

W numerze:

Obchody Światowego Dnia AIDS

Maryla Rogalewicz

Str. 1-2

Rekomendacje dotyczące Zespołów ds. realizacji Krajowego Programu

Sylvia Sałgut-Krzemińska

Str. 3

Najciekawsze publikacje prasowe z ostatnich miesięcy

Małgorzata Olczyk

Str. 4

Zakażenie HIV u osób 50+

Alicja Wiercińska-Drapała

Str. 5-6

Najnowszy raport UNAIDS 2014

Iwona Wawer

Str. 7

Spotkanie dla osób żyjących z HIV/AIDS i ich bliskich

Magdalena Babińska-Sobolewska

Str. 8

Aspekty

Kampania *Jeden test. Dwa życia*[™]

Redakcja

Telefon Zaufania HIV/AIDS

(+22) 692 82 26; 801 888 448*

od pn. 09:00 do pt. 21:00**

*połączenie płatne tylko za pierwszą minutę

**z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy

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

Ósrodek Informacji o HIV/AIDS

(+22) 331 77 66

aids@aids.gov.pl

Poradnia Internetowa HIV/AIDS

www.aids.gov.pl

poradnia@aids.gov.pl

Obchody Światowego Dnia AIDS

W dniach 1–2 grudnia 2014 r. w ramach obchodów Światowego Dnia AIDS, odbyła się w Warszawie XXI Konferencja „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”. To forum konferencyjne pozwala na wymianę doświadczeń, uzyskanie aktualnych informacji i inspiruje do nowych inicjatyw w zakresie programów HIV/AIDS oraz umożliwia bezpośrednią dyskusję nad najbardziej aktualnymi tematami.

W corocznych konferencjach biorą udział osoby zainteresowane problematyką HIV/AIDS, praktycy i teoretycy, osoby żyjące z HIV, lekarze, przedstawiciele instytucji centralnych i samorządowych, reprezentanci organizacji pozarządowych i dziennikarze.

Jedną z ważniejszych, z punktu widzenia współuczestniczenia w realizacji i dofinansowaniu *Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS*, była debata inauguracyjna Konferencji – „HIV/AIDS w polityce społecznej – oczekiwania i możliwości”. Jej gośćmi byli dr Władysław Kosiniak-Kamysz – Minister Pracy i Polityki Społecznej oraz Krzysztof Więckiewicz – dyrektor Departamentu

Pożytku Publicznego, odpowiedzialny za tworzenie warunków dla rozwoju podmiotów prowadzących działalność pożytku publicznego. Moderatorami byli dr Anna Nowak z Wyższej Szkoły Integracji Europejskiej w Szczecinie i ks. dr Arkadiusz Nowak reprezentujący Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. W panelu uczestniczyła również Anna Marzec-Bogusławska, dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS oraz Donat Kuczewski, dyrektor Ośrodka EKO „Szkoła Życia” w Wandzinie. Zaproszeni goście dyskutowali nad możliwościami większego zaangażowania podmiotów podległych MPiPS w profilaktykę HIV/AIDS i wykorzystaniem w większym stopniu lokalnych ośrodków do wspólnych działań profilaktycznych.

Organizatorzy konferencji zadbali, aby program był różnorodny. Pod intrygującym tytułem „Kto wychowuje nasze dzieci?” odbyła się Sesja Warszawska, moderowana przez Włodzimierza Paszyńskiego, zastępcę prezydenta Miasta Stołecznego Warszawy. Paneliści – praktycy od lat realizujący programy profilaktyczne obejmujące młode osoby – dyskutowali o ich skuteczności oraz wzmocnieniu roli rodziców jako współodpowiedzialnych za ich



Zdj. A. Adamus

wychowanie. Tematem wiodącym kolejnej sesji była rola edukatora w prowadzeniu działań profilaktycznych, realizowana w taki sposób, aby w rezultacie przekonać odbiorcę, że problem dotyczy również jego osobiście. Odnosząc się do doświadczeń doradców z punktów konsultacyjno-diagnostycznych, gdzie anonimowo i bezpłatnie wykonuje się testy w kierunku HIV, próbowano odpowiedzieć na pytanie czy jest możliwa modyfikacja zachowań seksualnych narażających na zakażenie HIV.

Drugim bardzo ważnym problemem z punktu widzenia zdrowia publicznego w kontekście HIV/AIDS była poruszana na konferencji skuteczność prowadzenia działań profilaktycznych skierowanych do populacji mężczyzn mających seks z mężczyznami (MSM). Temu tematowi poświęcone były dwie sesje. Pierwsza prezentowała projekt „SIALON: Budowanie doświadczeń w integracji ukierunkowanych działań prewencyjnych i racjonalnego nadzoru epidemiologicznego nad HIV w grupie MSM”. Badanie to wykazało, że prevalencja HIV w środowisku MSM w Warszawie wynosi obecnie 8,2%. W związku z tym konieczne jest lepsze zrozumienie potrzeb MSM w kontekście profilaktyki HIV/AIDS/STIs i prowadzenie skuteczniejszych działań profilaktycznych oraz ich ewaluacja przez realizatorów programów. W czasie sesji dyskutowano również o zasadności i kosztach prowadzenia profilaktyki przedekspozycyjnej (PrEP).

W drugiej sesji poświęconej skutecznej profilaktyce w populacji MSM przedstawiono przykłady projektów prowadzonych w innych krajach: (Hiszpania – Katalonia i Norwegia). Ich cechą charakterystyczną było zapewnienie tej populacji kompleksowych usług profilaktyczno-pomocowo-medycznych w jednym miejscu. Gwarantowało to lepszą dostępność i popularność korzystania z ich oferty.

W tym roku gościem specjalnym uroczystej sesji z okazji Światowego Dnia AIDS była Pani prezydentowa Jolanta Kwaśniewska, która zawsze wspierała inicjatywy mogące poprawić jakość życia osób żyjących z HIV i chorych na AIDS.

Jest już tradycją, że w czasie tej sesji osoby, organizacje i firmy, które w sposób szczególnie wyróżniły się działaniami dla dobra osób zakażonych, bądź też wniosły istotny wkład w działania profilaktyczne w dziedzinie HIV/AIDS w Polsce, zostają wyróżnione „Czerwoną Kokardką”.



Zdj. A. Adamus

Do grona laureatów dołączyli:

KATEGORIA	Imię i nazwisko
Działania w środowisku medycznym	Dr n. med. Joanna Kubicka Przychodnia Profilaktyczno-Lecnicza, Warszawa
	Małgorzata Piekarska-Mankiewicz Terapeutka uzależnień, Wojewódzki Szpital Zakaźny, oddz. III, Warszawa
	Prof. nadzw. dr hab. n. med. Miłosz Parczewski Klinika Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Nabytych Niedoborów Immunologicznych, Szczecin
Działania w zakresie profilaktyki	Renata Opiela mgr pielęgniarstwa, Szczecin
	Izabela Rudy Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna, Szczecinek
	Agnieszka Górecka Fundacja Edukacji Społecznej, Warszawa
Działania instytucji rządowych, samorządowych	Małgorzata Nowobilaska-Stanios Ekspert Wojewódzki ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii Województwa Małopolskiego
	Dorota Stępień-Tluchowska Wydział Polityki Społecznej, Urząd Miasta w Gdańsku
Działania organizacji pozarządowych	Renata Glowacka Stowarzyszenie Wolontariuszy Wobec AIDS „Bądź z Nami”, Warszawa
	Paweł Woźniakowski Ośrodek Readaptacji EKO „Szkoła Życia” w Wandzinie
Działania sektora prywatnego	Marek Kąkol Właściciel Kompleksu wypoczynkowego Szarlota, woj. pomorskie

Wszystkim laureatom serdecznie gratulujemy!

Grudniowe konferencje są okazją do spotkań dla osób, które w ciągu roku współpracują ze sobą w różnych projektach profilaktycznych i wspierają się w swoich działaniach. Co roku z żalem żegnamy kogoś z tego grona. W ubiegłym roku zabrakło Krysi Sokołowskiej, założycielki Fundacji „Mały Książę”, a w tym - Pani dr Ewy Kopicz-Kamińskiej, wybitnego lekarza psychiatry. Pożegnaliśmy również Grażynę Budkę-Konieczny – wieloletnią przewodniczącą Społecznego Komitetu AIDS, współtwórczynię polskiego systemu poradnictwa okołotestowego. Jej pamięci poświęcona była sesja dotycząca problemów, z jakimi spotykają się doradcy pracujący w PKD.

W czasie konferencji Krajowe Centrum ds. AIDS zorganizowało stoisko z materiałami



Zdj. M. Planka

dotyczącymi HIV/AIDS, między innymi związanymi z kampanią informacyjną dla środowisk medycznych: *Znam rekomendacje Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS. Zalecam test na HIV oraz Jeden test. Dwa życia™*.

Maryla Rogalewicz

Rekomendacje dotyczące Zespołów ds. realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i zwalczania AIDS

Zgodnie z przepisami rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS (Dz. U. 2011 Nr 44, poz. 227) podmioty zobowiązane do realizacji Programu powołują, na czas obowiązywania Harmonogramu, Zespoły do spraw realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS.

Zespoły zostały powołane we wszystkich województwach. Koordynują działania wynikające z harmonogramów rocznych oraz współpracują w tym zakresie z Koordynatorem Programu, a także kreują i realizują politykę dotyczącą zapobiegania HIV/AIDS, podejmują inicjatywy w zakresie HIV/AIDS, z wykorzystaniem zasobów ludzkich i instytucjonalnych województwa.

Członkowie zespołów reprezentują instytucje, które mogą odgrywać ważną rolę w zapobieganiu HIV i AIDS. Dotyczy to przede wszystkim takich instytucji, jak: urzędy wojewódzkie, urzędy marszałkowskie, urzędy miast, państwowa inspekcja sanitarna, kuratoria oświaty, NFZ, instytucje medyczne, instytucje naukowe, służby specjalne (policja, straż graniczna) czy organizacje pozarządowe.

Krajowe Centrum ds. AIDS jest od kilku lat inicjatorem cyklicznych spotkań z przedstawicielami podmiotów zobowiązanych do realizacji zadań z zakresu HIV/AIDS (zgodnie z przepisami ww. rozporządzenia). Ostatnie spotkanie zostało opisane w poprzednim numerze *Kontry*. Podczas warsztatów, w których wzięli udział przedstawiciele Zespołów, wypracowano rekomendacje w zakresie funkcjonowania zespołów:

REKOMENDACJE

1. Zespół zostaje powołany w drodze uchwały bądź zarządzenia właściwego organu, na podstawie obowiązujących aktów prawnych.
2. Prace Zespołu przebiegają zgodnie z przyjętym regulaminem, który określa prawa i obowiązki członków Zespołu oraz sprawy formalne i organizacyjne.
3. Skład Zespołu cechuje interdyscyplinarność instytucji działających na terenie województwa, właściwych merytorycznie. W skład Zespołu, w szczególności, powinni wejść przedstawiciele środowisk medycznych, towarzystw naukowych, terenowej administracji rządowej, administracji samorządowej, państwowej inspekcji sanitarnej, edukacji, służb mundurowych, służb socjalnych, organizacji pozarządowych.
4. Zespół współpracuje w zakresie HIV/AIDS z ekspertami, lokalnymi mediami, organizacjami pozarządowymi i innymi podmiotami właściwymi merytorycznie.
5. Zespół zachęca i inspiruje przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego województwa do włączania się w realizację działań wynikających z rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS.
6. Zespół planuje działania na podstawie przeprowadzonej analizy potrzeb i zasobów województwa.
7. Zespół dokonuje analiz i ewaluacji prowadzonych działań w ramach Zespołu.
8. Rekomenduje się, by przedstawiciele podmiotów wchodzących w skład Zespołów uwzględnili w planach budżetowych reprezentowanych przez siebie instytucji/organizacji środki finansowe na realizowanie działań w zakresie profilaktyki HIV/AIDS.
9. Zespół, przy wykorzystaniu dostępnych kanałów informacyjnych, promuje swoje działania.
10. Na stronie internetowej podmiotu, przy którym powołano Zespół, znajduje się „zakładka” zawierająca informacje dotyczące Zespołu oraz działań podejmowanych przez Zespół na terenie województwa.

Sylvia Salgut-Krzemińska

Najciekawsze publikacje prasowe z ostatnich miesięcy

Nowy lek na HIV

W sierpniu 2013 r. Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (FDA), zatwierdziła lek Tivicay (dolutegravir), który hamuje zdolność HIV do namnażania i może być stosowany z istniejącymi lekami przeciwwirusowymi. Komisja Europejska wyraziła zgodę na dopuszczenie do obrotu preparatu Tivicay na terenie całej Unii Europejskiej.

Podstawą do wydania takiej decyzji były wyniki czterech randomizowanych badań klinicznych, które objęły 2 539 zakażonych HIV. Działania niepożądane związane z przyjmowaniem tego leku to bezsenność, ból głowy, poważne reakcje nadwrażliwości (uczulenie), nieprawidłowa czynność wątroby u osób ze współistniejącym zakażeniem wirusem zapalenia wątroby. W badaniu udokumentowano również problemy z funkcjonowaniem nerek. FDA nakazała wykonanie dodatkowych badań dotyczących oszacowania ryzyka stosowania leku.

*(Nowy lek na HIV,
„Gazeta Farmaceutyczna”
z dnia 01.09.2014 r.)*

Leki antyretrowirusowe redukują ryzyko zakażenia HIV u homoseksualnych mężczyzn

Dwa lata temu Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaleciła, aby homoseksualni mężczyźni, nie tylko ci zakażeni HIV, mieli dostęp do leków antyretrowirusowych. Z pilotażowych badań wynikało bowiem, że codzienne przyjmowanie pigułki Truvady znacząco, bo o 99% redukuje ryzyko zakażenia HIV. Badania iPrex przeprowadzono na dwuipółtysięcznej próbie seronegatywnych homoseksualnych mężczyzn.

Z badań iPrex wynika, że ci, którzy stosowali Truvadę, nie ryzykowali bardziej niż wcześniej. Nie zawsze też zrezygnowali całkowicie z prezerwatywy. Nie mieli objawów ubocznych.

W czerwcu WHO jeszcze dobitniej zaznaczyła, że Truvada powinna być szeroko dostępną metodą zapobiegania nowym zakażeniom, co nie zostało dobrze odebrane. Niektórzy interpretują to w ten sposób, że WHO chce, aby wszyscy homoseksualni mężczyźni brali leki. Aktywiści twierdzą również, że WHO chce w ten sposób zwiększyć zyski koncernów farmaceutycznych.

*(Jakub Janiszewski,
Rzykowny seks? To nie my,
„Gazeta Wyborcza (Tylko zdrowie)”
z dnia 24.09.2014 r.)*

Kontrowersje wokół domowego testu na HIV

W Wielkiej Brytanii wszedł do sprzedaży nowy test w kierunku HIV. Zakupiony w aptece i wykonany samemu w domu pozwala szybko stwierdzić, czy osoba jest zakażona. Jednak wokół tej niekonwencjonalnej formy samobadania pojawiło się sporo kontrowersji.

Szacuje się, że w Wielkiej Brytanii z HIV żyje 100 tys. osób, a co piąta nie wie, że jest zakażona. Aby zwiększyć wykrywalność HIV, wprowadzono domowy test. Kosztuje od 20 funtów wwyż, a zestaw można zamówić przez internet lub nabyć w aptece, wykonany w domu daje wynik w ciągu kilkunastu minut. Badanie w kierunku HIV przeprowadzone w domu rodzi jednak wiele wątpliwości.

*(Przemysław Potorski,
Kontrowersje wokół domowego
testu na HIV, www.openscotland.pl
z dnia 10.09.2014 r.)*

AIDS zbiera żniwo w Europie Wschodniej

W Europie Wschodniej i Azji Środkowej liczba zachorowań na AIDS dramatycznie wzrasta. Niewiele jej mieszkańców ma szansę na terapię antyretrowirusową. I choć do tej pory nie opracowano jesz-

cze skutecznego środka zapobiegającego zakażeniu HIV, to jednak dzięki nowocześniejszej terapii ARV można ograniczyć replikację wirusa i niemal zatrzymać rozwój choroby, dzięki czemu zakażony pacjent może normalnie funkcjonować. Leczenie ARV nie jest jednak szeroko dostępne w takich krajach, jak: Ukraina, Rosja, Mołdawia, Uzbekistan i Czeczenia. Według danych przedstawionych przez Michela Kazatchkine'a, przedstawiciela ONZ ds. HIV/AIDS na Europie Wschodnią i Azję Środkową, prawie 100 tys. osób umiera rocznie na AIDS w tym regionie. To wzrost o prawie 25% w porównaniu z rokiem 2005. Ma on związek ze wzrostem liczby osób przyjmujących dożylnie środki psychoaktywne.

W krajach Europy Wschodniej większość osób przyjmujących środki odurzające w iniekcji zakaża się też wirusem zapalenia wątroby typu C, a ryzyko zachorowania na lekooporną gruźlicę jest największe na świecie. Michel Kazatchkine stwierdza, że nie można w tym przypadku mówić już tylko o podwójnej epidemii, HIV i narkomanii, ale poczwórnej – HIV, narkomanii, gruźlicy i zapalenia wątroby. Według niego nie pokona się żadnej z nich, nie walcząc ze wszystkimi czterema jednocześnie. Przedstawiciel ONZ ds. HIV/AIDS uważa, że przyczyną wysokiej umieralności na AIDS w Europie Wschodniej jest to, że w większości krajów regionu czynnikami, które poważnie utrudniają postępy w walce z HIV są: brak odpowiedniej ochrony praw człowieka, brutalne siły porządkowe oraz zwyczajny brak woli politycznej do wprowadzania procedur zapobiegania rozprzestrzenianiu się HIV.

*(Tim Bouquet, Nie dać się HIV,
„Przegląd Readers Digest”
z dnia 01.10.2014 r.)*

Małgorzata Olczyk

Zakażenie HIV u osób 50+

Zakażenie HIV u osób powyżej 50. roku życia jest bardzo szybko narastającym problemem, zarówno w krajach rozwiniętych ekonomicznie, jak i w krajach o niższym poziomie rozwoju gospodarczego. Według CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) osoby powyżej 50. roku życia w populacji zakażonych HIV i osoby niezakażone powyżej 65. roku życia są traktowane jako *osoby starsze* (Rhee M. i wsp.)

Dane epidemiologiczne z ostatnich lat wykazują, że liczba osób żyjących z HIV, które przekroczyły 50. rok życia, stale się zwiększa dzięki powszechnie dostępnemu leczeniu antyretrowirusowemu. Narasta też problem nowych zakażeń HIV w tej populacji. Głównym czynnikiem ryzyka zakażenia HIV są kontakty seksualne, bardzo rzadko natomiast dochodzi do zakażenia podczas zażywania narkotyków drogą dożylną. Często droga zakażenia HIV jest nieznana.

Poważnym problemem dotyczącym tej populacji jest zbyt późne rozpoznawanie zakażenia HIV – w porównaniu z populacją młodszą. Spowodowane jest to znacznie mniejszą wiedzą osób starszych dotyczącą ryzyka zakażenia HIV, rzadszym wykonywaniem testów w kierunku HIV, zmniejszeniem czujności lekarzy nt. ryzyka zakażenia HIV w odniesieniu do pacjentów starszych, mylną diagnozą chorób charakterystycznych dla wieku, które są chorobami oportunistycznymi. Zakażenie HIV może powodować objawy choroby, które są traktowane jako udar, choroba Alzheimera, Parkinsona lub jako demencja starcza.

Leczenie i rokowanie

Wiek jest ważnym czynnikiem prognostycznym w przypadku zakażenia HIV – podobnie jak w przypadku wielu innych

chorób. Zarówno przed erą HAART (*Highly Active Antiretroviral Therapy*), jak i w erze powszechnego leczenia antyretrowirusowego, wiek osoby seropozytywnej jest niezależnym czynnikiem ryzyka progresji zakażenia w kierunku AIDS.

Wykazano to w badaniach klinicznych, choć osoby starsze rzadko są do nich włączane. W jednym z badań oceniających skuteczność pierwszej terapii antyretrowirusowej u 3 015 osób, z których 401 było powyżej 50. roku życia, wykazano, że w tej grupie chorych znacznie wolniej dochodziło do odbudowy układu immunologicznego, wyrażającej się wzrostem liczby limfocytów T CD4 – mimo lepszej skuteczności wirusologicznej. W grupie chorych poniżej 50. roku życia średni wzrost CD4 w czasie pierwszych sześciu miesięcy po włączeniu HAART wynosił 42,9 kom./ml/miesiąc, zaś w grupie chorych powyżej 50. roku życia 36,9 kom./ml/miesiąc. Gorszej odpowiedzi immunologicznej towarzyszyła szybsza progresja kliniczna zakażenia. Podczas pierwszych dwóch lat leczenia u 10,2% pacjentów powyżej 50. roku życia wystąpiły choroby definiujące AIDS, a w grupie osób młodszych – u 5%. Przeciwnie do odpowiedzi immunologicznej, w grupie osób starszych znacznie częściej uzyskuje się skuteczność wirusologiczną leczenia, co jest spowodowane znacznie lepszą adherencją (Garbar i wsp.).

Z powodu gorszej skuteczności immunologicznej większość towarzystw naukowych rekomenduje rozpoczynanie leczenia antyretrowirusowego u osób powyżej 50. roku życia niezależnie od liczby CD4.

Choroby towarzyszące a leczenie antyretrowirusowe

U osób starszych znacznie częściej występują choroby towarzyszące, takie jak

zespół metaboliczny, cukrzyca, nowotwory, dysfunkcja wątroby czy nerek. Szacuje się, że 80% osób zakażonych HIV w wieku powyżej 50 lat ma co najmniej jedną chorobę towarzyszącą. Najczęściej występują choroby układu sercowo-naczyniowego, np. nadciśnienie, choroba naczyń wieńcowych, udar. Poważnymi problemami są także cukrzyca, zaburzenia gospodarki lipidowej, choroba obturacyjna płuc oraz osteoporoza. Choroby te wymagają stosowania wielu leków. Osoby starsze często przyjmują od czterech do pięciu leków zapisanych na receptę i wiele innych leków sprzedawanych bez recepty. Leki antyretrowirusowe stanowią dodatkowy, istotny składnik codziennej terapii osoby starszej.

Dotychczas nie ustalono jednoznacznie, czy zakażenie HIV i leczenie HAART wpływają na starzenie się organizmu oraz na występowanie chorób charakterystycznych dla wieku starszego, ale na pewno istotne są interakcje lekowe występujące między lekami antyretrowirusowymi a innymi lekami. Z jednej strony interakcje lekowe wpływają na metabolizm leków antyretrowirusowych, a z drugiej – leki niezbędne w leczeniu chorób towarzyszących wchodzi w interakcje z lekami antyretrowirusowymi. Z tego powodu leczenie antyretrowirusowe jest znacznie trudniejsze u osób starszych w porównaniu z populacją młodszą. Dysfunkcje narządowe powodują wolniejszą eliminację leków antyretrowirusowych, a zmiana farmakokinetyki leków może być przyczyną zwiększonego ich stężenia w surowicy krwi, czego skutkiem mogą być nasilone działania niepożądane leków antyretrowirusowych.

Częstość występowania zdarzeń niepożądanych, metabolicznych lub nowych chorób współistniejących u pacjentów w wieku powyżej 50. roku życia w po-

Jeśli chcą Państwo zostać autorem ARTYKUŁU w Kontrze prosimy o kontakt mailowy na adres: kontra@ 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”

równaniu z grupą kontrolną w wieku 25–35 lat badali naukowcy z Włoch (Orlando i wsp.). Grupa badana i kontrolna była porównywalna w stopniu zaawansowania zakażenia HIV oraz w częstości występowania chorób towarzyszących. Wykazano, że odsetek pacjentów, u których wystąpiły nieprawidłowości w badaniach biochemicznych, takich jak stężenie trójglicerydów, cholesterolu całkowitego i kreatyniny, był istotnie wyższy w grupie pacjentów starszych. Tylko aktywność aminotransferazy alaninowej (ALT) w surowicy była wyższa w grupie kontrolnej w porównaniu z grupą badaną, jednak w grupie pacjentów starszych znacznie częściej występowały „ciężkie działania niepożądane” z aktywnością ALT >500 IU/ml. Ponadto wykazano, że wskaźnik nowo zdiagnozowanych chorób współistniejących, takich jak neuropatia, choroby układu krążenia i zaburzenia metaboliczne, był znacznie wyższy u pacjentów starszych. Autorzy ci sugerują, że wśród osób starszych zakażonych HIV występuje synergistyczny wpływ wieku oraz toksycznego działania leków antyretrowirusowych, który wpływa na przyspieszony proces starzenia się organizmu i pojawianie się chorób charakterystycznych dla wieku. W konsekwencji leczenie antyretrowirusowe u osób starszych jest znacznie trudniejsze i wymaga uwzględnienia wielu czynników, w tym zależnej od wieku farmakokinetyki leków ARV.

Aspekty psychosocjalne i zdrowie psychiczne

Osoby starsze, u których rozpoznano zakażenie HIV, borykają się z wieloma problemami zdrowotnymi i psychosocjalnymi, np. osłabieniem, zmęczeniem czy bezsennością. W tej grupie chorych

występuje także wiele nasilających się zmian psychologicznych, które mogą wpłynąć na sposób ich życia. Choroba cywilizacyjna, jaką jest depresja, znacznie częściej występuje u osób starszych, a jeszcze częściej – u starszych zakażonych HIV. Wszystkie te stany mają znaczący wpływ na codzienne funkcjonowanie osób w zaawansowanym wieku zakażonych HIV i chorych na AIDS.

Kolejnym poważnym problemem są zaburzenia neuropoznawcze, które mogą przybierać formę łagodnej i ciężkiej demencji spowodowanej HIV. Zaburzenia neuropoznawcze utrudniają przyswajanie informacji, zapamiętywanie, koncentrację, skupianie uwagi. Zaburzenia funkcji wykonawczych utrudniają codzienne funkcjonowanie oraz adherencję. Kolejnym problemem osób starszych, zwłaszcza tych zakażonych HIV, jest życie socjalne. Wsparcie socjalne jest więc kluczowym czynnikiem poprawy jakości życia i radzenia sobie z chorobą, szczególnie w tej grupie wiekowej. Osoby starsze częściej żyją samotnie i silniej odczuwają liczne trudy życia codziennego oraz otrzymują mniejsze wsparcie. Konsekwentnie, starsze osoby zakażone HIV lub chore na AIDS częściej doświadczają izolacji i wykluczenia.

Badania socjologiczne przeprowadzone w Nowym Jorku wykazały, że większość osób żyjących z HIV i AIDS powyżej 50. roku życia stwierdzało, że dostęp do opieki medycznej i socjalnej oraz jej wykorzystanie, były niewystarczające. 79% osób uznało, że ich potrzeby by były zaspokajane instrumentalnie, a 57% miało niezaspokojone potrzeby emocjonalne. Ponadto 40% osób miało trudności ze skorzystaniem z pomocy

w przeznaczonych do tego instytucjach. Wiele z nich nie mogło dotrzeć do informacji albo oceniało, że taka pomoc jest głównie nastawiona na osoby młode (Shippy i wsp.) Starsze osoby żyjące z HIV i AIDS jeszcze bardziej niechętnie, w porównaniu z młodszą populacją, ujawniają fakt zakażenia HIV swoim przyjaciółom i rodzinie w obawie przed stygmatyzacją i wykluczeniem. Programy wsparcia dla osób starszych zakażonych HIV są nieliczne. Samotność, lęk przed stygmatyzacją i zaburzenia neuropoznawcze znacznie utrudniają im życie, co bez wątpienia wpływa na adherencję i skuteczność leczenia HIV.

Podsumowanie

Leczenie antyretrowirusowe w zdecydowany sposób zmieniło oblicze epidemii AIDS. Mimo znacznych osiągnięć w tym zakresie wciąż wiele problemów pozostaje nierozwiązanych, inne z kolei ujawniają się wraz z czasem trwania ery HAART. Nierozwiązany problemem pozostaje nadal późna diagnostyka zakażenia HIV, co dotyczy zwłaszcza osób starszych, natomiast nowymi problemami są niepożądane działania leków antyretrowirusowych oraz przedwczesne starzenie się osób zakażonych HIV. Niezwykle ważne, ale trudne do wczesnego rozpoznania są zaburzenia neuropoznawcze, które we wczesnym okresie zakażenia mogą być dyskretne, zauważalne jedynie dla osób z najbliższego otoczenia. Kompleksowa opieka nad zakażonymi HIV i wsparcie socjalne są niezwykle istotne w terapii tych chorych.

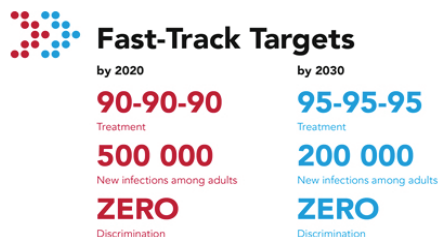
*Alicja Wiercińska-Drapała
Warszawski Uniwersytet Medyczny
Klinika Hepatologii i Nabytych
Niedoborów Immunologicznych*

Piśmiennictwo

- Rhee MS, Greenblatt DJ. Pharmacologic consideration for the use of antiretroviral agents in the elderly. *J Clin Pharmacol* 2008; 48:1212–25.
- Grabar i wsp. Immunological and clinical responses to highly active antiretroviral therapy over 50 years of age. Results from French Hospital Database on HIV. *AIDS* 2004; 18:2029–38.
- Orlando G, i wsp. Antiretroviral treatment and age-related comorbidities in a cohort of older HIV-infected patients. *HIV Med* 2006; 7: 549–57.
- Shippy R.A., Karpiak S.E. The aging HIV/AIDS population: Fragile social networks. 2005a.
- *Aging & Mental Health* 2005; 9: 246–54.
- Shippy, R.A., Karpiak, S.E. Perceptions of support among older adults with HIV.
- *Research on Aging* 2005;27; 290–306.

NAJNOWSZY RAPORT UNAIDS 2014

Przyspieszone działanie: zakończenie epidemii AIDS do 2030 roku – Fast-Track: ending the AIDS epidemic by 2030



Niedługo przed obchodami Światowego Dnia AIDS, 18 listopada na Uniwersytecie Kalifornijskim w Los Angeles (UCLA), Michel Sidibé dyrektor wykonawczy UNAIDS (Wspólnego Programu Narodów Zjednoczonych HIV i AIDS) ogłosił opublikowanie raportu dotyczącego aktualnych trendów epidemiologicznych oraz, mających z nimi ścisły związek, nowo podjętych zobowiązań. Tegoroczny dokument nosi obiecujący i ambitny tytuł: *Przyspieszone działanie: zakończenie epidemii AIDS do 2030 roku – Fast-Track: ending the AIDS epidemic by 2030*, ale już na jego drugiej stronie autorzy nie pozostawiają złudzeń co do czekających wyzwań oraz wciąż obecnych zagrożeń. Dotychczasowe osiągnięcia oraz wciąż nierozwiązane kwestie problematyczne podsumowano obrazowo i zwięźle:

Nagięliśmy trajektorię epidemii AIDS. Teraz mamy pięć lat na to, aby ją złamać, w przeciwnym razie ryzykujemy, że wzbudzi ona z jeszcze większą siłą.

Mając na uwadze powyższe, wypełnienie celu określonego w tytule raportu *Zakończenie epidemii AIDS do 2030 roku* wydaje się mało realne, jednak – jak tłumaczą autorzy dokumentu – dzięki jasno zdefiniowanym celom ogólnym osadzonym w ramach czasowych można osiągnąć powszechną mobilizację sił i środków niezbędnych do prowadzenia wymaganych inicjatyw.

Wiodące przesłanie raportu jest optymistyczne. Autorzy przekonują, że przyjęcie podejścia przyspieszonego działania (z ang. *fast-track*) umożliwi uniknięcie blisko 28 milionów przypadków nowych zakażeń HIV oraz 21 milionów zgonów z powodu AIDS do 2030 r., zaś poniesione z tytułu wdrażania niezbędnych inicjatyw koszty finansowe mają się zwrócić aż piętnastokrotnie! Panuje również przekonanie, że świat dysponuje odpowiednimi narzędziami, dzięki którym

możliwe będzie zakończenie epidemii AIDS. Narzędzia te to osiągnięcia naukowe oraz dotychczasowe doświadczenie zdobyte podczas ostatnich dziesięciu lat podejmowania działań na poziomie światowym.

Poza tym, programy HIV i AIDS są niesłychanie efektywne, gdy ich realizację umacnia się przez przyjęcie podejścia społecznego i strukturalnego; najnowsze badania pokazały, że tymi sposobami można ograniczyć o 1/3 rozprzestrzenianie się zakażeń wśród osób sprzedających usługi seksualne. Autorzy raportu przekonują, że zakażenia HIV nie znikną w nieodległej przyszłości jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki, jednakże dzięki mądrym inicjatywom będzie można zakończyć epidemię AIDS rozumianą jako globalne zagrożenie zdrowotne.

Światowe dane epidemiologiczne

Według szacunków UNAIDS, w 2013 r. na świecie żyło ok. 35 milionów osób seropozytywnych. Zarejestrowano ok. 2,1 miliona nowych zakażeń, o 38% mniej niż w 2001 r. Systematycznie spada także liczba zgonów z powodu AIDS. W 2013 r. zanotowano ich 1,5 miliona, czyli o 38% mniej niż w rekordowym 2005 r. Do czerwca 2014 r., około 13,6 miliona osób wymagających terapii antyretrowirusowej miało dostęp do leczenia, co pozwala prognozować, że w kolejnym roku ta liczba wzrośnie aż do 15 milionów osób. To wciąż daleko do wypełnienia najnowszych celów określanych w skrócie jako: 90-90-90. Szczególną uwagę należy zwrócić na uszczelnienie systemu zapewnienia leczenia dzieciom, gdyż kwestia ta jest ciągle zaniedbywana (w 2013 r. 38% potrzebujących dorosłych było objętych terapią antyretrowirusową, a tylko 24% dzieci). W pierwszej połowie 2014 r. liczba kobiet ciężarnych przyjmujących leki antyretrowirusowe wzrosła o 13% w porównaniu do pierwszej połowy roku poprzedniego. Niestety członkowie populacji kluczowych szczególnie narażeni na ryzyko zakażenia nie mogą na równi z innymi korzystać z najnowszych osiągnięć z obszaru profilaktyki i leczenia HIV i AIDS. Zaledwie w około 3/5 krajów wdrażane są programy redukcji szkód dla osób sprzedających usługi seksualne, w 88 krajach mniej niż

połowa mężczyzn mających seks z mężczyznami zna swój aktualny status serologiczny, w 50 krajach o swoim zakażeniu wie ponad połowa członków tej populacji. Większość państw nie oferuje opioidowej terapii substytucyjnej czy też dostępu do sterylnych igieł i strzykawek osobom przyjmującym środki odurzające w iniekcji.

Cele przyswiecające realizacji programu przyspieszonego działania

Nowe cele, których osiągnięcie planuje się do 2020 r., można w skrócie określić jako: 90-90-90. Oznacza to, że do 2020 r. 90% osób zakażonych HIV będzie znało swój status serologiczny; 90% tych osób będzie objętych terapią ARV; a 90% leczonych osób osiągnie supresję poziomu wirerii do takiego stopnia, że będą niezakaźne. Po raz pierwszy w historii osiągnięto konsensus w skali globalnej dotyczący realizacji wyżej wymienionych celów, zarówno w przypadku dzieci, jak i osób dorosłych, mężczyzn i kobiet, biednych i bogatych. Zgodzono się także, że w przypadku kobiet ciężarnych zamierzenia te powinny być jeszcze bardziej wyśrubowane, aby możliwie szybko nadrobić zaniedbania wobec najmłodszych.

Z uwagi na fakt, że wiele osób z populacji kluczowych przyznało, że w przeciągu ostatnich 12 miesięcy nie miało żadnej styczności z programami profilaktycznymi HIV, autorzy raportu przekonują, że należy znacząco zwiększyć (aż do punktu nasycenia) intensywność wdrażania działań typu „outreach” skierowanych do osób trans, sprzedających usługi seksualne, przyjmujących środki odurzające w iniekcji, a także mężczyzn mających seks z mężczyznami. Należy także wprowadzać terapie substytucyjne w zakładach penitencjarnych, a wszystkim prowadzonym inicjatywom musi przyswiecać idea absolutnego przestrzegania praw człowieka. Zaakceptować można jedynie zerowy poziom dyskryminacji.

Pełna wersja raportu dostępna jest na stronie internetowej UNAIDS: www.unaids.org

Iwona Wawer

Spotkanie dla osób żyjących z HIV/AIDS i ich bliskich

Za nami kolejne spotkanie dla osób żyjących z HIV/AIDS i ich bliskich, organizowane przez Stowarzyszenie Solidarni „PLUS” w Wandzinie. Dzięki wsparciu Krajowego Centrum ds. AIDS już po raz jedenasty mogliśmy wspólnie celebrować to wyjątkowe święto, skierowane zarówno do obecnych, jak i byłych pacjentów ośrodków stowarzyszenia, a także do ich krewnych oraz przyjaciół, którzy i tym razem nie zawiedli, pojawiając się na spotkaniu w liczonym gronie.

Głównym celem spotkania było niezmiennie wsparcie i integracja osób żyjących z HIV, chorych na AIDS oraz ich najbliższych, którzy poprzez wspólnie spędzony czas mają okazję wzmocnić istniejące między nimi więzi lub też podjąć próbę odbudowania relacji. Jednak owo wsparcie dotyczy nie tylko osób obecnie przebywających w ośrodkach stowarzyszenia, których kontakt z otoczeniem – rodziną, przyjaciółmi, czy ogółem społeczeństwem, pozostaje ograniczony, lecz także osób seropozytywnych, które po otrzymaniu pomocy rozpoczynają samodzielne funkcjonowanie na zewnątrz, poza ośrodkiem. Obie te grupy napotykają na różnego rodzaju bariery, doświadczając m.in. samotności, przejawów nietolerancji, braku zrozumienia, poczucia wyobcowania, a także wykluczenia poza ramy rodziny, a czasem nawet społeczeństwa. Szansą na poprawę tej sytuacji jest podejmowanie nieustannej debaty na temat HIV/AIDS, edukowanie oraz zaszczepianie w ludziach, już od najmłodszych lat, empatii oraz szacunku dla drugiej osoby. Jedną z inicjatyw realizowanych dla osiągnięcia powyższych celów jest spotkanie w Wandzinie, podczas którego zapewnia się wsparcie osobom seropozytywnym, umożliwiając im kontakt z bliskimi, podnosząc ich świadomość w zakresie dbania o własne



Warsztat dotyczący promowania pozytywnych postaw wobec osób żyjących z HIV/AIDS

zdrowie, ale również poszerza się wiedzę pozostałych uczestników na temat HIV/AIDS oraz promuje pozytywne wzorce, zarówno w kontekście walki ze stereotypami, jak i w odniesieniu do bezpieczniejszych zachowań seksualnych czy zdrowego stylu życia.

Program spotkania opierał się na trzech blokach tematycznych: edukacyjnym, rekreacyjnym oraz konsultacyjnym (dyżury specjalistów, w tym psychologa, fizjoterapeuty, pracownika socjalnego). Blok edukacyjny obejmuje warsztaty i wykłady poświęcone różnym zagadnieniom z zakresu HIV/AIDS, m.in. dbaniu o higienę i prawidłowe żywienie w kontekście życia z zakażeniem czy procesowi akceptacji własnej choroby. W tegorocznym programie pojawiły się również nowe elementy, będące odpowiedzią na aktualne zjawiska, m.in. wykład *Zerwij z paleniem. Negatywne skutki nałogu tytoniowego, a HIV/AIDS*, ukazujący konsekwencje, jakie pociąga za sobą palenie, zwłaszcza u osób seropozytywnych objętych leczeniem antyretrowirusowym. Kolejną nowością w programie spotkania był warsztat poświęcony rozwiązywaniu problemu agresji, obejmujący m.in. takie kwestie, jak rozwijanie własnych umiejętności społecznych, sposoby radzenia sobie z gniewem czy skuteczne techniki rozwiązywania konfliktów. Ponadto w ramach tegorocznego spotkania po raz pierwszy przygotowano warsztat skierowany bezpośrednio do młodzieży, którego tematem przewodnim było promowanie pozytywnych postaw wobec osób żyjących z HIV/AIDS. Warsztat ten miał na celu zachęcenie młodych ludzi do przyjmowania aktywnej postawy na rzecz walki ze stereotypami oraz do promowania tolerancji. Co istotne, nie był to jedyny element programu skierowany do

owej grupy, ponieważ w tym roku zainicjowano akcję „Aktywni młodzi”, zachęcającą do zaangażowania się w spotkanie, poprzez pomoc w organizowaniu wybranych atrakcji, np. marszobiegu o puchar prezesa stowarzyszenia czy konkursu plastycznego dla dzieci. Wydaje się, że pobudzanie młodych ludzi do działania na rzecz innych oraz przyjmowania aktywnej postawy jest elementem mogącym wzmocnić skuteczność działań, zmierzających do wyeliminowania przejawów nietolerancji wobec osób żyjących z HIV/AIDS, bowiem kształtując młodzież, możemy mieć nadzieję, że przyszłe pokolenie będzie miało w sobie coraz więcej otwartości i zrozumienia.

Poza edukacją, spotkanie rodzin niesie za sobą również integrację, której szczególnie sprzyja część sportowo-rekreacyjna, w tym roku poszerzona o nową konkurencję – rodzinną grę planszową w plenerze. Podczas zabawy uczestnicy dobrani w pary rywalizowali ze sobą, podążając po planszy i rozwiązując praktyczne oraz teoretyczne zadania z wiedzy na temat HIV/AIDS.

W tegorocznym spotkaniu w Wandzinie wzięło udział 347 osób, które spędziły ten czas aktywnie, dzieląc go nie tylko z najbliższymi, lecz także z innymi uczestnikami, często nowo poznanymi osobami. Jest to najlepszy dowód na skuteczność podobnych inicjatyw, które dają warunki do prawdziwej integracji i otwarcia się na drugiego człowieka.

Magdalena Babińska-Sobolewska
Ośrodek Readaptacji Stowarzyszenia
Solidarni „PLUS”
EKO „Szkoła Życia” w Wandzinie



Zmagania zawodników w trakcie rodzinnej gry planszowej



Uczestnicy spotkania podczas wykładu *Wiedza na temat HIV/AIDS*

kontra 

Redakcja
Redaktor naczelna – Iwona Gąsior
Zastępca redaktor naczelnej – Anna Kaczmarek
Sekretarz redakcji – Maryla Rogalewicz
Wydawca:
Krajowe Centrum ds. AIDS

Adres redakcji:
ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa
tel. (+22) 331 77 82, 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.

aspekty

Dodatek do Biuletynu Krajowego Centrum ds. AIDS

Nowa kampania Krajowego Centrum ds. AIDS pt.

Jeden test. Dwa życia. Zrób test na HIV. Dla siebie i swojego dziecka™

Krajowe Centrum ds. AIDS, agenda Ministra Zdrowia, 20 listopada 2014 r. rozpoczęło ogólnopolską kampanię edukacyjną pt. *Jeden test. Dwa życia. Zrób test na HIV. Dla siebie i swojego dziecka™*.

Zrób test
na HIV.
Dla siebie
i swojego
dziecka.



Z tej okazji zorganizowano konferencję prasową w Polskiej Agencji Prasowej, w której udział wzięli m.in.:

- **prof. dr hab. Mirosław Wielgoś** Konsultant krajowy w dziedzinie perinatologii,
- **prof. dr hab. Ewa Helwich** Konsultant krajowy w dziedzinie neonatologii,
- **prof. dr hab. Magdalena Marczyńska** Ordynator Oddziału XI pediatrycznego zakaźnego (Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie),
- **Ada Fijał** Ambasadorka kampanii *Jeden test. Dwa życia™*, aktorka,
- **Anna Marzec-Bogusławska** Dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS.

Spotkanie poprowadziła Pani **Małgorzata Wiśniewska**, dziennikarka TVP 2.

Przekaz tej kampanii społecznej kierowany jest do kobiet w wieku prokreacyjnym, które nie odnoszą ryzyka zakażenia HIV do siebie, a także do tych lekarzy ginekologów, którzy niechętnie kierują

swoje pacjentki na badania w kierunku HIV. Kampania przypomina, że lekarz ma obowiązek zaproponować pacjentce będącej w ciąży badanie w kierunku HIV. Test powinien zostać wykonany przed 10. tygodniem ciąży oraz między 33. a 37. tygodniem. Przekaz opiera się na *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem*, które określa poszczególne elementy opieki medycznej sprawowanej w zakładach opieki zdrowotnej, mającej na celu uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka. Również rekomendacje grupy ekspertów powołanych przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne w zakresie perinatalnej transmisji HIV zalecają, aby wszystkim kobietom ciężarnym proponować badanie w kierunku HIV podczas pierwszej wizyty u lekarza ginekologa-położnika.

Celem kampanii jest zmniejszenie liczby zakażeń HIV wśród nowo narodzonych dzieci oraz zwiększenie świadomości dotyczącej testowania w kierunku HIV wśród osób dorosłych. Wiele osób niesłusznie uważa, że problem HIV ich nie dotyczy, przez co o swoim zakażeniu dowiadują się zbyt późno, nawet w fazie AIDS. W naszym kraju rodzą się również dzieci zakażone tym groźnym wirusem. Można temu jednak zapobiec – wystarczy jedynie, żeby przyszła mama wykonała w czasie ciąży test w kierunku



ku HIV i poddała się odpowiedniemu leczeniu, gdyby jego wynik okazał się pozytywny. Dzięki wykonaniu badania diagnostycznego w kierunku HIV kobiety ratują nie tylko swoje życie, lecz także dają szansę na zdrowe życie swoim dzieciom.

W materiałach znalazła się też informacja, że nawet jeśli wynik testu przesiewowego, wykonanego u kobiety na początku ciąży jest dodatni, to nie musi oznaczać, że jest ona zakażona HIV. Należy wtedy wykonać test potwierdzenia. Dopiero wynik tego badania pozwala postawić diagnozę. Fałszywie dodatni wynik testu przesiewowego może być spowodowany ciążą, ostrymi infekcjami wirusowymi, szczepieniami, leczeniem immunosupresyjnym, chorobami autoimmunologicznymi i innymi chorobami.

Test na HIV powinna wykonać nie tylko przyszła mama, lecz także przyszły tata. Ojciec dziecka może wykonać test anonimowo, bezpłatnie i bez skierowania w jednym z punktów konsultacyjno-diagnostycznych (adresy punktów można znaleźć na stronie internetowej Krajowego Centrum ds. AIDS www.aids.gov.pl).

Krajowe Centrum ds. AIDS kieruje do kobiet planujących macierzyństwo i będących w ciąży oraz do lekarzy ginekologów działania informacyjno-edukacyjne na temat ryzyka wertykalnej transmisji HIV. Aby osiągnąć ten cel wykorzystuje następujące elementy kampanii:

- **ulotki skierowane do kobiet** informujące o celowości wykonania testu w kierunku HIV na etapie planowania ciąży i w trakcie jej trwania, a także o tym, że test na HIV powinna wykonać nie tylko przyszła mama, lecz także przyszły tata,
- **ulotki skierowane do ginekologów** zachęcające lekarzy do kierowania pacjentek na badanie diagnostyczne oraz przypominające o obowiązku odnotowania w dokumentacji pacjentki, że nie wyraziła ona zgody na wykonanie testu,

**JEDEN TEST
DWA ŻYCIA™**

Zrób test na HIV.
Dla siebie i swojego dziecka.



Zanim
zostaniesz
mamą
zrób wszystkie
zalecane
badania

Ulotka skierowana do kobiet

- **strona internetowa** <http://www.aids.gov.pl/kampanie/1test.2zycia/>
- **bannery internetowe,**
- **plakaty-kalendarze,**
- **billboardy.**

Kampania została objęta patronatem honorowym przez: Ministra Zdrowia, Głównego Inspektora Sanitarnego, Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS, Konsultanta krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz Konsultanta krajowego w dziedzinie perinatologii. Jednym z partnerów kampanii jest Fundacja Rodzic po Ludzku.

Projekt wsparły znane kobiety: Agnieszka Cegielska, Ada Fijał oraz Maria Seweryn.

Ada Fijał, ambasadorka kampanii, mówiła: *Mam wrażenie, że ludzie nie wykonują testów, bo HIV wciąż kojarzy im się jedynie z narkomanami czy rozwiązłością. Nic bardziej mylnego. Ten problem może dotyczyć każdego, kto choć raz w życiu uprawiał seks bez zabezpieczeń z partnerem, który nie zna swojego statusu serologicznego. Warto również pamiętać, że seks to nie jedyna droga zakażenia. Wirus przenosi się także przez krew oraz podczas ciąży, porodu lub karmienia*



Ada Fijał - ambasadorka kampanii

piersi. Szczególnie gorąco zachęcam do testowania kobiety w ciąży – w ten sposób mogą uchronić przed zakażeniem swoje dziecko. Badajmy się. To nie wstyd.

Z kolei Agnieszka Cegielska, zapytana o to, czy warto się testować, odpowiedziała: *Trzeba się testować! Dzięki takiemu testowi kobieta ratuje nie tylko swoje zdrowie i życie, lecz także życie dziecka. Sama je-*



Agnieszka Cegielska - wsparła kampanię Jeden test. Dwa życia™

stem mamą i zdrowie dziecka jest dla mnie najważniejsze. Najbardziej szokujące jest to, że w Polsce aż 50% zakażonych HIV nie wie o fakcie swojego zakażenia. A przecież wiadomo, że wirus to nie wyrok śmierci. Z HIV można żyć, a zakażona kobieta może urodzić zdrowe dziecko i w pełni cieszyć się macierzyństwem.

Maria Seweryn dodała natomiast, że *warto zrobić test, żeby być spokojnym i żeby móc ochronić bliskich. Miłość to też odpowiedzialność.*



Maria Seweryn - wsparła kampanię *Jeden test. Dwa życia™*

W dniach 1–3 października 2014 r. TNS przeprowadziło dla Krajowego Centrum ds. AIDS zogniskowane wywiady grupowe (FGI) na temat postaw kobiet w ciąży i planujących ciążę wobec testowania na HIV. Wyniki są zaskakujące.

Okazuje się, że w percepcji ciężarnych Polek osoby żyjące z HIV nie są zdolne do normalnego funkcjonowania. Według respondentek, osoba zakażona nie ma możliwości urodzenia zdrowego potomstwa. Wszystko to nieprawda, ale rezultaty tak silnie zakodowanych mi-

tów na temat HIV są oczywiste: kobiety w Polsce testują się rzadko, a wręcz zdarza się, że ignorują skierowanie na test. W efekcie rodzą się zakażone dzieci, a przecież mogłyby urodzić się zdrowe.

Wciąż aktualny jest stereotyp, że HIV dotyczy tylko określonych populacji. Według badanych kobiet, osoby zakażone to przede wszystkim narkomani, homoseksualiści, bezdomni, osoby świadczące płatne usługi seksualne oraz korzystający z tych usług, a więc głównie osoby naruszające tradycyjny i konwencjonalny ład społeczny. *HIV kojarzy mi się z narkomanami, jakieś strzykawki, brud, że wszyscy z jednej strzykawki. Tacy ludzie na skraju życia* – powiedziała jedna z badanych kobiet. *HIV to jest prostytutka, samo zło* – stwierdziła inna badana.

Wiele osób niesłusznie uważa, że problem HIV ich nie dotyczy, przez co o swoim zakażeniu dowiadują się zbyt późno, nawet w fazie AIDS. Albo rodzą zakażone dzieci. A przecież można temu zapobiec. Wystarczy, żeby przyszła mama wykonała w czasie ciąży test w kierunku HIV i poddała się odpowiedniemu leczeniu, gdyby jego wynik okazał się pozytywny. W ten sposób kobiety mogłyby uratować nie tylko swoje życie, lecz także dać szansę na zdrowe życie swoim dzieciom. HIV w Polsce przenosi się dziś głównie drogą kontaktów seksualnych. Warto o tym pamiętać – powiedziała Anna Marzec-Bogusławska, dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS, organizatora kampanii *Jeden Test. Dwa Życia™*.

Niestety badanie jasno pokazuje też, że o HIV i AIDS prawie w ogóle się u nas nie mówi. Tylko nieliczne uczestniczki przyznały, że rozmawiały kiedyś na ten temat z innymi osobami. Najczęściej był to partner, mąż, a rozmowa była nawiązaniem do wykonania testu na okoliczność ciąży. Dla wielu badanych wykonanie testu w kierunku HIV nadal wiąże się ze wstydem. Większość przyznaje, że do rozmowy z osobą trzecią na temat testów potrzebuje impulsu i kontekstu, np. ciekawego artykułu czy kampanii społecznej. *Ja nie poruszyłam tego tematu*

z nikim do tej pory, nawet z przyjaciółką, bo uważam, że to jest przerażający temat, nie chcę o tym myśleć i odsuwam to daleko – powiedziała jedna z badanych. W tej sytuacji trudno się dziwić, że niewiele kobiet pamięta o wykonaniu testu w ciąży lub tuż przed nią. Macierzyństwo utożsamiane jest przecież głównie z pozytywnymi emocjami. Uczestniczki badania starają się nie myśleć o ewentualnej chorobie swojej czy dziecka. A jeśli już, to biorą pod uwagę inne choroby: nowotwory, upośledzenia, wady serca. Nigdy HIV.

Piętno AIDS oraz ostracyzm wobec osób żyjących z HIV często generują negatywne emocje i skojarzenia wiążące się z wykonaniem testu w kierunku HIV. Nawet, jeśli jest on wykonywany w kontekście ciąży bądź planowania macierzyństwa, badanym trudno pogodzić się z myślą, że lekarz zaleca im badanie, które, ich zdaniem, dotyczy głównie osób z określonych populacji – powiedziała Anna Marzec-Bogusławska.

Ryzyko
Nieuleczalność
Strach
Choroba
Bezdzietność
Cierpienie
Śmierć
Niepewność
Izolacja
Wyrok
Wyobcowanie
Odporność
Wstyd
Odtrącenie
Samotność

Z przeprowadzonych badań wynika, że test na HIV zrobił tylko co 10 dorosły Polak. To o wiele za mało. Wśród testujących się osób zdecydowanie dominują mężczyźni, więc odsetek przebadanych kobiet jest jeszcze niższy. Główną barierą wydaje się przekonanie Polek, że problem zakażeń ich nie dotyczy, gdyż nie biorą narkotyków, nie sypiają z przypadkowymi mężczyznami lub od dłuższego czasu pozostają w stałym związku. Testów na HIV nie robią również kobiety, które pokładają dużą ufność w swoich partnerach. Nie dopuszczają do siebie myśli, że kiedykolwiek mogli oni dopuścić się zdrady, albo że przed rozpoczęciem aktualnego związku podejmowali ryzykowne zachowania seksualne. Jeszcze inną barierą w robieniu testów jest zwyczajny strach przed wynikiem – na tyle paraliżujący, że wolą go nie poznać.

Kampania *Jeden test. Dwa życia*TM stawia sobie za cel zmianę tych postaw i negatywnego podejścia do wykonywania testów.

Do badania fokusowego przeprowadzonego przez TNS Polska na zlecenie Krajowego Centrum ds. AIDS zaproszono respondentki z Warszawy i Katowic. Rozmowy przeprowadzono z kobietami w ciąży bądź planującymi macierzyństwo w ciągu najbliższych 12 miesięcy, które wykonały bądź będą chciały wykonać test w kierunku HIV, oraz które nie wykonały badania i nie zamierzają tego zrobić.

Kampania *Jeden test. Dwa życia. Zrób test na HIV. Dla siebie i swojego dziecka*TM powstała

z inspiracji hasłem i logotypem programu profilaktycznego pt. *One test. Two lives. Get tested for HIV. For you and baby*TM skierowanego do kobiet ciężarnych i ich lekarzy. Program był realizowany przez agencję rządu federalnego Stanów Zjednoczonych *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC). Krajowe Centrum ds. AIDS zwróciło się do niej z prośbą o możliwość wykorzystania hasła i logotypu, na co CDC wyraziło zgodę (stąd symbol TM w hasle). Informacje o kampanii *One test. Two lives*TM są dostępne na stronie www.cdc.gov/actagainstaids/campaigns/otll/index.html

Jeśli są Państwo zainteresowani bardziej szczegółowymi informacjami nt. kam-

panii *Jeden test. Dwa życia*TM, wersjami elektronicznymi logo i innych elementów kampanii lub otrzymaniem niniejszego materiału w wersji edytowalnej, prosimy o kontakt. Dodatkowych informacji udzielają: Iwona Gąsior, i.gasior@aids.gov.pl, 22 331 77 82 i Anna Kaczmarek, a.kaczmarek@aids.gov.pl, 22 331 77 81.

Zachęcamy do odwiedzenia strony internetowej kampanii i korzystania z elektronicznych wersji materiałów wydawniczych zamieszczonych na stronie www.aids.gov.pl. Krajowe Centrum ds. AIDS dysponuje również bezpłatnymi, drukowanymi wersjami publikacji.

Redakcja

JEDEN TEST DWA ŻYCIATM

Zrób test na HIV. Dla siebie i swojego dziecka.

STREFA DLA
Kobiet



STREFA DLA
LEKARZY
I PRACOWNIKÓW
MEDYCZNYCH



O KAMPANII



PORADNIA INTERNETOWA
HIV/AIDS



TELEFON ZAUFANIA



KONTAKT

Organizator:



Patronat honorowy:

- Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS
- Konsultant krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii
- Konsultant krajowy w dziedzinie perinatologii

Partner:



Strona kampanii *Jeden test. Dwa życia*TM

kontra

Redakcja

Redaktor naczelna – Iwona Gąsior
Zastępca redaktor naczelnej – Anna Kaczmarek
Sekretarz redakcji – Maryla Rogalewicz

Wydawca:

Krajowe Centrum ds. AIDS

Adres redakcji:

ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa
tel. (+22) 331 77 82, 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.