



Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS

W numerze:

HIV w dobie epidemii COVID-19

Str. 1-3

Magdalena Ruszkowska-Cieślak

Rozmowa z aktywistami z Niemiec, Portugalii i Grecji

Str. 3-6

Redakcja

Dziecko a HIV

Str. 6-7

Krajowe Centrum ds. AIDS

Aspekty

Wiedza i postawy studentów podkarpackich uczelni na temat HIV/AIDS

Maria Łukaszek, Uniwersytet Rzeszowski

Telefon Zaufania AIDS

(+22) 692 82 26; 800 888 448*
od pn. 09:00 do pt. 21:00**

*połączenie bezpłatne

**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

poradnia@aids.gov.pl

Więcej informacji

www.aids.gov.pl

facebook.com/kcaids

HIV w dobie epidemii COVID-19

CCOVID-19 to nazwa choroby układu oddechowego wywołanej przez wirus SARS*-CoV-2 (*SARS, ang. *severe acute respiratory syndrome* – ciężki ostry zespół oddechowy) – nowy szczep koronawirusa, który pojawił się w 2019 roku w Chinach. Wirus SARS-CoV-2 przenosi się drogą kropelkową. Najczęściej występujące objawy COVID-19 to: gorączka, kaszel, duszności, którym mogą towarzyszyć bóle mięśni i zmęczenie. Do tej pory nie wynaleziono ani skutecznego leku, ani bezpiecznej szczepionki na COVID-19, więc leczenie pozostaje wyłącznie objawowe. W 80% przypadków choroba przebiega łagodnie. Ciężki przebieg obserwuje się u ok. 15–20% pacjentów. Do zgonów dochodzi u 2–3% osób chorych. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) szacuje, że śmiertelność (poza Chinami) wynosi 0,7%.

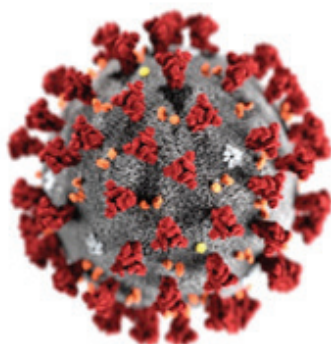
Nazwa koronawirus pochodzi od otoczki przypominającej koronę, która widoczna jest wokół wirionów w obserwacji w mikroskopie elektronowym.

Czy osoby HIV+ są bardziej narażone na zakażenie wirusem SARS-CoV-2 powodującym COVID-19?

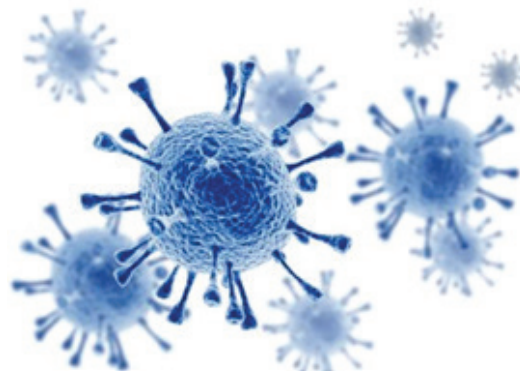
Aktualnie brak jest dowodów na to, że ryzyko zakażenia wirusem powodują-

cym COVID-19, a w następstwie wystąpienie zagrażających życiu powikłań jest odmienne u osób HIV+ (klinicznie i immunologicznie ustabilizowanych, stosujących terapię ARV) niż u osób seronegatywnych. Warto nadmienić, że podczas poprzednich epidemii SARS i MERS (*Middle East Respiratory Syndrome* – bliskowschodni zespół oddechowy) odnotowano tylko kilka łagodnych przypadków zakażeń wśród osób żyjących z HIV. Osoby HIV+ i chore na COVID-19 mają pomyślne rokowania co do przypuszczalności przebiegu choroby, zatem zaleca się, aby były one leczone w taki sam sposób, jak pacjenci z populacji ogólnej chore na COVID-19.

Obecnie dostępny jest tylko jeden opis przypadku osoby żyjącej z HIV, która zachorowała na COVID-19 i szczęśliwie wyzdrowiała oraz nieduże badanie przeprowadzone na terenie Chin, dotyczące czynników ryzyka i efektywności leków antyretrowirusowych stosowanych wobec osób HIV+ i chorych na COVID-19. W badaniu tym odnotowano podobne wskaźniki zachorowań na COVID-19 osób HIV+ w porównaniu z ogółem populacji. Zaobserwowano także, że ryzyko wystąpienia ciężkich powikłań, w tym zgonu, zwiększa się wraz z wiekiem pacjenta, jednakże nie jest bezpośrednio



SARS-CoV-2



HIV

powiązane z niską liczbą komórek CD4 w jego organizmie, wysokim poziomem wirusa we krwi czy z przyjmowanym schematem leczenia ARV. Z innych dostępnych danych klinicznych wynika, że główne czynniki ryzyka zgonu z powodu powikłań COVID-19 pozostają w ścisłej korelacji z elementami nie mającymi bezpośredniego związku z zakażeniem HIV, czyli z podeszłym wiekiem pacjenta, nalogowym paleniem oraz występowaniem takich chorób współistniejących, jak: problemy sercowo-naczyniowe, cukrzyca, przewlekłe choroby układu oddechowego czy nadciśnienie. Należy jednakże pamiętać, że nowa postać koronawirusa z Wuhan jest nieprzewidywalna, może być śmiertelnie niebezpieczna także dla zupełnie zdrowych, młodych osób, wywołując u nich niewydolność oddechową czy udar.

U osób żyjących z HIV oraz jednocześnie:

- będących na zaawansowanym etapie zakażenia,
- z niskim poziomem liczby komórek CD4 (<200 kopii/mm³) oraz
- posiadających duże stężenie kopii wirusa we krwi,
- nieobjętych terapią antyretrowirusową, z uwagi na obniżenie odporności wywołane HIV – występuje zwiększone ryzyko zakażenia wirusem SARS-CoV-2 powodującym chorobę COVID-19, a w następstwie niebezpieczeństwo pojawienia się poważnych powikłań, które mogą prowadzić do śmierci pacjenta. Na razie nie potwierdzono wpływu supresji wirusa w organizmie osoby zakażonej HIV przy pomocy terapii ARV na stopień ryzyka zachorowania przez nią na COVID-19. W związku z tym, **do czasu ostatecznego wyjaśnienia tej kwestii, nawet pacjenci z niewykrywalnym poziomem HIV we krwi regularnie przyjmujący leki antyretrowirusowe powinni stosować dodatkowe środki ostrożności rekomendowane dla wszystkich osób HIV+, także dla tych znajdujących się w zaawansowanym stadium zakażenia i dla tych pozostających poza systemem ochrony zdrowia i nieobjętych terapią ARV.**

W celu uniknięcia zachorowania na COVID-19, osobom HIV+ zaleca się stosowanie takich samych środków ostrożno-

ści jak osobom z populacji ogólnej, czyli: częste i dokładne mycie rąk mydłem lub dezynfekowanie ich specjalnymi środkami, zachowanie dystansu społecznego, noszenie maseczki, unikanie dotykania twarzy i oczu, a w przypadku wystąpienia objawów COVID-19 – telefoniczne powiadomienie odpowiednich służb medycznych, przestrzeganie kwarantanny, stosowanie się do wymogów lokalnych przepisów sanitarnych. Wizyty lekarskie związane z zakażeniem HIV u pacjentów o stabilnym stanie zdrowia (przyjmujących regularnie leki ARV i u których poziom wirusa we krwi jest niewykrywalny) należy ograniczyć do niezbędnego minimum, ewentualnie zaleca się korzystanie z porad w trybie zdalnym. Osoby, u których planowana jest zmiana schematu leczenia, powinny rozważyć przesunięcie tej decyzji do momentu, gdy w sposób w pełni bezpieczny będzie można odbywać wizyty lekarskie i wykonywać niezbędne badania kontrolne.

Dodatkowo, osoby HIV+ przyjmujące na stałe leki antyretrowirusowe powinny zabezpieczyć sobie ich zapas na co najmniej 30 dni, a najlepiej na dłuższy okres, oraz posiadać aktualną kartę szczepień (przeciw grypie i pneumokokom). W wymaganych przypadkach osoby zakażone HIV powinny mieć także do swojej dyspozycji leki na zakażenia współistniejące, a osobom uzależnionym należy umożliwić dostęp do środków redukcji szkód, w szczególności do metadonu.

Do tej pory nie udowodniono skuteczności jakiegokolwiek leku na COVID-19. Prowadzone są w tym kierunku badania, z wykorzystaniem preparatów z grupy ARV. Jednakże pacjenci HIV+ nie powinni zmieniać schematów leczenia ani przyjmować leków antyretrowirusowych dopuszczonych do badań klinicznych mających na celu zwalczanie COVID-19 w celu zapobiegania lub leczenia zakażenia SARS-CoV-2. Nie udowodniono także skuteczności PrEP (terapii przedeksperymentalnej) na profilaktykę zakażenia nowym koronawirusem z Wuhan.

Problemem do rozwiązania w kontekście pandemii SARS-CoV-2 jest kwestia kontynuacji testowania w kierunku HIV.

Niestety już od wielu tygodni w licznych miejscach na świecie dostęp do tradycyjnych punktów testowania został znacznie ograniczony lub bezterminowo zawieszony z uwagi na nieunikniony bezpośredni kontakt specjalisty od spraw zdrowia z klientem. Mając jednak na uwadze korzyści wynikające z postawienia wczesnej diagnozy zakażenia HIV oraz szybkiego włączenia pacjenta do systemu ochrony zdrowia oraz objęcie go terapią ARV, nadal zachęca się wszystkich zainteresowanych do poddawania się testowaniu w sposób zgodny z nowymi lokalnymi przepisami sanitarnymi, wdrożonymi na czas epidemii. W szczególności, obecnie testowanie członków określonej społeczności (mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami, osób przyjmujących środki psychoaktywne drogą iniekcji, etc.) powinno być kontynuowane, a jeśli to niemożliwe, powinno ulec jedynie czasowemu zawieszeniu.

Źródło: AIDSinfo (dane z dnia 21 kwietnia 2020). Więcej informacji dotyczących COVID-19 kierowanych bezpośrednio do osób żyjących z HIV można znaleźć w specjalnie przygotowanej publikacji (w języku angielskim) pt. "Interim Guidance for COVID-19 and Persons with HIV"

<https://aidsinfo.nih.gov/guidelines/html/8/covid-19-and-persons-with-hiv--interim-guidance-/554/interim-guidance-for-covid-19-and-persons-with-hiv>

Co z 23. Międzynarodową Konferencją AIDS w warunkach pandemii?

IAS to największe na świecie stowarzyszenie specjalistów zajmujących się tematyką HIV i AIDS założone w 1988 roku i zrzeszające członków z ponad 180 krajów. Głównym zadaniem IAS jest promowanie i podejmowanie działań prowadzących do ograniczania epidemii HIV oraz minimalizowania jej wielorakich skutków. Organizowana przez IAS z wielkim rozmachem co dwa lata Międzynarodowa Konferencja AIDS dedykowana wyłącznie tematyce HIV/AIDS oraz infekcjom powiązanim, obejmuje całokształt problematyki medycznej i społecznej. Konferencja ma charakter edukacyjny, łączy wyniki badań naukowców z praktycznym doświadczeniem

aktywistów pracujących na rzecz społeczności osób HIV+. Poprzednia, 22. Międzynarodowa Konferencja AIDS (AIDS 2018), która odbyła się w Amsterdamie, zgromadziła ponad 16 000 uczestników: osób HIV+, działaczy, przedstawicieli rządów, naukowców, decydentów i sponsorów. Specjalną, ogromną przestrzeń, nazwaną *Global Village*, oddano we władanie młodzieży. To tam organizacje pozarządowe z całego świata miały okazję do zaprezentowania swojej działalności prowadzonej na rzecz ograniczania zakażeń HIV i zwalczania AIDS. Niestety w dobie pandemii COVID-19 zebranie tak ogromnej rzeszy ludzi na ograniczonej przestrzeni stało się niemożliwe. Dlatego też, mając na względzie zdrowie i dobrostan uczestników Konferencji AIDS 2020, która w lecie miała się odbyć w San Francisco i Oakland, IAS podjął decyzję o przeniesieniu tego wydarzenia do przestrzeni wirtualnej. Jest to podejście bez precedensu, niosące za sobą nowe wyzwania, jednakże umożliwiające wszystkim zainteresowanym bezpieczne wzięcie udziału w sesjach z dowolnego miejsca na świecie. Datę konferencji wirtualnej pozostawiono bez zmian, odbędzie się ona zgodnie z planem, w dniach od 6 do 10 lipca 2020.

Oświadczenie wydane przez organizatora konferencji przygotowane po konsultacjach z ekspertami ze Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), Europejskiego



Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), Centrów Kontroli i Prewencji Chorób (CDC) oraz z innymi autorytetami z obszaru zdrowia:

Bardzo dobrze zdajemy sobie sprawę z tego, że nie ma jeszcze twardych danych mówiących o tym, czy osoby HIV+ są bardziej podatne na zachorowanie na COVID-19 od ogółu społeczeństw. Jednak naszym zadaniem statutowym jest zmniejszanie jakiegokolwiek ryzyka zdrowotnego społeczności osób żyjących z HIV.

Wielu specjalistów z całego świata, którzy planowali wziąć udział w konferencji AIDS 2020, walczy obecnie na pierwszej linii frontu z pandemią COVID-19. Nie możemy narażać żadnej z tych osób – ani

członków społeczności, w których żyją na co dzień – na ryzyko zachorowania na COVID-19, nie możemy też w tak trudnym czasie przekierowywać potencjału i energii tych ludzi na inne zadania niż walka z pandemią koronawirusa.

Wciąż nie wiadomo, jak będzie rozwijała się trajektoria pandemii COVID-19, w związku z czym nie można z pełną odpowiedzialnością stwierdzić, kiedy urzeczywistni się idea zorganizowania konferencji na tradycyjnych zasadach, w sposób bezpieczny dla wszystkich osób nią zainteresowanych.

Więcej informacji można znaleźć na stronie konferencji: <https://www.aids2020.org/>

Magdalena Ruszkowska-Cieślak

Rozmowa na temat pandemii COVID-19 z aktywistami działającymi w obszarze HIV/AIDS z Niemiec, Portugalii i Grecji.

Redakcja „Kontry”: *Dzień dobry! Zgodnie z obecnymi zasadami, zachowując dystans społeczny setek i tysięcy kilometrów jakie dzielą nas od Berlina, Lizbony i Aten, rozmawiamy na temat pandemii COVID-19 z trzema aktywistami z tych miast, na co dzień pracującymi na rzecz ograniczania epidemii HIV. Czy możecie, Panowie powiedzieć coś o sobie?*

Matthias: Dzień dobry, nazywam się Matthias, pochodzę z Niemiec, mam 51 lat, a od 10 lat żyję z HIV. Obecnie pracuję jako krajowy koordynator osób HIV+ dla pro-

jektu Stigma Index 2.0. Udzielam się także w europejskiej sieci Cobatest, gdzie upowszechniamy testowanie kierowane do członków takich społeczności jak: mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami, osoby sprzedające usługi seksualne, etc. Wcześniej koordynowałem wdrażanie programu szkoleniowego ESTICOM na terenie Europy, pracując także z kolegami z Polski! Bardzo miło tę współpracę wspominam!

Ricardo: Teraz kolej na mnie. Nazywam się Ricardo Fernandes, mieszkam w Liz-

bonie, jestem Dyrektorem Wykonawczym powstałej w 2001 roku organizacji pozarządowej GAT – Portuguese Treatment Advocates Group. Organizacja ta działa na rzecz wprowadzania zmian prawnych i politycznych tak, aby osoby HIV+ lub narażone na ryzyko zakażenia mogły cieszyć się lepszym zdrowiem, korzystać z szerokiego wachlarza przynależnych im praw oraz uzyskać wyższy poziom jakości życia. W lizbońskiej dzielnicy Mouraria GAT prowadzi punkt testowania – checkpoint – kierujący swe świadczenia przede wszystkim do osób przyjmujących środki

odurzające w iniekcji. Ja w GAT zajmuję się opracowywaniem strategii zdrowia i obroną praw osób HIV+, pracuję również w obszarze walki z zwz, gruźlicą i zakażeniami przenoszonymi drogą płciową, ze szczególnym uwzględnieniem populacji szczególnie narażonych na te zakażenia.

George: Ja nazywam się George Papageorgiou i zarządzam działem Rzecznictwa i Komunikacji greckiej organizacji pozarządowej Positive Voice. Naszą misją jest obrona praw osób żyjących z HIV oraz walka z epidemią na przekór ograniczeniom społecznym i ekonomicznym.

Redakcja: *Jak wygląda epidemia COVID-19 w Waszych krajach?*

Matthias: Na to pytanie nie ma prostej odpowiedzi. Niemcy to duży kraj związkowy, który w różnym stopniu został zaatakowany przez koronawirusa. Oczywiście, życie wszystkich zmieniło się na niekorzyść. Mamy przymusową izolację społeczną, nie możemy spotykać się z nikim poza domownikami, a jeśli już trzeba wyjść na zewnątrz to przy zachowaniu odległości 1,5 – 2 metrów od siebie. Z drugiej jednak strony, Niemcy mają szczęście, że epidemia nie dotknęła nas aż tak bardzo i nie notuje się tu katastrofalnie dużej liczby zgonów. Nasz system zdrowia jest wydolny i działa sprawnie. Wygląda też na to, że życie codzienne wkrótce powoli zacznie wracać na dawne tory. Tzw. odmrażanie będzie przebiegać różnie w zależności od landu. Jeszcze długo będziemy odczuwać negatywne skutki koronawirusa, ale mam nadzieję, że uda nam się zachować równowagę pomiędzy dobrem społecznym, gospodarczym, a zdrowotnym (tak fizycznym, jak i psychicznym).

Ricardo: Z niepokojem i smutkiem obserwujemy to, co dzieje się za naszą wschodnią granicą z Hiszpanią, na szczęście ten scenariusz się u nas nie rozwinął. Do Portugalii epidemia dotarła trzy tygodnie po tym, jak uderzyła we Włochy i ok. 10 dni po tym, gdy dotarła do Hiszpanii. Dało nam to więcej czasu na przygotowanie się, na przykład na włączenie do bieżących działań profilaktycznych lekarzy pierwszego kontaktu. Dodatkowo, społeczeństwo portugalskie wykazało się samodyscypliną

i rzetelnie przestrzegało i przestrzega zaleceń. Podjęto też odważne i nowatorskie działania. Decyzją rządu wszyscy migranci oraz uchodźcy, którzy w jakikolwiek sposób rozpoczęli starania o pobyt stały, otrzymali pełnię praw po to, aby zapewnić im dostęp do ubezpieczenia społecznego oraz do opieki zdrowotnej. Zwolniono też niektórych osadzonych z zakładów penitencjarnych, tych z lepszymi wyrokami. Rozwój epidemii COVID-19 jest nieprzewidywalny, za wcześniej na ogłaszanie sukcesu, jednakże u nas, w Portugalii najgorsze scenariusze nie sprawdziły się.

George: U nas w Grecji na szczęście sytuacja nie wygląda źle, a to dzięki temu, że już na samym początku pandemii rząd wydał radykalne nakazy sanitarne. 10 marca 2020 zamknięto szkoły i uniwersytety, a należy pamiętać, że mieliśmy wtedy zaledwie 90 potwierdzonych przypadków zakażeń koronawirusem. Trzy dni później na terenie kraju zamknięto kawiarnie, restauracje oraz atrakcje turystyczne. To zadziałało, gdyż ostatnio w Grecji notuje się zaledwie kilkanaście nowych przypadków zakażeń dziennie.

Redakcja: *Czy pandemia COVID-19 w jakiś sposób zmieniła życie osób HIV+ w Waszych krajach?*

Matthias: W czasach nowej pandemii osoby żyjące z HIV reagują różnie, tak jak to się dzieje wśród osób zdrowych. Niektórzy wydają się być pełni spokoju wewnętrznego, korzystają z tego, że życie zwolniło, inni stali się bardziej lękliwi i nerwowi. Ale największą zmianę dla zdecydowanej większości przyniósł nakaz zachowania dystansu społecznego i akcja #zostań w domu. Nasza społeczność osób zakażonych jest bardzo żywotna, wręcz kipi energią, tworzymy wiele podgrup społecznych, łączą nas silne więzi przyjacielskie, wspólnie uczestniczymy w warsztatach, szkoleniach, różnych wydarzeniach i aktywnościach. Z powodu pandemii wszystko to nagle znikło, posunięto się nawet do zawieszenia lub ograniczenia działalności ośrodków udzielających wsparcia osobom HIV+. Nie wstrzymano wprawdzie wydawania leków ARV, ale podczas ostatnich tygodni lekarze byli tak skoncentrowani na COVID-19, że wszystkim pacjentom, którzy nie byli

w stanie zagrożenia życia wręcz odradzano pojawianie się na konsultacjach lekarskich. Nastąpiła tzw. nowa „dziwna” normalność, do której trzeba się przyzwyczaić. Jedni znoszą to lepiej, drudzy gorzej. Izolacja i samotność, nawet w czasach bez pandemii, to największe bóle większości osób HIV+, mogące grozić załamaniem nerwowym i depresją. Niestety widać, że w czasach pandemii COVID-19 nasila się poziom stygmatyzacji i dyskryminacji. U nas te zjawiska dotyczą w sposób szczególny migrantów i/lub osoby o innym kolorze skóry. Obawiam się także, że przygotowywane zapisy prawa dotyczące chorób zakaźnych, tworzone z uwagi na COVID-19, mogą mieć negatywne konsekwencje dla osób żyjących z HIV. Jeżeli prawo to zostanie ustanowione w swojej obecnej (jeszcze roboczej) formie, to pozwoli przedsiębiorcom na pytanie pracowników o ich status serologiczny, nie tylko w kontekście koronawirusa, ale również innych zakażeń, w tym HIV. Zniweczyłoby to nasze dotychczasowe osiągnięcia jako aktywistów działających na rzecz obrony praw osób zakażonych. Już teraz musimy podejmować wysiłki, aby po zakończeniu pandemii COVID-19 te szkodliwe zapisy, o ile zostaną uchwalone, w całości wycofać.

Ricardo: W Portugalii restrykcje reżimu sanitarnego związane z pandemią dotknęły wszystkich, ale tak jak mówił Matthias, szczególnie bolesna jest izolacja osób, które i tak bardziej niż inne doświadczają odrzucenia społecznego z powodu choroby czy uzależnienia. Ale nie trzeba być zakażonym HIV, aby dotkliwie przeżywać tę wymuszoną izolację. Na przykład rzuca się w oczy trudna sytuacja osób starszych, dla których centrum życia społecznego stanowił na przykład kościół – teraz gdy nie można się tam gromadzić, poczucie odosobnienia już i tak obecne, bo związane z podeszłym wiekiem, niepełnosprawnością, a teraz dodatkowo z zamknięciem ośrodków życia społecznego, może powodować problemy zdrowia psychicznego. Wracając do osób HIV+, to na początku pandemii mieliśmy problemy z zaopatrzeniem w leki dla osób przewlekle chorych, teraz sytuacja lekowa, w tym ARV, na szczęście wróciła do normy.

George: Tak, pandemia koronawirusa zmieniła życie osób HIV+ głównie na nie-

korzyść. Podam przykład: każdego roku nasza organizacja Positive Voice udziela wsparcia w ramach edukacji równieśniczej (*peer-to-peer*) ponad 1 200 osobom żyjącym z HIV, ich bliskim i znajomym. Z powodu pandemii, od 15 marca 2020 działanie programu zostało zawieszono, z naszymi podopiecznymi możemy się komunikować tylko zdalnie, co znacznie obniżyło jakość tego kontaktu. Nasze wysiłki koncentrują się teraz tylko na utrzymaniu podstawowych kwestii. Staramy się, aby osoby HIV+ miały pełen dostęp do leczenia ARV oraz mogły monitorować stan zdrowia, jak również otrzymać wsparcie dotyczące zdrowia psychicznego. To arcyważna kwestia, gdyż izolacja i przymusowe długotrwałe przebywanie w domu mogą prowadzić do kryzysu emocjonalnego i tak też się dzieje. My, aktywiści widzimy, że większość osób HIV+ mieszkających w Grecji źle znosi ten stan nerwowości. Dobra wiadomość jest taka, że nasza organizacja szybko wdrożyła procedury udzielania wsparcia emocjonalnego oraz przekazywania rzetelnych informacji dotyczących COVID-19 naszym podopiecznym. Dostrzegamy też zmiany na lepsze, wymuszone przez stan nadzwyczajny, w jakim się znaleźliśmy. Nasz rząd, a w szczególności resort zdrowia, nałożył surowe obostrzenia mające przeciwdziałać przeludnieniu w szpitalach. Lekarze zostali poinstruowani, aby recepty, wystawiane pacjentom cierpiącym na choroby przewlekłe (w tym HIV/AIDS) miały dłuższy okres ważności, po to, aby ograniczyć kontakty międzyludzkie na terenie placówek służby zdrowia, obniżyć poziomu lęku u pacjentów wymagających długotrwałego leczenia, odciążać pracowników medycznych oraz obniżyć wydatki.

Redakcja: *Czy epidemię HIV i pandemię COVID-19 można jakoś do siebie porównać?*

Matthias: Myślę, że można znaleźć między nimi wiele podobieństw. SARS-CoV-2 to nowy wirus, ogół społeczeństwa, decydenci oraz naukowcy wiedzą o nim za mało, aby móc opracowywać jasne strategie walki, co powoduje nerwowość, a ta z kolei prowadzi do chaotycznego wdrażania nielogicznych działań, przy-

czynia się do rozwoju stygmatyzacji, dyskryminacji i produkowania fałszywych informacji. Tworzone naprędce, wedle konserwatywnego sposobu myślenia strategie zwalczania koronawirusa wyglądają jak wyciągnięte z lamusa. Daleko im do nowoczesnego podejścia, na przykład stygmatyzuje się pacjentów o odmiennych potrzebach zdrowotnych. Celem nadrzędnym dla decydentów wydaje się być utrzymanie dobrego poziomu zdrowia fizycznego naszego społeczeństwa, ale zapomina się, że zdrowie psychiczne jest równie istotne. Takie przykłady podobieństw można mnożyć w nieskończoność. Dla mnie jednak najważniejsza jest następująca kwestia: jak wykorzystać doświadczenie 40 lat walki z HIV do walki z COVID-19, oraz jakimi kanałami komunikacyjnymi te dobre praktyki przekazać społeczeństwu, abyśmy ograniczenie epidemii koronawirusa mogli przetrwać w możliwie łagodny sposób. Moim zdaniem, doświadczenie i wiedza osób HIV+ byłyby tu bardzo przydatne, mamy wiele do zaoferowania w tym obszarze, walka z epidemią i problemami jej towarzyszącymi to nasze codzienne, osobiste doświadczenie.

Ricardo: O tak, ja też widzę wiele podobieństw. Przede wszystkim wysoki poziom lęku przed zakażeniem oraz negatywne reakcje ludzi wobec tych, których podejrzewa się o zachorowanie na COVID-19. W czasach epidemii/pandemii stygmatyzacja i dyskryminacja ponownie dochodzą do głosu. W Portugalii wymierzone są w osoby pochodzące z populacji szczególnie narażonych na zakażenie SARS-CoV-2, czyli Chińczyków, błędnie postrzeganych jako tych, którzy mogą roznieść „zarażę”. Kluczem do opanowania irracjonalnego lęku przed zakażeniem, tak HIV jak SARS-CoV-2 jest prowadzenie rzetelnej edukacji, kierowanej przede wszystkim do ludzi młodych, to najważniejsza lekcja płynąca z naszych doświadczeń walki z HIV, prawda Matthias?

George: COVID-19 i HIV łączy stygmatyzacja. Ludzie boją się ciebie dotykać, boją się z tobą rozmawiać. A przecież gdy regularnie przyjmujesz leki ARV, nie możesz zakażać innych! Tak samo jest w przypadku nowego koronawirusa,

przy zachowaniu zaleceń higieny jego droga transmisji także ulega przerwaniu. Zasada: chronisz siebie, chronisz innych obowiązuje dla HIV i COVID-19.

Redakcja: *Czy pandemia COVID-19 wzmocniła społeczność osób HIV+?*

Matthias: W tej chwili wszystkie siły i środki rzucono na walkę z COVID-19, więc przez jakiś czas (mam nadzieję krótki) siła społeczności nieco osłabnie. W niedalekiej przyszłości możemy doświadczyć poważnych cięć finansowych, co może zamrozić już prowadzone projekty, a na nowe nie będzie funduszy. Wiele czasu upłynie zanim będziemy mogli się spotykać w dużych grupach, a to bezpośrednio wpłynie na ograniczanie naszej działalności na rzecz walki z HIV. Nie wiemy na przykład, czy największa niemiecka konferencja „*Positive Begegnungen*”, zaplanowana na sierpień, gromadząca zazwyczaj 400-450 uczestników, w ogóle się odbędzie. Prawdopodobnie odwołane zostaną spotkania, warsztaty i inne duże wydarzenia, na czym bardzo ucierpi nasza społeczność. Staram się jednak myśleć optymistycznie, mam szczerą nadzieję, że negatywne skutki pandemii będą możliwe do odwrócenia. Może po tym trudnym doświadczeniu społeczność HIV+ będzie silna jak nigdy dotąd? Nie wiem tego, ale myślę, że tu w Niemczech sytuacja wróci do normy. O wiele bardziej niepokoję się o utrzymanie sieci naszych kontaktów zagranicznych, organizacji konferencji i warsztatów o charakterze międzynarodowym. Być może trzeba będzie poszukać nowych rozwiązań dla tego rodzaju współpracy. Nadal powinniśmy trzymać się razem jako społeczność globalna. Obecnie COVID-19 napędza myślenie nacjonalistyczne w każdym europejskim kraju, ale według mnie to droga donikąd.

Ricardo: Niestety, nie sądzę, aby portugalska społeczność HIV+ umocniła się z powodu pandemii COVID-19. Wpływ na to ma odpływ środków finansowych i brak zainteresowania tematem HIV ze strony władz. Organizacje pozarządowe pozostają bez dotacji, gdyż pieniądze pożera teraz koronawirus, a w konsekwencji wiele osób z populacji najbardziej narażonych na

ryzyko zakażenia zostało pozostawionych samym sobie. Jedynie osoby przyjmujące środki psychoaktywne w iniekcji, decyzją władz Lizbony otrzymały dodatkowe wsparcie w tych trudnych czasach.

George: Pandemia COVID-19 stanowi niebezpieczeństwo dla wszystkich, to coś więcej niż tylko zagrożenie zdrowia publicznego. Oznacza kryzys gospodarczy, społeczny i oczywiście humanitarny. Ale jesteśmy w tym wszystkim razem, zjednoczeni jedną ideą zwalczania pandemii i jej skutków, co sprawia, że rośniemy w siłę. Obecny stan kryzysu wymusza wdrażanie bardziej efektywnych rozwiązań prozdrowotnych oraz każe pamiętać także o najsłabszych. Mam nadzieję, że te nowe, dobre rozwiązania pozostaną z nami nawet wtedy, gdy pandemia COVID-19 już się skończy.

Redakcja: *Czy jest wiele przypadków osób HIV+, które z powodu pandemii COVID-19 utknęły w Niemczech, Portugalii czy Grecji, a kończą im się leki ARV? Jak podchodzi się do tego problemu?*

Matthias: Tak, mamy takie przypadki, ale z tego co wiem takim osobom leki wydawane są przez lokalne organizacje.

Ricardo: w Portugalii dostęp do leczenia ARV jest bezpłatny i powszechny. Oznacza to, że każda osoba przebywająca na naszym terytorium może z niego korzystać. Jednakże pandemia COVID-19 wymusiła zmianę systemu pracy szpitali, a większość lekarzy dołączyła do zespołów walczących na pierwszej linii frontu z koronawirusem. W konsekwencji uzyskanie dostępu do leczenia przez osoby, które nie mogą wrócić do swoich krajów stało się nieco utrudnione, ale nie niemożliwe.

George: moja organizacja Positive Voice od początku pandemii podjęła działania mające na celu udzielenie pomocy osobom HIV+, które pozostały w Grecji z powodu zamknięcia granic. W trybie pilnym wydaliśmy dla nich poradnik. Oto niektóre z zawartych tam zaleceń:

Jeśli jesteś osobą HIV+, a nie jesteś obywatelem Grecji i w czasach obecnej pandemii

nie możesz wrócić do swojej ojczyzny, to przeczytaj poniższe informacje. Mogą się okazać użyteczne w przypadku, gdy zabraknie Ci leków. W takiej sytuacji zalecamy, abyś:

1. udał się do najbliższego szpitala, najlepiej takiego, który posiada oddział chorób zakaźnych.
2. Tam przekaż wszystkie ważne informacje osobie z personelu medycznego (ważne, aby powiedzieć, czy jesteś obywatelem Unii Europejskiej, czy posiadasz kartę EUZ, jaki schemat leczenia przyjmujesz). W przypadku jakichkolwiek trudności (na przykład językowych), poproś lekarza o bezpośredni kontakt z Działem HIV Krajowej Organizacji Zdrowia Publicznego.
3. Ty także możesz skontaktować się z Działem HIV Krajowej Organizacji Zdrowia Publicznego. Pomoc udzielana jest pod numerem: +30 210-5212124.
4. Więcej informacji udziela organizacja pozarządowa Positive Voice.

Redakcja: *Serdecznie dziękujemy za rozmowę.*

Dziecko a HIV.

Dostępność świadczeń opieki zdrowotnej, zgoda pacjenta małoletniego, testy na HIV, leczenie, informowanie o zakażeniu.

W aktualnym stanie prawnym, **dzieci do ukończenia 18. roku życia, posiadające obywatelstwo polskie, w kontekście opieki zdrowotnej traktowane są w sposób szczególnie,** gdyż ich leczenie następuje bez względu na ubezpieczenie zdrowotne. W świetle ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dotyczy to zarówno testów na HIV jak i leczenia antyretrowirusowego), mają prawo, bez względu na ubezpieczenie, dzieci do 18. roku życia pod warunkiem, że (a) posiadają obywatelstwo polskie lub (b)

w przypadku dzieci będących obywatelami innych krajów, uzyskały w RP status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w celu połączenia z rodziną i posiadają jednocześnie miejsce zamieszkania na terytorium Polski.¹

Bez względu na powyższe, na mocy ustawy o działalności leczniczej **podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.**² Na podstawie ustawy o świadczeniach opie-

ki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są niezwłocznie³. W przypadku dzieci, nie tylko w kontekście zakażenia HIV, szybka pomoc lekarska może mieć szczególne znaczenie dla ich życia i zdrowia. W przypadku przebywających na terenie Polski dzieci niebędących obywatelami RP i nieuprawnionych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej, to na lekarzach oraz podmiotach leczniczych będzie spoczywać szczególna odpowiedzialność i do nich będzie należeć decyzja o ewentualnym podjęciu leczenia danej osoby.

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2019.1373 j.t. ze zm.), art. 2 ust. 1 pkt. 3.

2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2020.295 j.t.), art. 15.

3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2019.1373 j.t. ze zm.), art. 19.

Kwestie dotyczące **zgody pacjenta** małoletniego na badanie lub świadczenie zdrowotne regulują ustawa *o zawodach lekarza i lekarza dentystry* oraz ustawa *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*. W przypadku pacjentów do ukończenia 16. roku życia, zgodę na wykonanie badania lub innego świadczenia zdrowotnego, w tym także badania wykrywającego HIV, musi wyrazić przedstawiciel ustawowy dziecka (najczęściej jest to rodzic). W braku przedstawiciela ustawowego, prawo to w odniesieniu do badania może wykonać opiekun faktyczny. Jeżeli jest to niemożliwe, konieczne jest zezwolenie sądu opiekuńczego.^{4,5} Natomiast w przypadku pacjentów, którzy ukończyli 16 lat i dysponują dostatecznym rozeznanie niezbędna jest podwójna zgoda, tj. zarówno przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego (najczęściej jednego z rodziców), jak i samego pacjenta.^{6,7} Zgoda może być wyrażona ustnie (rodzic, przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny powinien towarzyszyć dziecku w trakcie wykonywania badania) lub pisemnie.

Testy na HIV, zarówno u dorosłych jak i u dzieci, najlepiej, gdyż bezpłatnie i całkowicie anonimowo, bez skierowania oraz (co jest niezwykle ważne) z profesjonalnym poradnictwem okołotestowym, można wykonać w jednym z kilkudziesięciu Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych, prowadzonych na terenie Polski przy współpracy z Krajowym Centrum ds. AIDS. Test na HIV można zrobić w każdym wieku, ale w przypadku osób, które nie ukończyły 18. roku życia, wymagane są dodatkowe zgody (j.w.).

Zgodnie z Programem MZ na lata 2017-2021 dedykowanym leczeniu ARV w Polsce, „**leczenie antyretrowirusowe dziecka powinno być rozpoczęte jak najszybciej**

i jest ono kontynuowane przez całe życie. Wczesna skuteczna terapia zmniejsza ryzyko poważnych uszkodzeń narządowych: HIV encefalopatii, uszkodzenia nerek, mięśnia sercowego, hamuje stan zapalny i jego konsekwencje naczyniowe. Schemat terapii ARV dla dziecka musi być dobrany indywidualnie i zależy od: wieku, poziomu wirerii HIV, zaawansowania klinicznego i immunologicznego choroby, interakcji lekowych, konieczności równoczesnego leczenia współistniejących infekcji lub profilaktyki pierwotnej i wtórnej”⁸

W szczególnej sytuacji są **dzieci znajdujące się pod opieką placówek opiekuńczo-wychowawczych**, których obowiązkiem jest zapewnienie dzieciom całodobowej opieki i wychowania oraz zaspokojenie niezbędnych potrzeb, w tym potrzeb zdrowotnych wraz z zapewnieniem korzystania z przysługujących dzieciom świadczeń zdrowotnych.^{9,10} Dyrektor domu dziecka jako faktyczny opiekun dzieci umieszczonych w podległej mu placówce może i niejednokrotnie powinien wyrazić zgodę na wykonanie u będących pod jego opieką dzieci testów w kierunku HIV, a w razie potrzeby podjąć czynności w kierunku rozpoczęcia terapii ARV. Dzięki temu dzieci zakażone wirusem HIV będą miały szansę na wczesne wykrycie zakażenia i podjęcie leczenia, zaś dyrektor domu dziecka spełni nałożony na niego ustawowy obowiązek dbania o zdrowie dzieci.

Dobro dziecka żyjącego z HIV wymaga, aby chronić informacje dotyczące jego statusu serologicznego, w celu ochrony przed ewentualną stygmatyzacją i odrzuceniem. Rodzice lub opiekunowie prawni dziecka są *upoważnieni do zachowania w tajemnicy faktu zakażenia ich dziecka i nie są zobowiązani do informowania o tym personelu przedszkola, szkoły lub innego zakładu lub środowiska, w którym*

dziecko przebywa. Wydaje się jednak, że dla dobra dziecka ktoś powinien wiedzieć o jego zakażeniu, na przykład wychowawca w przedszkolu czy szkole, gdyż umożliwiałoby to objęcie dziecka wymaganą w niektórych przypadkach, szczególnie opieką.¹¹ Decyzja o ewentualnym poinformowaniu dyrektora szkoły oraz / lub innych jej pracowników o zakażeniu dziecka należy do jego rodziców, opiekunów prawnych lub sądu rodzinnego. Jest ona dobrowolna, prawo nie nakłada takiego obowiązku. Natomiast wszystkie osoby (pracownicy medyczni, socjalni, opiekunowie i nauczyciele), które w ramach wykonywania obowiązków zawodowych uzyskały informacje o stanie zdrowia dziecka, są **obowiązane do zachowania tych informacji w tajemnicy**.

Obecnie **nie funkcjonują przepisy, które nakazywałyby rodzicom żyjącym z HIV poinformowanie dziecka lub innych domowników o zakażeniu**. Zasadniczo, prawny obowiązek poinformowania o zarażeniu wirusem HIV dotyczy wyłącznie partnera seksualnego, którego osoba zarażona winna ponadto nakłonić do wykonania testu w celu wyjaśnienia, czy też nie jest zarażona/y i nie wymaga objęcia opieką lekarską.¹² Jednakże, **edukacja prozdrowotna**, w tym poinformowanie dziecka o ogólnych zasadach profilaktyki HIV, będzie niezwykle istotna z punktu widzenia potencjalnego ryzyka zakażenia w każdej sytuacji społecznej, nie tylko w przypadku tych dzieci, których domownicy są zakażeni HIV. Wiele osób może nie mieć świadomości zakażenia i nie stosować podstawowych zasad bezpieczeństwa, o które, właśnie z uwagi na świadomość zakażenia, dbają osoby żyjące z HIV.

Stan prawny na dzień 12 maja 2020 r.

opracowanie: Krajowe Centrum ds AIDS

4. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U.2020.514 j.t.), art. 32 ust. 2.

5. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2019.1127 j.t.), art. 17 ust. 2.

6. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U.2020.514 j.t.), art. 32 ust. 5.

7. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2019.1127 j.t.), art. 17 ust. 1 i 2.

8. Program Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia pn. Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017 – 2021, (NPLA), st. 60.

9. Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. 2020.821 j.t.) art. 93 ust. 4.

10. Nitecki Stanisław, Wilk Aleksandra, Ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej. Komentarz, komentarz do art. 93.

11. Cygula A., Głowaczewska I., Konieczny G., Latarska D., Marzec-Bogusławska A., Najważniejsze pytania o HIV/AIDS. Wydanie drugie uaktualnione. Wydawnictwo Poznańskie, 2007, str. 121.

12. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U.2019.1950 t.j. z późn.zm.), art. 161 § 1 i 3.

aspekty

Dodatek do Biuletynu Krajowego Centrum ds. AIDS



Wiedza studentów podkarpackich uczelni na temat HIV/AIDS

Wiedza o HIV/AIDS, obok poglądów i zachowań z tego obszaru, jest jednym z trzech komponentów postaw wobec HIV/AIDS. Jak pokazuje praktyka, ta trójelementowa struktura nie zawsze bywa spójna. Można powiedzieć, że wysokie wskaźniki wiedzy nie gwarantują ani właściwych poglądów na temat HIV/AIDS, ani tym bardziej nie zapewniają odpowiedzialnych decyzji przy podejmowaniu zachowań. Równocześnie trudno sobie wyobrazić, że ktoś, kto nie zna dróg zakażeń HIV będzie unikał ryzykownych zachowań i sytuacji. Podobnie trudno mieć nadzieję, że ktoś, kto nie ma świadomości, iż jego styl życia może skutkować zakażeniem HIV, podda się testom diagnostycznym. Niewiedza o różnych aspektach HIV i AIDS jest także podstawą lękowych nastawień wobec osób żyjących z HIV oraz ich rodzin.

W materiale zostały przedstawione wnioski z badań „Postawy studentów uczelni podkarpackich wobec HIV/AIDS”. W kontekście danych epidemiologicznych wybór województwa podkarpackiego jako terenu badań, gdzie jest tak niski wskaźnik zakażeń HIV, jest nietrafny (od 1985 roku do 2018 odnotowano 437 przypadków, co stanowi 2% wszystkich zarejestrowanych w Polsce¹). Należy jednak mieć świadomość, że przy niskim wskaźniku testujących się mieszkańców Podkarpacia², dużej migracji zarobkowej, wzrastającej liczbie podróżujących turystycznie, a przede wszystkim zmianach stylu życia (w tym skryptów seksualnych

mieszkańców tego regionu), „ciemna liczba” zakażeń może być nieporównanie wyższa.

Prezentowany projekt był realizowany w miesiącach od kwietnia do czerwca 2019 roku na terenie 12 wyższych uczelni Podkarpacia. Losową próbę badawczą stanowiło 2764 studentów w tym 1651 kobiety i 1113 mężczyzn (59,7% i 40,3%). Podstawowymi celami badań była diagnoza stanu wiedzy studentów o HIV/AIDS, poznanie ich opinii na temat różnych aspektów HIV/AIDS oraz zapoznanie się z aktualnie podejmowanymi oraz deklarowanymi na przyszłość zachowaniami studentów związanymi z HIV/AIDS.

Zgłębiając problematykę stanu wiedzy studentów o HIV/AIDS, próbowano ustalić, jakie są jej źródła, jaki jest rzeczywisty poziom wiedzy badanych, ale także jak sami studenci oceniają poziom posiadanej przez siebie wiedzy.

W czasie analiz stwierdzono, że podstawowym źródłem informacji dla studentów o HIV/AIDS³ jest internet. Wiedzę o różnych aspektach zakażeń czerpało z niego od 60% do niemal 78%⁴ respondentów. Dla porównania kolejnym najważniejszym źródłem wiedzy dla badanych była szkoła, ale jej edukacyjną rolę wskazywał już znacznie niższy odsetek badanych: od 41% do 53%. Znaczącym przekazywaniem informacji o HIV/AIDS była dla respondentów telewizja (od 31% do 43%).

Stwierdzono, że klasyczne środki masowego przekazu (prasa, książki, radio) mają niewielki udział w edukacji z zakresu HIV/AIDS (poniżej 25% osób wskazujących kolejne media). Także małą rolę respondenci przypisują rodzinie (od 12% do 17%) oraz kościołowi i związkom wyznaniowym (mniej niż 8%).

Należy podkreślić, że o ile udział poszczególnych źródeł wiedzy na etapie informowania o istnieniu wirusa i choroby był stosunkowo wysoki, to na etapie informowania o drogach przenoszenia znacznie zmalał.

Z punktu widzenia wyznaczania zadań z zakresu profilaktyki HIV/AIDS ważny jest rzeczywisty stan posiadanej wiedzy. W celu oceny poziomu wiedzy poproszono studentów o rozwiązanie testu składającego się z 33 zdań. Ich zadaniem było ocenić prawdziwość stwierdzeń na skali prawda, fałsz, nie wiem.

Pierwsze 26 zdań dotyczyło dróg zakażenia HIV. Stwierdzono, że najczęściej prawidłowych odpowiedzi udzielono, oceniając ryzyko zakażenia się HIV na drodze iniekcji oraz poprzez kontakty seksualne. Zdecydowanie niższy odsetek badanych właściwie oszacował ryzyko zakażenia w codziennych kontaktach z osobą żyjącą z HIV oraz zagrożenie przeniesienia wirusa z rodziców na potomstwo. Analizy wykazały jednak, że w tej części testu, na żadne z pytań nie udzieliło prawidłowych odpowiedzi więcej niż 81,2% respondentów.

1. Wojewódzki Szpital im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu, <http://szpitaltbg.pl/2019/02/12/sytuacja-epidemiologiczna-zakazen-hiv-i-zachorowan-na-aids-w-województwie-podkarpackim-i-w-polsce/>, [03.10.2019].
2. Rzeszów News. Portal Informacyjny, <https://rzeszow-news.pl/europejski-tydzien-testowania-na-hiv-rzeszow-takze-wlacza-sie-do-akcji/>, [07.04.2019].
3. o istnieniu wirusa, istnieniu choroby AIDS, drogach zakażenia
4. pytania dawały możliwość dokonywania wielokrotnego wyboru; respondenci zaznaczali wszystkie agendy socjalizacyjne, które były dla nich źródłem wiedzy o HIV/AIDS, stąd odsetki nie sumują się do 100%

Wskaźniki WHO/UNAIDS do określania poziomu wiedzy o HIV/AIDS (WHO PI 1)	Odsetek poprawnych odpowiedzi						
	Z. Izdebski 1997 N=2702	Z. Izdebski 2001 N=3200	Z. Izdebski 2005 N=3154	Z. Izdebski 2011 N=2467	TSN OBOP dla Krajowego Centrum ds. AIDS 2008r. N=600	TSN OBOP dla Krajowego Centrum ds. AIDS 2011 r. N=619	M. Łukaszek 2019 N=2764
można uniknąć zakażenia HIV/AIDS, pod warunkiem używania prezerwatyw podczas stosunków płciowych	75,2%	70,9%	94,7%	88,9%	86%	89%	69,7%
można uniknąć zakażenia współżycia z jednym wiernym partnerem	86,7%	79,7%	85,6%	82,7%	88%	92%	57,2%
można uniknąć zakażenia, jeśli do każdego zastrzyku użyje się sterylnej igły	87,9%	82,5%	93,1%	89,4%	79%	77%	80,4%

Źródło: badania własne; oraz raporty zawarte w: Z. Izdebski, Seksualność Polaków na początku XXI wieku. Studium badawcze, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012; Seksualność Polaków 2011. Raport z badania Z. Izdebskiego zrealizowanego przez TSN OBOP na zlecenie Biura Handlowego Polpharma Sp. z o.o.; TSN OBOP, Badanie efektywności kampanii społecznej dotyczącej profilaktyki zakażeń HIV/AIDS przeprowadzonej na zlecenie Krajowego Centrum ds. AIDS maj 2012 r.

Szczegółowa analiza odpowiedzi dotyczących dróg zakażenia HIV (26 pytań), ujawniła, że najwyższy procent prawidłowych udzielono, oceniając ryzyko zakażenia w sytuacjach związanych z iniekcjami. Najwyższy odsetek respondentów poprawnie oszacował zakłucie się igłą ze strzykawki zawierającej zakażoną krew (81%) oraz wykonywanie tatuażu niewysterylizowanym sprzętem (75%) jako sytuacje stwarzające ryzyko zakażenia. Otrzymanie zastrzyku, do którego użyto sterylnej igły, 80% studentów właściwie oceniło jako sytuację bezpieczną.

Wysoki odsetek poprawnych odpowiedzi dotyczył rozprzestrzeniania się wirusa drogą kontaktów seksualnych. Jako ryzykowne kwalifikowano najczęściej: stosunki, gdzie prezerwatywy zakłada się w trakcie aktu seksualnego, dopiero przed ejakulacją (80%), jednorazowe kontakty seksualne z osobami zakażonymi (74%), inicjację seksualną kobiety, do której dochodzi z zakażonym partnerem (73%). Respondenci w większości trafnie ocenili także, iż doustna antykoncepcja nie chroni przed zakażeniem HIV (74%).

W czasie analizy 26 zdań dotyczących dróg zakażenia stwierdzono, iż najwięcej respondentów nie wiedziało, że kobiety bardziej niż mężczyźni są narażone na ryzyko zakażenia HIV drogą stosunków seksualnych (tylko 20% poprawnych odpowiedzi), że osoba zakażona chorobą przenoszoną drogą płciową jest bardziej narażona na ryzyko zakażenia HIV drogą stosunków seksualnych (41% poprawnych odpowiedzi). Spora część badanych nie miała również wiedzy o tym,

że procedura przetaczania krwi w sterylnych warunkach jest gwarancją ochrony przed zakażeniem HIV (37% poprawnych odpowiedzi). Tylko 40% studentów miało wiedzę, że matka zakażona HIV, karmiąc piersią swe dziecko, naraża je na zakażenie.

Zaskakującym wynikiem było to, że «ukąszenie przez komara, który wcześniej ukąsił osobę zakażoną HIV» było ocenione jako sytuacja niezagrażająca zakażeniem HIV jedynie przez 32% osób. Większość osób zaklasyfikowało jako zagrażającą zakażeniem sytuację korzystania z toalet w miejscach publicznych, np. centrum handlowym, kinie (udzielono jedynie 32% poprawnych odpowiedzi).

W celu dokonania miarodajnych porównań z innymi polskimi raportami, w teście dla studentów zamieszczono zalecane przez WHO/UNAIDS wskaźniki do określania poziomu wiedzy o HIV/AIDS (WHO PI 1). W wyniku zestawień stwierdzono, że we wszystkich trzech zdaniach odsetek studentów, którzy udzielili poprawnych odpowiedzi jest niższy niż to miało miejsce w ogólnopolskich, reprezentatywnych badaniach polskich Z. Izdebskiego oraz badaniach zrealizowanych przez TSN OBOP dla Krajowego Centrum ds. AIDS (tabela).

Dla pełnego obrazu wiedzy studentów podkarpackich uczelni poproszono o ustosunkowanie się do problemów związanych z diagnozowaniem HIV. Najwięcej osób poprawnie oceniło, że wyników testu w kierunku zakażenia HIV nie można otrzymać drogą telefoniczną (45% poprawnych odpowiedzi)

oraz to, że test można zrobić bezpłatnie w Punktach Konsultacyjno-Diagnostycznych (38% poprawnych odpowiedzi). Jedynie 10% respondentów potrafiło podać miejsce, gdzie na Podkarpaciu można zrobić anonimowo i bezpłatnie test w kierunku zakażenia HIV.

Podsumowując odpowiedzi udzielone przez studentów na 33 pytania testu stwierdzono, że:

- w odniesieniu do dróg zakażenia HIV to 25% studentów otrzymało ocenę mierną lub niedostateczną, co oznacza, że spośród odpowiedzi na 26 pytań dotyczących tych zagadnień udzielili mniej niż 50% poprawnych odpowiedzi, procent osób, które uzyskały oceny celujące i bardzo dobre (czyli powyżej 84,6% poprawnych odpowiedzi) wyniósł 5,9%,
- jedynie 1,9% badanych otrzymało celującą lub bardzo dobrą ocenę - czyli odpowiedziało na więcej niż 85,7% pytań poprawnie, 5,3% ocenę dobrą, ponad 60,5% badanych udzieliło nie więcej niż 2 prawidłowych odpowiedzi – czyli nie przekroczyło 42,9% poprawnych odpowiedzi i otrzymało oceny niedostateczne i mierne.

W kontekście przedstawionych wyników ważne jest, że spory odsetek badanych – niemal 21% – ocenia poziom swej wiedzy jako niski lub bardzo niski. Swoją wiedzę jako wysoką lub bardzo wysoką określa 16% badanych.

*Maria Łukaszek,
Instytut Pedagogiki
Kolegium Nauk Społecznych
Uniwersytetu Rzeszowskiego*

Studenci podkarpackich uczelni wobec osób żyjących z HIV

Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS opracowany na lata 2017–2021¹ zakłada, że jednym z jego głównych celów jest „*Poprawa jakości życia w sferze psychospołecznej osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, ich rodzin i bliskich*”. Aby go osiągnąć wyznaczono dwa cele szczegółowe, gdzie jeden z nich to „*zwiększenie poziomu akceptacji społecznej wobec osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich*”.

Wyodrębniony cel szczegółowy, zgodnie z założeniami, ma się przekładać na lepszą jakość życia ludzi, którzy już borykają się z problemem zakażenia HIV. Wydaje się jednak, że empatyczne postawy społeczne wobec osób zakażonych mogą przyczynić się także do wzrostu odsetka osób, które zdecydują się wykonać test na obecność wirusa. Akceptacja społeczna osób żyjących z HIV może bowiem obniżyć poziom lęku przed testowaniem się oraz społeczną marginalizacją i stygmatyzacją w sytuacji, gdyby zdiagnozowano zakażenie HIV.

W materiale przedstawiono wnioski z projektu „Postawy studentów uczelni podkarpackich wobec HIV/AIDS”. Dla klarowności zestawiono je z wynikami ogólnopolskich badań Z. Izdebskiego (2005 rok², 2011 rok³) oraz badaniami przeprowadzonymi przez Niezależny Instytut Badań Rynkowych IPSOS dla Krajowego Centrum ds. AIDS (2014)⁴.

Prezentowany projekt był realizowany w miesiącach od kwietnia do czerwca

2019 roku na terenie 12 wyższych uczelni Podkarpacia. Losową próbę badawczą stanowiło 2764 studentów: 1651 kobiet i 1113 mężczyzn (59,7% i 40,3%). Podstawowymi celami badań była diagnoza stanu wiedzy studentów o HIV/AIDS, poznanie ich opinii na temat różnych aspektów HIV/AIDS oraz zapoznanie się z aktualnie podejmowanymi oraz deklarowanymi na przyszłość zachowaniami studentów związanymi z HIV/AIDS. Metodą badań stanowił sondaż diagnostyczny, technikę ankieta audytoryjna.

W niniejszym materiale został omówiony przyjęty przez WHO/UNAIDS wskaźnik dyskryminacji osób żyjących z HIV⁵. Zgodnie z zaleceniami WHO, respondenci odnosili się do czterech aspektów traktowania osób żyjących z HIV/AIDS:

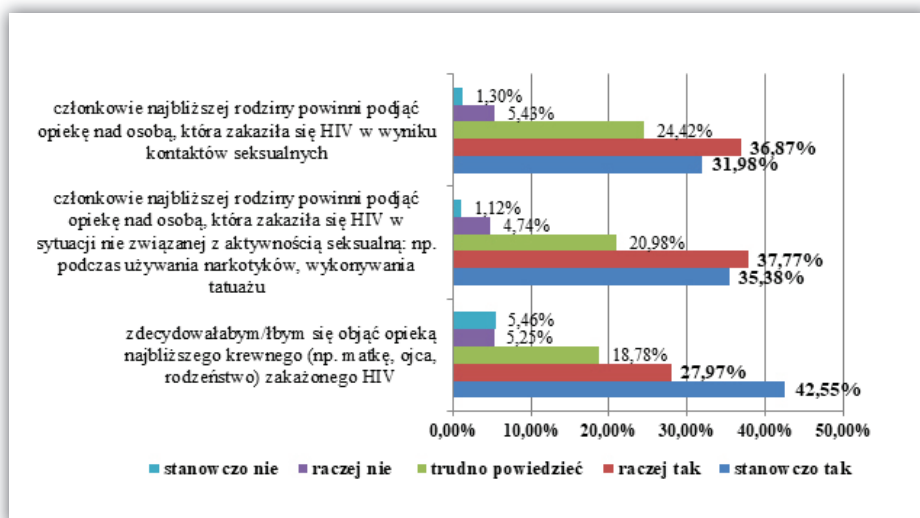
1. opieki nad członkiem rodziny żyjącym z HIV,

2. praw osób zakażonych do utrzymania tego faktu w tajemnicy,
3. praw osób zakażonych do kontynuowania pracy zawodowej,
4. praw osób zakażonych do korzystania z opieki medycznej.

Odnosnie aspektu opieki nad członkiem rodziny, który uległ zakażeniu HIV to próbowano poznać zarówno przekonania, jak i deklaracje własnego zachowania.

Zebrane wyniki wskazują, że w odniesieniu do opieki nad krewnym, który zakażył się HIV w sytuacji pozaseksualnej odsetek przekonanych, iż rodzina powinna objąć go opieką był wyższy (73,2%) niż w przypadku, gdyby krewny zakażył się podczas kontaktów seksualnych (68,9%).

Stwierdzono, że procent osób, które same wyrażają gotowość do sprawowania opieki



Źródło: wyniki badań własnych; badani: N=2764

1. Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS https://aids.gov.pl/krajowy_program/817-2/
2. Z. Izdebski, Seksualność Polaków na początku XXI wieku. Studium badawcze, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012
3. Seksualność Polaków 2011. Raport z badania prof. dr hab. Z. Izdebskiego zrealizowanego przez TNS OBOP na zlecenie Biura Handlowego Polpharma Sp. z o.o.
4. Krajowe Centrum ds. AIDS, Raport 2: diagnoza dotycząca potrzeb edukacyjnych w zakresie HIV/AIDS oraz zakażeń przenoszonych drogą płciową (ZPDP) - 2015 r. https://aids.gov.pl/badania_spoleczne/806/
5. odnosząc się do koncepcji czterech wskaźników WHO skonstruowano 9 zdań diagnostycznych

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”

nad najbliższym krewnym żyjącym z HIV wyniósł 70,5%. Należy też zauważyć, że odsetek osób, które nie są skłonne zająć się swoim bliskim w tej trudnej dla niego sytuacji wynosi 10,7%. Jest to znacznie więcej niż wynikałoby z deklarowanych przekonań. Oceniając bowiem powinności członków rodziny wobec zakażonego w wyniku kontaktów seksualnych i innych ryzykownych zachowań, tylko 6,7% i 5,9% nie poparło twierdzenia, że bliscy powinni się nim opiekować.

Porównując powyższe wyniki do ogólnopolskich, reprezentatywnych badań Z. Izdebskiego, widzimy, że odsetek osób, które same skłonne byłyby sprawować opiekę nad zakażonym członkiem rodziny jest znacznie niższy (70,5%, zaś 80,2% w badaniach Z. Izdebskiego z 2005 roku⁶ oraz 73% z 2011 roku⁷). W badaniach Niezależnego Instytutu Badań Rynkowych IPSOS dla Krajowego Centrum ds. AIDS chęć opieki nad członkiem rodziny, który zachorowałby na AIDS wyraziło 49% osób⁸.

Analizując drugi komponent wskaźnika dyskryminacji dotyczący praw zakażonego do utrzymania tego faktu w tajemnicy stwierdzono, iż 49% respondentów akceptuje prawo do zatrzymania w tajemnicy informacji o zakażeniu przed osobami spoza rodziny, ale już tylko 36% przed członkami rodziny. Dla porównania, w badaniach Z. Izdebskiego prawo do nieinformowania społeczności, w której żyją osoby zakażone, wyniósł 52,5% (2005)⁹ i 37,2% (2011)¹⁰. Dane z diagnozy przeprowadzonej przez Niezależny Instytut

Badań Rynkowych IPSOS dla Krajowego Centrum ds. AIDS pokazały, że 57% osób jest przekonane, iż zakażeni powinni ujawnić swój stan osobom obcym, z którymi mają kontakt, zaś 48% wyraziło pogląd, że zakażeni powinni ujawniać swój stan zdrowia, ale tylko rodzinie i bliskim¹¹.

W trakcie badań próbowano ustalić, czy respondenci akceptują prawo osób żyjących z HIV do kontynuowania pracy zawodowej. Okazało się, że odsetek studentów przyznających to prawo zmienia się w zależności od rodzaju pracy wykonywanej przez osobę zakażoną HIV. Odnośnie aktywności zawodowej wymagającej kontaktu z ludźmi (np.: w szkołach, bankach, urzędach) to na jej kontynuację zgadza się 59,2% osób. Na pracę w służbach mundurowych wyraża zgodę 54,5% respondentów. Zdecydowanie odmiennie wygląda kwestia przyznawania prawa do kontynuowania pracy zawodowej na stanowiskach, gdzie istnieje prawdopodobieństwo kontaktu z płynami ustrojowymi człowieka (lekarz, pielęgniarz, ratownik medyczny). W tym przypadku tylko 18,9% akceptuje prawo jej kontynuowania, natomiast aż 52% jest temu przeciwnie. Dla porównania w badaniach Z. Izdebskiego odsetek osób dających prawo do kontynuowania pracy w zawodzie, gdzie do zadań należy kontakt z ludźmi wyniósł 83,9%, (2005) i 71,5% (2011) zaś 67% w raporcie przygotowanym dla Krajowego Centrum ds. AIDS 67%¹¹. Widać zatem, iż studenci podkarpackich uczelni są znacznie mniej przychylni kontynuowaniu pracy zawodowej przez osoby, które uległy zakażeniu HIV

Zgodnie z zaleceniami WHO ostatnim, czwartym elementem wskaźnika dyskryminacji osób żyjących z HIV/AIDS, jest respektowanie prawa zakażonych do korzystania z opieki medycznej. W trakcie sondażu proszono respondentów o ustosunkowanie się do dwóch praw: korzystania z zabiegów medycznych (np.: opatrunków, leczenia stomatologicznego, operacji chirurgicznych) oraz korzystania z porad lekarskich. Ujawniono, że o ile odsetek osób, które respektują korzystanie z porad lekarskich na takich samych zasadach co

osoby zdrowe był wysoki i wynosił 84,1%, o tyle w odniesieniu do zabiegów medycznych stanowił tylko 58,9%. Zestawiając powyższe dane z wynikami Z. Izdebskiego widzimy, że procent osób, które stwierdziły, iż zakażeni mają prawo korzystać z opieki medycznej w takim samym lub większym zakresie jak osoby zdrowe wyniósł 85,6%¹². W badaniach zrealizowanych przez Niezależny Instytut Badań Rynkowych IPSOS dla Krajowego Centrum ds. AIDS odsetek osób, które zgodziły się ze stwierdzeniem, że „osoby zakażone HIV/chore na AIDS powinny mieć taki sam dostęp do opieki medycznej jak osoby chore na inne choroby przewlekłe/zakaźne” wyniósł 74%¹³.

Analizy pokazują, że podstawy dyskryminacyjne studentów wobec osób żyjących z HIV są na Podkarpaciu silniejsze niż to miało miejsce w ogólnopolskich badaniach w 2005 roku (próba osób w wieku 15-49 lat) i 2014 (próba osób 18-70 lat). Spośród czterech składowych wskaźnika dyskryminacji respondenci w najniższym odsetku akceptują prawa osób zakażonych do utrzymania w tajemnicy faktu bycia zakażonym HIV oraz kontynuowania pracy zawodowej w bezpośrednim kontakcie z ludźmi.

Zgodnie z wnioskami pochodzącymi z badań Z. Izdebskiego „im niższy poziom wykształcenia badanych, tym wyższy odsetek osób wykazujących postawy dyskryminacyjne” wobec osób żyjących z HIV¹⁴. W kontekście tej konkluzji można przypuszczać, że studenci są grupą przejawiającą postawy dyskryminacyjne w niższym odsetku, niż całość populacji Podkarpacia. W oparciu o tę wiedzę konieczne wydaje się zintensyfikowanie działań wyodrębnionych w Krajowym Programie Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS opracowanym na lata 2017–2021 mających na celu „zwiększenie poziomu akceptacji społecznej wobec osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich”.

Maria Łukaszek
Instytut Pedagogiki
Kolegium Nauk Społecznych
Uniwersytetu Rzeszowskiego

6. Z. Izdebski, dz. cyt., s. 544.

7. Seksualność Polaków 2011. Raport z badania prof. dr. hab. Z. Izdebskiego zrealizowanego przez TNS OBOP na zlecenie Biura Handlowego Polpharma Sp. z o.o.

8. Krajowe Centrum ds. AIDS, dz. cyt.

9. Z. Izdebski, dz. cyt., s. 545.

10. Seksualność Polaków..

11. Krajowe Centrum ds. AIDS, dz. cyt.

12. Krajowe Centrum ds. AIDS, dz. cyt.

13. Z. Izdebski, dz. cyt., s. 546.

14. Krajowe Centrum ds. AIDS, dz. cyt.

15. Z. Izdebski, dz. cyt., s. 547.

kontra 

Redakcja
Maryla Rogalewicz
Katarzyna Gajewska
Wydawca:
Krajowe Centrum ds. AIDS

Adres redakcji:
ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa
tel. (+22) 331 77 68, fax (+22) 331 77 76
e-mail: kontra@aims.gov.pl
www.aims.gov.pl

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.