobie, która na podstawie orzeczenia lekarza orzecznika komisji lekarskiej ZUS została uznana za całkowicie niezdolną do pracy. Warunkiem jest, że niezdolność do pracy wystąpiła w czasie zatrudnienia lub nie później niż w ciągu 18 miesięcy od daty ustania zatrudnienia.

Na równi z zatrudnieniem traktuje się okres pobierania zasiłku dla bezrobotnych. Jeżeli niezdolność do pracy powstała w wieku powyżej 30 lat, wymagany do przyznania renty okres składkowy i nieskładkowy wynosi 5 lat. Musi on jednak przypadać w trakcie ostatnich 10 lat poprzedzających datę powstania niezdolności do pracy lub datę zgłoszenia wniosku o rentę.

RENTA SOCJALNA – WNIOSEK RENTOWY

Renta socjalna przyznawana jest na wniosek osoby uprawnionej. Wniosek należy złożyć w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych. Wnioskodawca musi złożyć oświadczenie co do okoliczności ewentualnego osiągnięcia jakiegokolwiek przychodu z tytułu działalności zarobkowej. Osoba wnioskująca o rentę socjalną musi zgromadzić niezbędną dokumentację, którą należy dołączyć do wniosku, między innymi zaświadczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza prowadzącego, dokumentację medyczną oraz inne dokumenty mające znaczenie dla wydania orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy.

SPOSÓB USTALANIA WYSOKOŚCI RENTY SOCJALNEJ

Renta socjalna przyznawana jest w stałej wysokości, wynoszącej 84% kwoty najniższej renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy. Do 28 lutego 2011 r. wysokość renty socjalnej wynosi 593,28 zł. W przypadku, gdy osoba ubiegająca się o rentę socjalną jest jednocześnie uprawniona do renty rodzinnej, której wysokość

nie przekracza 200% kwoty najniższej renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy, przysługuje jej prawo do obu świadczeń. Łączna wysokość renty rodzinnej i renty socjalnej także nie może przekroczyć 200% kwoty najniższej renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy. Gdy łączna wysokość tych dwóch świadczeń przekracza 200% najniższej renty, obniżeniu podlega wysokość renty socjalnej. Renta socjalna jest świadczeniem podlegającym opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych. Z kwoty renty odlicza się zaliczkę na podatek dochodowy, a także potrąca składkę na ubezpieczenie społeczne.

Podstawa prawna: Ustawa z dnia 27 czerwca 2003 r. Art. 4.

STAWKI PO WALORYZACJI EMERYTUR I RENT OBOWIĄZUJĄCE OD 1 MARCA 2010 R.

W związku z art. 94 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, od dnia 1 marca 2010 r. zostały zwaloryzowane wszystkie emerytury i renty socjalne wypłacane na dzień 28 lutego 2010 r.

DODATEK PIELĘGNACYJNY

wynosi 181,10 zł

RENTA SOCJALNA

wynosi 593,28 zł

Dopuszczalne kwoty dodatkowych przychodów osiąganych przez rencistów i emerytów wynoszą:

- 30% przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego, tj. 973,10 zł. Przychody przekraczające tę kwotę powodują zawieszenie prawa do renty socjalnej.
- 70% przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego, tj. 2.270,60 zł.

Renta socjalna jest świadczeniem alternatywnym dla osób, które nie nabyły uprawnień do renty z tytułu niezdolności do pracy, są osobami niepełnosprawnymi, a perspektywy (ze względu na stopień niepełnosprawności) są niekorzystne.

ŚWIADCZENIA SOCJALNE W UNII EUROPEJSKIEJ

Unia Europejska nie wprowadziła jednolitego systemu emerytur, świadczeń socjalnych i rent. Uregulowania tych kwestii pozostawione są w rękach państw członkowskich, system socjalny

obowiązujący w danym państwie zależy wyłącznie od jego wewnętrznych regulacji. Unia Europejska nie ustala też ogólnie płac minimalnych czy minimum socjalnego. Państwa zachowują prawo do tworzenia własnych systemów ubezpieczeń społecznych, określania wysokości składek i świadczeń oraz warunków ich nabywania. Unia Europejska musiała jednak wprowadzić regulacje umożliwiające korzystanie z prawa do przemieszczania się i osiedlania w dowolnie wybranym kraju członkowskim nie tylko pracownikom, lecz także osobom korzystającym z rent i emerytur. Odpowiednie regulacje umożliwiają też pracownikom i członkom ich rodzin pozostanie w kraju, który nie jest ich ojczyzną, po ustaniu zatrudnienia. Jest to możliwe dzięki koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego państw członkowskich Unii Europejskiej. Koordynacja pozwala na zachowanie różnic pomiędzy systemami w poszczególnych krajach członkowskich, przy jednoczesnym zagwarantowaniu świadczeń dla osób podejmujących pracę w innych państwach UE.

POLITYKA SPOŁECZNA W UNII EUROPEJSKIEJ

Polityka społeczna jest jednym z ważniejszych obszarów pogłębiania integracji Unii Europejskiej. Problemy socjalne w obszarze wspólnoty wymuszają na państwach członkowskich podejmowanie stosownych działań, które mają przyczyniać się do zmniejszania nierówności społecznych i ograniczeniu bezrobocia. Europejska polityka społeczna to, po pierwsze, działania wspólnoty, które prowadzą do powstania jednolitego, ponadnarodowego prawa, wiążącego wszystkie państwa członkowskie, po drugie wzajemne uznawanie minimalnych standardów socjalnych przez kraje Unii Europejskiej, a po trzecie, koordynowanie poszczególnych polityk z zakresu socjalnego. Budowaniu wspólnotowego prawa socjalnego coraz częściej towarzyszą instrumenty finansowe. Unia Europejska realizuje specjalne programy socjalne finansowane bezpośrednio z budżetu UE lub ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

*Janusz Majchrzak
Specjalista ds. socjalnych*

Przegląd prasy V-VII 2010

NOWE ODKRYCIE AMERYKAŃSKICH UCZONYCH

Naukowcy z USA odkryli dwa przeciwciała, które są w stanie zablokować prawie 90% szczepów HIV. Odkrycie badaczy z Narodowego Instytutu Alergii i Chorób Zakaźnych (NIAID) jest wielką szansą na stworzenie skutecznej szczepionki zdolnej chronić przed HIV.

Uczni wykorzystali wiedzę na temat zewnętrznej otoczki wirusa, by stworzyć molekularną „pułapkę”. Było nią jedno z odpowiednio zmodyfikowanych białek otoczki wirusowej. Naprowadziło to badaczy na przeciwciała przyczepiające się właśnie do tego miejsca. Okazało się, że dwa z tych przeciwciał (VRCO1 i VRCO2) neutralizują znacznie silniej, a co ważniejsze, znacznie więcej szczepów HIV niż jakiegokolwiek znane wcześniej przeciwciało. Dzięki temu, że przyłączają się do jednego z tych nielicznych miejsc, które w wirusie HIV nie podlegają ciągłej przemianie, są w stanie zablokować tak wiele odmian tego drobnoustroju.

Wiedząc już o przeciwciałach, uczeni zbadali molekularną strukturę VRCO1 połączonego z miejscem wiążącym CD4 z HIV. Poznawszy tę strukturę, próbowali odtworzyć etapy naturalnego rozwoju tego przeciwciała. Było to konieczne, aby w przyszłości móc uzyskać te same przeciwciała na drodze szczepień.

Z przeprowadzonych badań wynika, że ludzki układ odpornościowy jest w stanie stosunkowo szybko i łatwo wyprodukować prekursorzy przeciwciał VRCO1. Na kolejnych etapach ich rozwoju, gdy komórki układu odpornościowego wyraźnie rozpoznają już atakujący drobnoustrój, prekursorzy przeciwciał szybko dojrzewają, tworząc formy zdolne do silnego i skutecznego zablokowania wirusa. Obecnie uczeni starają się wyjaśnić, jak dokładnie przebiega ów proces dojrzewania, jakie czynniki o nim decydują i jak zastosować je w przyszłej szczepionce.

GEN HAMUJĄCY ROZWÓJ AIDS

W „Nature” opublikowano wyniki badań, które wyjaśniają fenomen genu o nazwie HLA B57. Jest to gen, dzięki któremu wolniej dochodzi u zakażonego HIV do rozwinięcia AIDS, a czasami AIDS nie rozwija się w ogóle.

Gen ten stanowi w organizmie swoistą tarczę chroniącą przed aktywnością groźnego wirusa. Występuje on dość rzadko, tylko u jednej na 200 osób żyjących z HIV.

Badania nad genem prowadzono w Ragon Institute, jednostce badawczej działającej przy Massachusetts General Hospital, Massachusetts Institute of Technology i Harvard Medical School, powołanej do walki z epidemią HIV/AIDS. Z ustaleń Amerykanów wynika, że efektem obecności genu HLA B57 jest produkowanie przez organizm silniej działających komórek T (rodzaj limfocytów odpowiedzialnych za obronę przed inwazją zarazków). Osoby posiadające ten gen mają więcej komórek T, które mocno wiążą się z większą liczbą cząstek białek wirusa. Częściej rozpoznają one komórki, na powierzchni których znajdują się proteiny HIV, w tym ich zmutowane wersje – ich liczba rośnie wraz z rozwojem infekcji. Organizm działający według powyższych zasad lepiej kontroluje przebieg zakażenia HIV, ale także innych wirusów posiadających zdolność ewolucji.

Naukowcy zajmujący się badaniem genu udowodnili również, że ludzie posiadający ów gen mają większą ilość komórek T o charakterze reaktywno-krzyżowym. W praktyce oznacza to, że potrafią atakować cząsteczki tego samego wirusa, na powierzchni których znajdują się różne cząsteczki białek, antygeny. Jest to o tyle istotne, że HIV charakteryzuje się dużą zmiennością antygenów. W rezultacie wytworzone przez organizm przeciwciała w krótkim czasie stają się wobec niego bezużyteczne. Nie pasują do antygeny.

KOBIECA BROŃ NA HIV

W jednym z lipcowych wydań tygodnika „Science” ogłoszono, że naukowcom udało się wreszcie stworzyć żel, który chroni kobiety przed zakażeniem HIV. Opisano pozytywne rezultaty badania prowadzonego od maja 2007 do marca 2010 w Republice Południowej Afryki przez naukowców z Center for the AIDS Programme of Research in South Africa. Badanie nosi nazwę CAPRISA 004, a finansowali je głównie Amerykanie. Badanie przeprowadzono w prowincji KwaZulu-Natal w zachodniej części RPA. Zgłoszono do niego 2 160 kobiet z rejonów miejskich i wiejskich, gdzie

szacunkowa częstość zakażeń wynosiła odpowiednio 15,6% i 11,2%.

Do testów zaproszono wyłącznie kobiety niezakażone HIV, w wieku 18-40 lat, aktywne seksualnie (odbyły przynajmniej dwa stosunki w ciągu ostatniego miesiąca przed badaniem), nie będące w ciąży i nie stosujące antykoncepcyjnych spirali czy krążków dopochwowych. Wykluczono m.in. te, które chorowały na nerki i na jakiegokolwiek choroby przenoszone drogą płciową. Szczegółowy program badania został wcześniej zatwierdzony przez komisję bioetyczną, a każda z jego uczestniczek wyraziła pisemną zgodę na udział. Ostatecznie na badanie zdecydowało się 889 kobiet.

Podzielono je na dwie grupy. Część kobiet stosowała żel dopochwowy z dodatkiem antywirusowego leku – 1% tenofowiru (jeden z doustnych leków antyretrowirusowych stosowanych obecnie w leczeniu zakażonych HIV i chorych na AIDS). Reszta otrzymała placebo w postaci identycznie wyglądającego żelu, który nie zawierał substancji czynnej.

Badanie trwało 30 miesięcy. Wydano łącznie 181 340 aplikatorów z żelem. Do lekarzy wróciło 95,2% z nich. Wynik okazał się obiecujący – żel z lekiem wyraźnie chronił przed zakażeniem HIV. Wirusem zakażyło się 98 z 889 kobiet. 38 z nich stosowało żel z tenofowirem, 60 używało placebo. Tenofowir był skuteczniejszy, jeśli kobiety stosowały go zgodnie z zaleceniem lekarza. I tak: w grupie pań sięgających po żel w ponad 8 przypadkach na 10 miał 54% skuteczność, a w podgrupie najmniej zdyscyplinowanych kobiet (używających żelu rzadziej niż przy co drugim stosunku) skuteczność żelu sięgała 28%. Średnia skuteczność żelu w całym badaniu wyniosła 39%.

Żel z lekiem miał też inne pozytywne działanie – chronił przed wirusem opryszczki płciowej, a przez to najprawdopodobniej zabezpieczał przed HIV.

Komentatorzy podkreślają, że najpilniejszą teraz sprawą jest potwierdzenie uzyskanych wyników w kolejnych badaniach. Jeśli się tak stanie, żel może zapobiec ponad pół milionom zakażeń HIV tylko w samej RPA w ciągu najbliższych dziesięciu lat.

LEKI MOGĄ ZATRZYMAĆ ROZPRZESTRZENIANIE SIĘ HIV

Według dr Deborah Donnell z University of Washington podawanie pacjentom żyjącym z HIV/AIDS leków antyretrowirusowych obniża ryzyko zakażenia ich partnerów. Zagrożenie u osób leczonych jest o 92% niższe niż u nieleczonych. Wniosek taki sformułowano po badaniach, które sponzorowała Fundacja Billa i Melindy Gatesów, przeprowadzonych wśród 3,3 tys. par, w których jedna z osób była zakażona HIV. Przy 103 zakażeniach tylko jedno dotyczyło pary, w której chory otrzymywał leki. Zdaniem naukowców jest to wielka szansa na zahamowanie rozprzestrzeniania się HIV.

KONFERENCJA W WIEDNIU

W dniach 18-23 lipca odbyła się w Wiedniu XVIII Międzynarodowa Konferencja poświęcona AIDS (*AIDS 2010*). Swoją udział potwierdziło ponad 20 tys. naukowców, reprezentantów rządu, pracowników opieki zdrowotnej, liderów biznesu oraz osób żyjących z HIV/AIDS. Tegoroczna konferencja odbyła się pod hasłem „Rights here, right now” (Prawa tu i teraz) i miała na celu podkreślenie, że aby odnieść sukces w walce z HIV, konieczna jest promocja i ochrona praw człowieka. Celem konferencji było także zachęcenie do wprowadzenia skutecznej – bazującej na danych na temat zakażonych osób – interwencji w poszczególnych społecznościach, krajach i regionach. Ważne jest również – jak mówili organizatorzy – zwiększenie świadomości publicznej na temat ciągłego wpływu HIV/AIDS na zdrowie społeczeństw.

Global HIV Vaccine Enterprise podczas konferencji wydała komunikat, w którym stwierdza, że w ciągu ostatnich 27 lat od momentu rozpoznania wirusa, mimo fundamentalnego znaczenia badań nad szczepionkami, stworzono tylko trzy prototypy i przeprowadzono cztery testy skuteczności szczepionek z udziałem ludzi.

Dlatego naukowcy zgromadzeni na konferencji wyrazili opinię, że należy zwiększyć liczbę testów klinicznych, pozwalających ocenić skuteczność proponowanych szczepionek u ludzi. Należy także zwiększyć ilość środków przeznaczonych na badania. Z powodu ogólnoświatowego kryzysu ekonomicznego nakłady na badania nad HIV/AIDS spadły aż o 10%.

TRZECIA KAMPANIA H&M WSPIERAJĄCA WALKĘ Z AIDS

W maju H&M rozpoczęło kampanię *Fashion Against AIDS*, tym razem proponując kolekcję festiwalową. 1/4 wpływów z jej sprzedaży zostanie przeznaczona na projekty uświadamiające młodzież na temat HIV/AIDS.

Kolekcja festiwalowa uświetni trzeci rok wspierania AIDS przez H&M. Jak dotąd zebrano 30 mln koron szwedzkich. Dzięki środkom zgromadzonym w ciągu poprzednich dwóch lat w czerwcu 2010 roku zostanie otwarta nowa placówka w Antwerpii: *International HIV/AIDS Awareness Education Center* (IHAEC), gdzie młodzi ludzie z całego świata będą mogli się uczyć, jak można rozpocząć kampanię promującą bezpieczniejszy seks, wykorzystując elementy mody i pop kultury. Współpraca pod szyldem *Fashion Against AIDS* otworzyła wiele drzwi przed organizacją DAA (*Designers Against AIDS*) i jesteśmy za to bardzo wdzięczni – mówi jej założycielka Ninette Murk. Bardzo istotne jest bowiem uświadamianie młodzieży na całym świecie o znaczeniu bezpieczniejszego seksu.

BOMBY Z HIV ZAGROŻENIEM DLA ŻOŁNIERZY

Dowódcy wojsk sojuszniczych w Afganistanie są zaskoczeni rodzajem broni afgańskich wojowników. Okazało się, że talibowie produkują nowy, śmiertelny rodzaj broni. Są to zakażone wirusem HIV igły, a nawet żyłki, które umieszcza się obok ładunków wybuchowych. Odpalenie takiej bomby sprawia, że żołnierze są narażeni

na zakażenie HIV. Jeden z dowódców sił specjalnych przyznaje, że bomby są niezwykle groźne dla żołnierzy, bo nikt nie spodziewał się tego rodzaju zagrożenia.

Talibowie mieli po raz pierwszy użyć tego rodzaju bomby w prowincji Helmand, która uchodzi za najbardziej niebezpieczną prowincję w Afganistanie. Siły koalicji mają tam bowiem ogromne problemy z wyparciem wojowników. Niebawem żołnierze, a przede wszystkim saperzy, otrzymają specjalne rękawice z kevlaru, które mają ich chronić przed nowym rodzajem broni. Jeden z brytyjskich dowódców mówi, że z tak groźnym zjawiskiem wojska sojusznicze w tym kraju się jeszcze nie spotkały.

MUNDIAL 2010

Międzynarodowa Federacja Piłkarska (FIFA) na tegoroczny Mundial zamiast darmowych szalików czy koszulek reprezentacji przygotowała przerwy, które mają ochronić fanów piłki przed zakażeniem HIV.

W punktach medycznych przygotowanych dla kibiców z całego świata można było otrzymać nie tylko podstawowe leki czy olejki chroniące przed afrykańskim słońcem, ale też przerwy. W punktach tych były dostępne także ulotki informujące o zagrożeniu, jakie niesie ze sobą HIV. Na dużych ekranach w miastach, gdzie odbywały się mecze, przeprowadzono kampanię medialną dotyczącą HIV/AIDS.

Organizatorzy chcieli w ten sposób dotrzeć do jak największej liczby osób. Pod względem zakażeń HIV na świecie RPA zajmuje niechlubne 4. miejsce. W grupie osób od 15. do 49. roku życia aż 18% mieszkańców tego kraju żyje z HIV. Średnia długość życia z tego powodu, w tym uznawanym za najbogatsze w Afryce państwo, wynosi zaledwie 49 lat.

Małgorzata Olczyk

kontra 

Redakcja:
Redaktor naczelna – Katarzyna Gajewska
Zastępca redaktor naczelnej – Iwona Kłapińska
Sekretarz redakcji – Maryla Rogalewicz
Wydawca:
Krajowe Centrum ds. AIDS

Adres redakcji:
ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa
tel. (+22) 331 77 77, fax (+22) 331 77 76
e-mail: kontra@aids.gov.pl
www.aids.gov.pl

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.



Jak dbać o zdrowie – czyli zdrowa dieta na co dzień

Zywienie w obliczu zakażenia HIV jest bardzo często dyskutowanym zagadnieniem. Jest to powszechny problem, a istnieje tak długo, jak długa jest historia epidemii HIV/AIDS na świecie. Badania naukowe nieustannie dostarczają dowodów, że stan zdrowia człowieka jest ściśle związany ze stylem życia, a co za tym idzie także z jakością żywności i sposobem odżywiania się. Niedobory żywieniowe mogą prowadzić do wyniszczenia organizmu, wpływając na funkcjonowanie układu odpornościowego, co z kolei przyczynia się do rozwoju AIDS. **Prawidłowo opracowana dieta może mieć korzystny wpływ na stan zdrowia i przebieg choroby, wpływając na podniesienie jakości życia.** Na całym świecie prowadzone są badania naukowe dotyczące wpływu składników odżywczych na przebieg infekcji HIV, interakcji żywności z lekami, a ich celem jest zrozumienie mechanizmów choroby i efektywna terapia. Już teraz niemal nikt nie ma wątpliwości, że dietetyk powinien być członkiem zespołu terapeutycznego, sprawującego opiekę nad osobami żyjącymi z HIV.

Rozpoczęcie terapii lekami antyretrowirusowymi niesie za sobą różnorodne efekty uboczne. Do zaburzeń należy zaliczyć zmiany w metabolizmie osoby zakażonej, a są to: wzrost stężenia triglicerydów, cholesterolu całkowitego i LDL, spadek stężenia cholesterolu HDL, insulinooporność tkanek i zaburzenia tolerancji glukozy, a także osteoporoza i osteopenia, choroby układu sercowo-naczyniowego, zaburzenia hematologiczne. Warto wiedzieć, że **wystąpienie wielu schorzeń można oddalić w czasie, stosując odpowiednią dietę.** Jak wskazują badania, żywność wysokiej jakości, obfitująca w błonnik pokarmowy, pokrywająca zapotrzebowanie na energię i białko może mieć istotny wpływ na ograniczenie redystrybucji tkanki tłuszczowej (lipodystrofię),

która jest jednym z powikłań stosowania terapii antyretrowirusowej. Co więcej, **zdrowy tryb życia, prawidłowa dieta, regularna aktywność fizyczna, unikanie palenia tytoniu mogą przyczyniać się do poprawy jakości życia.**

Wielokrotnie zdarza się, że osoby żyjące z HIV borykają się z różnorodnymi zaburzeniami ze strony układu pokarmowego. Zazwyczaj są to: biegunki, nudności, wymioty i ból. Spowodowane są one zakażeniami wirusowymi, bakteryjnymi czy grzybiczymi, a skutkują zmniejszeniem ilości spożywanej żywności, słabym wchłanianiem i stratami składników odżywczych. Konsekwencje takiego stanu to niedożywienie oraz niedobory witamin i składników mineralnych.

HIV i AIDS niemal zawsze połączone są z utratą masy ciała. Odnotowuje się większą umieralność pacjentów o zbyt niskiej masie ciała, dlatego też istotne jest monitorowanie masy ciała i stanu odżywienia – są to wskaźniki ważne dla postępowania medycznego. Niedożywienie może wpływać na podatność na zakażenia oportunistyczne i obniżyć skuteczność leczenia farmakologicznego. Warto także pamiętać, że to, co jemy, wpływa na wygląd ciała każdego człowieka, wpływając na samopoczucie, samoocenę i ogólną jakość życia.

Organizm osoby żyjącej z HIV zazwyczaj potrzebuje więcej energii. Jest to szczególnie istotne w czasie infekcji czy biegunek. Jednym z najważniejszych składników pokarmowych jest **białko**. Nie może być ono zastąpione żadnym innym. Dobowa podaż białka powinna stanowić ok. 12-15% zapotrzebowania na energię – 1 g białka dostarcza ok. 4 kcal. Warto wiedzieć, że w przypadku przewlekłych infekcji oraz gorączki, ze względu na zwiększony katabolizm, zapotrzebowanie na ten składnik pokarmowy może okresowo wzrosnąć nawet do 20%.

Podstawową funkcją białka jest budowanie tkanek organizmu, czyli także wpływa na utrzymanie masy ciała. Białko to składnik budujący enzymy i hormony, zapewniające sprawne funkcjonowanie organizmu. Białko jest niezbędne do funkcjonowania układu odpornościowego, gdyż jest składnikiem ciał odpornościowych chroniących organizm przed działaniem czynników patogennych. Główne źródła pełnowartościowego białka w diecie człowieka to produkty pochodzenia zwierzęcego takie, jak: mięso, drób i ryby, jaja, mleko i jego przetwory. Białko roślinne o wysokiej wartości biologicznej to białko sojowe, białko z roślin strączkowych oraz orzechów.

Kolejnym bardzo ważnym składnikiem codziennej, wartościowej diety są **tłuszcze**. Według zaleceń z 2002 roku, powinny pokrywać nie więcej niż 30% dobowego zapotrzebowania energetycznego, w tym tłuszcze nasycone poniżej 10%. Tłuszcze dostarczają ok. 9 kcal/1 g. Pełnią szereg ważnych funkcji, np. niedobór niezbędnych nienasyconych kwasów tłuszczowych może objawiać się zwiększoną podatnością na infekcje. Tłuszcze dla organizmu człowieka są podstawowym źródłem energii, są źródłem witamin w nich rozpuszczalnych (A, D, E, K). Budują tkankę tłuszczową, która stanowi swoisty magazyn energii dla organizmu oraz pełni funkcję ochronną, tworząc podściółkę tłuszczową dla narządów wewnętrznych. Ciekawostką może stanowić fakt, iż tłuszcz jest substancją dającą uczucie sytości i nadaje pożądany smak potrawom. Łatwo to sobie wyobrazić, porównując uczucie sytości po zjedzeniu jabłka z sytością po zjedzeniu kanapki z masłem i wędliną. Omawiając znaczenie kwasów tłuszczowych, warto zwrócić uwagę na zawartość kwasów omega-3 w spożywanej żywności. Odpowiednia ich ilość, czyli taka, która zapewnia pokrycie ok. 6% dobowego zapotrze-

bowania człowieka na energię, sprzyja redukcji poziomu triglicerydów we krwi, który może wzrastać u osób stosujących terapię antyretrowirusową. Jednocześnie należy pamiętać o prawidłowej ilości spożywanego cholesterolu. Jest on substancją potrzebną do prawidłowego funkcjonowania organizmu, ale nadmierne spożycie może wpływać na stężenie cholesterolu we krwi. Obecnie, ze względu na duże zagrożenie wystąpieniem choroby wieńcowej, zaleca się profilaktyczne obniżenie ilości spożywanego cholesterolu do 300-350 mg na dobę, szczególnie u osób powyżej 40 r.ż. Pokarmy szczególnie obfitujące w cholesterol to: żółtko jaja, mózg cielęcy i wołowy, nerki, wątroba, a także mięso wieprzowe i sery żółte. Wybierając mięso lepiej zakupić wołowinę, drób lub ryby. Ważne, aby pamiętać, że osoba żyjąca z HIV jest bardzo narażona na zaburzenia metabolizmu lipidów (tłuszczów), dlatego istotne jest stosowanie diety bogatej w tłuszcze wysokiej jakości oraz codzienna aktywność fizyczna. Które produkty zawierają szczególnie wartościowe, nienasycone tłuszcze? Olej kukurydziany, sojowy i lniany, a z najczęściej używanych w Polsce – słonecznikowy i rzepakowy bezerukowy oraz oliwa z oliwek. Produkty bogate w tłuszcze to: śmietana, sery żółte oraz mięsa (bardziej wartościowe są wołowina, drób – także indyk oraz ryby takie, jak: halibut, śledź, łosoś, makrela). Stosowanie diety o prawidłowej zawartości tłuszczów, także nienasyconych, może sprzyjać leczeniu dyslipidemii (nieprawidłowych stężeń lipidów we krwi). Leczenie farmakologiczne może okazać się niezbędne w przypadku wysokich stężeń lipidów lub przewlekłej choroby.

Kolejnym składnikiem pokarmowym, którego nie może zabraknąć w diecie osoby żyjącej z HIV, są **węglowodany**. Stanowią one źródło energii (1 g to ok. 4 kcal) i powinny dostarczać 50-55% dziennego zapotrzebowania na energię. Jest to wartość zbliżona do zaleceń dla osób zdrowych. Dostarczają łatwo dostępnej dla tkanek energii.

Jednym z często omawianych składników diety jest **błonnik**, zwany także włóknem pokarmowym. Dzielne spożycie włókien roślinnych, według różnych doniesień naukowych, powinno wynosić 20-35 gramów na dobę. Jego funkcją nie jest dostarczanie energii, natomiast pełni nieocenioną rolę w regulowaniu pracy przewodu pokarmowego. Stymulując

pracę ścian jelita, sprzyja sprawnemu przechodzeniu treści pokarmowej przez jelita, a następnie ułatwia łagodne wypróżnienie. Warto wiedzieć, że rozpuszczalna frakcja błonnika (np. obecne w jabłkach pektyny) wpływa na poziom cukru we krwi, a także może sprzyjać redukcji poziomu cholesterolu LDL. Odpowiednie spożycie błonnika umożliwia łagodne wypróżnienie, skraca czas przebywania substancji toksycznych w jelitach. Z drugiej strony zbyt duża jego ilość w diecie może zmniejszać wchłanianie w jelitach składników mineralnych, dlatego nie jest wskazane spożywanie nadmiernych ilości włókna roślinnego. Istotne jest aby nie zwiększać gwałtownie ilości spożywanego błonnika, ponieważ może spowodować to nieprzyjemne dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. Proces ten powinien być stopniowy i trwać ok. miesiąca. Zwiększając ilość błonnika w diecie, należy rozważyć czy u danej osoby nie występują przeciwwskazania do stosowania diety bogatobłonnikowej np. wrzodziejące zapalenie jelita grubego czy ostre stany zapalne przewodu pokarmowego. Decyzję o zmianie zawartości błonnika w diecie warto przedyskutować z dietetykiem lub lekarzem. Omawiając zagadnienia związane ze spożyciem węglowodanów, nadmienię, iż nadmierne spożycie cukrów prostych może nieść za sobą wiele niekorzystnych następstw. Wysokie spożycie sacharozę powoduje rozwój próchnicy zębów, a zjawisko to tłumaczy się działalnością drobnoustrojów w jamie ustnej, które przemieniają cukry w kwasy uszkadzające szkliwo.

Źródłem węglowodanów w diecie są przede wszystkim produkty zbożowe (pieczywo, kasze, ryż płatki zbożowe, makarony), warzywa i owoce, a także miód i słodycze.

Do prawidłowego funkcjonowania organizmu każdego człowieka potrzebuje nie tylko omówionych wcześniej białek, tłuszczów i węglowodanów, lecz także **witamin i składników mineralnych**. Ich podstawowym źródłem jest codzienna, urozmaicona dieta, przy czym niektóre z witamin mogą być syntetyzowane w ustroju. Witaminy i minerały to substancje, które spożywa się w niewielkich ilościach, natomiast są niezbędne do funkcjonowania organizmu. Zapotrzebowanie na witaminy i składniki mineralne nie jest stałe i ulega zmianom w zależności od m. in. wieku, masy ciała, stanu fizjologicznego or-

ganizmu (np. ciąża) czy też choroby (np. zakażenie HIV). Zapotrzebowanie na witaminy i składniki mineralne, według zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia, dla osób zakażonych HIV jest zbliżone do zapotrzebowania osób niezakażonych w tym samym wieku, tej samej płci i aktywności fizycznej. Najlepszym sposobem zapewnienia odpowiedniej podaży mikroskładników odżywczych (witamin i minerałów) jest spożywanie pokarmów w nie bogatych. Należy pamiętać, że wiele witamin jest wrażliwych na wysoką temperaturę podczas gotowania czy pieczenia, na tlen z powietrza czy światło słoneczne, dlatego też nie należy ogrzewać potrawy dłużej niż to konieczne, a chowanie produktów do szafki lub lodówki zapewne ograniczy straty cennych składników i przedłuży ich świeżość.

W przypadku osób żyjących z HIV, należy zwrócić szczególną uwagę na witaminy A, B₆, B₁₂ oraz selen, cynk i żelazo.

Wielokrotnie zdarza się, że sięgamy po różnego rodzaju **suplementy** zawierające witaminy i minerały. Należy zawsze mieć na uwadze, że zarówno ich niedobory, jak i zbyt duża podaż mogą mieć bardzo groźne dla zdrowia konsekwencje. Substancje te są niezbędne dla organizmu, ale w minimalnych ilościach, stąd łatwo o ich przedawkowanie. Decyzję o rozpoczęciu przyjmowania takiego preparatu zawsze warto przedyskutować z dietetykiem lub lekarzem. Jeśli terapeuta nie zaleci specjalnego dawkowania, najlepszym rozwiązaniem może okazać się preparat multiwitaminowy z minerałami, gdzie żaden ze składników nie występuje w ilościach przekraczających 100% dziennego zapotrzebowania na dany składnik. Jest to ważne ponieważ niektóre mikroskładniki przyjmowane w wysokich dawkach mogą być toksyczne, np. witamina A, D oraz miedź, żelazo, cynk, selen.

ZNACZENIE WYBRANYCH WITAMIN I MINERAŁÓW ORAZ ICH ŹRÓDŁA POKARMOWE

Witamina A to związki chemiczne, wykazujące aktywność biologiczną retinolu i są to m. in. właśnie retinol, retinen i 3-hydroretinal. Witamina A jest niezbędna dla właściwego rozwoju i funkcjonowania komórek odpornościowych typu B i T. Jej obniżony poziom w surowicy krwi zwiększa ryzyko biegunek i infekcji układu oddechowego, a są to schorzenia przyczyniające się do progresji za-

każenia HIV. Witamina A jest ważna dla komórek wyściełających drogi oddechowe, przewód pokarmowy oraz drogi moczowo-płciowe, ponieważ jej niedobór może prowadzić do wysychania błon śluzowych i zmniejszenia odporności na czynniki zakaźne. Ponadto retinol wchodzi w skład światłoczułego barwnika w oku, rodopsyny, która pełni istotną rolę w procesie widzenia. Witamina A zapobiega nadmiernemu rogowaceniu i suchości skóry, jest ważna w procesie powstawania szkliwa zębów. Jej nadmierna podaż może objawiać się: brakiem łaknienia, łatwym męczeniem się, nadmierną drażliwością, bólami stawów, zmianami skórnymi (m.in. swędzenie) i wypadaniem włosów. Najbogatsze źródła witaminy A to: tran, wątroba, mleko, śmietana, żółtko jaja, masło oraz margaryny wzbogacone w tę witaminę. Karoteniny, czyli substancje, z których powstaje witamina A w organizmie człowieka, występują obficie w żółtych i zielonych warzywach. Warto wiedzieć, że witamina A jest odporna na gotowanie, natomiast ulega rozkładowi pod wpływem podwyższonej temperatury w obecności tlenu, np. w procesie suszenia oraz jęlczenia tłuszczów.

Witamina E – tokoferole. Wykazują silne działanie przeciwutleniające, zwiększa odporność erytrocytów (czerwonych krwinek) na rozpad, zapobiega uszkodzeniom i zwiększaniu przepuszczalności naczyń krwionośnych. Witamina E w powiązaniu z selenem może zapobiegać stłuszczeniu wątroby. Prawdopodobnie tokoferole mają znaczenie w zapobieganiu miażdżycy i nowotworom. Doskonałym źródłem witaminy E są ziarna zbóż i zielone warzywa liściaste, zielony groszek i kukurydza, a także oleje roślinne (szczególnie z kiełków pszenicy i kukurydzy).

Witamina D – substancje o aktywności biologicznej cholekalcyferolu. Działanie witaminy D wiąże się z przemianą wapnia i procesami uwapnienia kości. Niedobory wywołują u dzieci krzywicę, a u osób starszych prowadzą do demineralizacji i zmniejszenia gęstości i użębienia. Braki tej witaminy mogą występować w przewlekłych schorzeniach nerek i wątroby. Dobrym źródłem witaminy D są tłuszcze rybne. Niewielkie ilości występują w masle, żółtku jaja i wątrobie. Witamina D jest wytwarzana w skórze pod wpływem promieniowania nadfioletowego.

Witamina K – substancje o działaniu filochinonu. Fizjologiczna flora bak-

teryjna przewodu pokarmowego dostarcza wystarczającej ilości witaminy K i nie jest konieczne dostarczanie jej z żywnością. Suplementację powinno rozważyć się w przypadku długotrwałej antybiotykoterapii. Witamina K bierze udział w procesach krzepnięcia krwi. W żywności występuje w zielonych warzywach liściastych, kalafiorze, pomidorach, truskawkach czy wątrobie.

Witamina B₁, tiamina, jest ważna dla prawidłowego funkcjonowania układu nerwowego, jej całkowity niedobór prowadzi do rozwoju choroby beri-beri. Była to pierwsza odkryta choroba występująca z powodu niedoboru witaminy (awitaminoza), a odkrycia tego dokonał polski uczonec, Kazimierz Funk. Niedobory tiaminy dają niespecyficzne objawy, np. utratę apetytu czy zaburzenia miesiączkowania. Warto wiedzieć, że wypijanie dużych ilości kawy, herbaty i alkoholu zmniejsza wchłanianie tiaminy. Witamina B₁ jest rozpowszechniona w produktach żywnościowych pochodzenia roślinnego np. w pieczywie z grubego przemiału, kaszach, płatkach owsianych, grochu, fasoli oraz w orzechach. W produktach mięsnych jest jej znacznie mniej. Tiamina bardzo łatwo ulega zniszczeniu pod wpływem podwyższonej temperatury oraz ulega wypłukiwaniu – w czasie smażenia mięsa zniszczeniu ulega nawet 60% tej witaminy.

Witamina B₂, ryboflawina, bierze udział w utrzymaniu sprawnego działania oczu – zapobiega powstawaniu zaćmy, ma także znaczenie w procesach odpornościowych organizmu. Jest niezbędna dla utrzymania prawidłowego stanu skóry, ponieważ niedobory ryboflawiny powodują powstawanie zajadów, zapalenie języka i łojotok. Ciekawostką jest fakt, że w przypadku niedoborów witaminy B₁ następuje zwiększone wydalanie witaminy B₂ z moczem. Najlepszymi źródłami ryboflawiny są: mleko i jego przetwory, jaja, mięso i produkty zbożowe. Witamina ta jest także wytwarzana przez bakterie żyjące w przewodzie pokarmowym. Przechowywanie żywności w nasłonecznionym miejscu będzie powodowało rozkład ryboflawiny.

Witamina B₃, czyli niacyna, zwana też witaminą PP – jest ważna w procesach pozyskiwania energii ze składników odżywczych, umożliwia utrzymanie prawidłowego stanu skóry, jest niezbędna do prawidłowego funkcjonowania układu nerwowego i pokarmowego. Niacyna wpływa korzystnie

na poziom cholesterolu i triglicerydów we krwi. Jej całkowity niedobór prowadzi do rozwoju pelagry. Choroba ta występowała bardzo często w rejonach świata, gdzie dieta była bardzo uboga i opierała się na kukurydzy. Jak się później okazało niacyna w kukurydzy występuje w formie, która nie jest przyswajana przez organizm człowieka, a dodatek innych zbóż w diecie spowodował ustępowanie objawów choroby. Umiarkowane niedobory niacyny mogą sprzyjać zmianom zapalnym na języku tzw. język „truskawkowy”. Niacyna występuje powszechnie w różnych rodzajach żywności np. mięsie i podrobach, rybach, jajach – mniej jest natomiast w produktach zbożowych, warzywach, owocach i mleku.

Witamina B₆ czyli pirydoksyna – ułatwia wchłanianie i przemiany spożytych tłuszczów i białek. Różne formy witaminy B₆ wchodzi w skład enzymów. Pirydoksyna jest ważna w procesie powstawania czerwonych krwinek. Jest ona wytwarzana przez bakterie zasiedlające przewód pokarmowy i jej niedobory są bardzo rzadko spotykane, jeśli flora bakteryjna jest prawidłowa (niekorzystnie na florę bakteryjną może wpływać np. antybiotykoterapia). Na niedobory narażone są kobiety stosujące doustną antykoncepcję. Pirydoksyna występuje w większości produktów spożywczych, a w większych ilościach w kiełkach pszenicy, warzywach strączkowych, wieprzowinie i jajach. Obróbka żywności – pieczenie, gotowanie – mogą powodować straty pirydoksyny nawet do 80%.

Witamina B₁₂ – kobalamina. Jest niezbędna dla prawidłowego funkcjonowania szpiku kostnego, układu nerwowego i przewodu pokarmowego. Brak kobalaminy prowadzi do rozwoju niedokrwistości złośliwej, dysfunkcji błony śluzowej żołądka i zaburzeń wchłaniania składników odżywczych. Zazwyczaj niedobory witaminy B₁₂ spowodowane są zaburzeniami jej wchłaniania, a nie zbyt małym spożyciem. Źródła kobalaminy to przede wszystkim wątroba i nerki, a także jaja, mleko i mięso.

Witamina C – kwas askorbinowy. Jest niezbędna dla prawidłowego funkcjonowania układu odpornościowego, wspomaga odporność na infekcje. Jak dowodzą badania, suplementacja witaminą C może przyczynić się do wzrostu proliferacji limfocytów B i T, a także hamować replikację cząstek wirusa w zainfekowanych komórkach typu T. Witamina C jest niezbędna do

wchłaniania żelaza z żywności, w procesie gojenia ran i krwiotworzenia. Kwas askorbinowy pełni wiele funkcji, a jego niedobory są niespecyficzne: utrata łaknienia, łatwe męczenie się, krwawienie z dziąseł, osłabienie odporności. Duże dawki witaminy C wydalane są z moczem, natomiast długotrwały nadmiar może sprzyjać kamicy nerkowej. Głównym źródłem witaminy C są świeże warzywa i owoce. Ciekawostką jest, że w Polsce większość spożywanej witaminy C pochodzi z warzyw jagodowych i kapustnych, a także ziemniaków – nie są one bardzo bogate w kwas askorbinowy, ale ich spożycie jest wysokie. Kwas askorbinowy jest mało odporny na działanie czynników zewnętrznych i ulega rozkładowi pod wpływem tlenu, światła i temperatury.

Kwas foliowy, folacyna – jego niedobór powoduje niedokrwistość megaloblastyczną, zapalenie języka oraz biegunki. Witamina ta jest bardzo rozpowszechniona w produktach spożywczych pochodzenia roślinnego i zwierzęcego (pieczywo, warzywa, mięso, ryby). Czasami nazywana jest „kwasem listnym”, ponieważ jej największa zawartość jest w zielonych roślinach liściastych (szpinak, sałata, brokuły). Na niedobory narażone są kobiety w ciąży (niebezpieczne dla płodu), osoby chore na nowotwór, zespół złego wchłaniania, a także alkoholicy. Kwas foliowy jest niezwykle wrażliwy na działanie wysokiej temperatury i tlenu.

Wapń to składnik mineralny niezbędny do prawidłowej budowy i funkcjonowania kości i zębów, serca i mięśni oraz utrzymania ciśnienia i krzepliwości krwi. Wapń ma swój udział w procesach odpornościowych. Wchłanianie wapnia z żywności zwiększa się w obecności witaminy D. Najlepszym źródłem wapnia jest mleko i jego przetwory. Zielone warzywa liściaste to także często wymieniane źródło tego pierwiastka.

Jod zapewnia rozwój i prawidłowe funkcjonowanie mózgu i układu nerwowego. Jest niezbędny do syntezy hormonów tarczycy. Głównymi źródłami jodu są warzywa, rośliny morskie i ryby (zwłaszcza dorsz i halibut). Zawartość jodu w warzywach zależy

od jego ilości w glebie. W rejonach, których mieszkańcy zagrożeni są niedoborami jodu, stosuje się wzbogacanie soli w ten pierwiastek – tzw. sól jodowana.

Żelazo to pierwiastek, który wchodzi w skład hemoglobiny uczestniczy w transporcie tlenu w organizmie, jest niezbędny do prawidłowego funkcjonowania mięśni. Bierze udział w procesach detoksykacji i obrony immunologicznej organizmu. Niedobory prowadzą do niedokrwistości. Głównymi źródłami żelaza są produkty pochodzenia zwierzęcego oraz przetwory zbożowe.

Magnez – do jego najważniejszych funkcji należy udział w przewodnictwie nerwowym, regulacja pracy serca, udział w metabolizmie lipidów i wpływ na ciśnienie krwi. O niedoborach magnezu mogą świadczyć bolesne skurcze. Dobrym źródłem magnezu są produkty zbożowe, zwłaszcza kasza gryczana, nasiona roślin strączkowych, kakao, orzechy oraz woda mineralna.

Selen ma działanie wspomagające hamowanie rozwoju miażdżycy, zmniejsza ryzyko chorób serca, przypuszczalnie wpływa na obniżenie ryzyka zachorowania na raka. Stwierdzono pozytywny wpływ selenu na przebieg leczenia niedożywienia. Najbogatszymi źródłami selenu są: mięso oraz ryby i przetwory zbożowe.

Cynk jest pierwiastkiem niezbędnym dla prawidłowego przebiegu obrony immunologicznej organizmu. Wykazano zależność między poziomem cynku w osoczu krwi a poziomem komórek CD4. Obserwuje się zwiększoną podatność na infekcje bakteryjne u osób, u których występują niedobory tego pierwiastka. Ponadto badania dowodzą, że zwiększone stężenie cynku obniża aktywność enzymów koniecznych do replikacji wirusa. Jest odpowiedzialny za odczuwanie smaku i zapachu. Źródłem cynku jest mięso i produkty zbożowe, ale zdecydowanie lepiej wchłania się z produktów zwierzęcych.

U osób żyjących z HIV, poza odpowiednią podażą wszystkich składników odżywczych, bardzo ważne jest spożywanie **płynów**. Jest to istotne ze względu na możliwość wystąpienia

biegunek czy wymiotów. Zalecane jest spożywanie płynów w ilości powyżej 2 litrów na dobę. Wysoka podaż wody jest także ważna przy przyjmowaniu leków antyretrowirusowych. Osoby żyjące z HIV powinny zwracać uwagę na jakość wody. Zaleca się gotowanie wody przez osoby, których poziom komórek CD4 nie przekracza 200 komórek/mm³.

CO WZIĄĆ POD UWAGĘ KOMPONUJĄC JADŁOSPIS?

Urozmaicona i zbilansowana dieta jest warunkiem zdrowia i powinna być niezbędnym elementem stylu życia osoby żyjącej z wirusem HIV. Komponując swój codzienny jadłospis należy wziąć pod uwagę szereg czynników, które mogą wpływać na efektywność i akceptację diety. Czynniki te, to między innymi choroby współistniejące (np. zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego) oraz przyjmowane leki (np. antybiotyki). Nie należy także zapominać o alergiach i nietolerancjach pokarmowych. Istotne determinanty diety to również styl życia i warunki ekonomiczne. Wszystkie wymienione powyżej kryteria doboru diety należy omówić z dietetykiem lub lekarzem w czasie rozmowy dotyczącej sposobu żywienia.

Prawidłowe żywienie jest warunkiem zdrowia osoby żyjącej z wirusem HIV. Odpowiednio zbilansowana dieta, dostosowana do indywidualnych wymagań chorego, ułatwi osiągnięcie optymalnych wyników leczenia oraz poprawi jakość życia.

*mgr Urszula Nawrocka
Dietetyk. Absolwentka Wydziału Nauk
o Żywieniu Człowieka i Konsumpcji
SGGW w Warszawie.*

Jako dietetyk zdobywała doświadczenie między innymi na Oddziale Nefrologicznym Wojskowego Instytutu Medycznego, gdzie opiekowała się pacjentami poddawanymi dializie. Od kilku lat współpracuje ze stowarzyszeniami zrzeszającymi osoby żyjące z wirusem HIV. Prowadzi wykłady i szkolenia z zakresu dietoprofilaktyki i dietoterapii dla osób na terapiach antyretrowirusowych.

kontra 

Redakcja:
Redaktor naczelna – Katarzyna Gajewska
Zastępca redaktor naczelnej – Iwona Kłapińska
Sekretarz redakcji – Maryla Rogalewicz
Wydawca:
Krajowe Centrum ds. AIDS

Adres redakcji:
ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa
tel. (+22) 331 77 77, fax (+22) 331 77 76
e-mail: kontra@aids.gov.pl
www.aids.gov.pl

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.