

Halina Szela^{*}, Krzysztof Wą^{**}

PROFILAKTYKA I PORADNICTWO DLA DOROSŁYCH W ZAKRESIE HIV/AIDS. ZMIENIAJĄCE SIĘ POTRZEBY

W Polsce już niemal od 30 lat realizowane są działania z zakresu informacji, edukacji i profilaktyki dotyczące HIV/AIDS. Dzięki nim mamy w naszym kraju stosunkowo korzystną sytuację epidemiologiczną w tym zakresie. W ostatnich latach epidemiologiczne, medyczne, ekonomiczne i społeczne uwarunkowania tych działań zmieniają się jednak na tyle, że ważne wydaje się rozpatrzenie potrzeby ich modyfikacji.

Epidemiologia

Według danych Wspólnego Programu Narodów Zjednoczonych ds. HIV/AIDS (UNAIDS, *The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*), w 2013 roku na świecie żyło pomiędzy 33,2-37,2 mln osób zakażonych HIV. Tylko w tym roku zanotowano około 2,1 mln nowych zakażeń HIV, co stanowi 38% spadek w porównaniu z rokiem 2001. Odnotowuje się także mniej zgonów z powodu AIDS. W 2013 roku na całym świecie zmarło na AIDS 1,5 mln osób, to jest o 35% mniej niż w roku 2005 (w roku tym liczba zgonów z powodu AIDS osiągnęła swój szczyt)¹. Mimo znaczących postępów problem epidemii jest nadal nierozwiązany. Europa Wschodnia, zwłaszcza Rosja i Ukraina, Azja Środkowa, Afryka Północna i Bliski Wschód, to regiony, w których obserwuje się ciągły wzrost zakażeń.

Na podstawie danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny (NIZP PZH) można stwierdzić, że od wdrożenia badań w 1985 roku do 31 sierpnia 2014 roku stwierdzono zakażenie HIV u 18 204 obywateli Polski i u osób innego obywatelstwa przebywających na terenie Polski. Wśród ogółu zarejestrowanych było co najmniej 6051 zakażonych w związku z używaniem narkotyków, 1285 zakażonych poprzez kontakt heteroseksualny oraz 2128 poprzez kontakt seksualny pomiędzy mężczyznami. Ogółem odnotowano 3163 zachorowania na AIDS, a 1283 chorych zmarło².

* Halina Szela^{*}, mgr – Liceum Ogólnokształcące w Sulechowie, e-mail: halinasz1@wp.pl.

** Krzysztof Wą^{**}, dr – Uniwersytet Zielonogórski, Wydział Pedagogiki, Socjologii i Nauk o Zdrowiu, Katedra Seksuologii, Poradnictwa i Resocjalizacji, e-mail: wazkrzysztof@gmail.com.

¹ *The Gap Report*, UNAIDS, Geneva 2014.

² Dane NIZP PZH, http://www.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/index.htm [dostęp: 20.10.2014].

Szacuje się, że osób zakażonych jest w Polsce około 35 tys. Kontakt z takimi osobami stanowi przyczynę około 75% nowych zakażeń, które dotyczą przede wszystkim osób w wieku 15-30 lat, kobiet i mężczyzn heteroseksualnych (również w stałych związkach) i równie często mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami³.

W 2013 roku zgłoszono w Polsce 1258 nowo wykrytych zakażeń HIV, 214 zachorowań na AIDS oraz 61 zgonów osób chorych na AIDS. Podobnie jak w latach poprzednich wśród nowo zakażonych dominują mężczyźni (86%). Osoby, wśród których rozpoznano zakażenie HIV w 2013 roku, to przede wszystkim ludzie bardzo młodzi i młodzi (ok. 35% z nich miało 20-29 lat, 38% było w wieku 30-39 lat, podczas gdy osób 40-49-letnich było tylko 16%)⁴.

Z danych NIZP PZH wynika, że w 2013 roku w ponad 27% wszystkich zgłoszonych przypadków prawdopodobną drogą transmisji wirusa HIV były kontakty seksualne między mężczyznami (MSM, mężczyźni mający seks z mężczyznami). W 7% przypadków jako prawdopodobną drogę transmisji wskazano ryzykowne kontakty heteroseksualne, natomiast w około 4% stosowanie środków odurzających w iniekcjach (IDU, *injecting drug user*). Niepokojące jest to, że brak danych w zakresie prawdopodobnej drogi zakażenia dotyczy 772 przypadków (61% zgłoszeń)⁵. Jak przyznają pracownicy NIZP PZH:

jest to sytuacja bardzo niekorzystna, która wymaga podjęcia działań ze strony wszystkich osób współpracujących przy monitorowaniu sytuacji epidemiologicznej HIV/AIDS w Polsce. Brak wiedzy dotyczącej dróg szerzenia się HIV w Polsce pozostawia bez przekonującej odpowiedzi pytanie o przyczynę gwałtownego wzrostu liczby zakażeń HIV w Polsce w ostatnich latach i ogranicza możliwość odpowiedniego ukierunkowania środków przeznaczanych na profilaktykę HIV w naszym kraju⁶.

Wiedza na temat HIV/AIDS

W celu przeprowadzenia diagnozy problemu i adresowania działań profilaktycznych do konkretnych populacji konieczne jest prowadzenie systematycznych badań behawioralnych i epidemiologicznych. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) oraz UNAIDS rekomendują realizację badań społecznych reprezentatywnych dla całej populacji z częstotliwością co cztery lata. W Polsce takie badania zostały przeprowadzone na reprezentatywnej próbie osób w wieku reprodukcyjnym

³ A. Wnuk, B. Szetela, D. Bander, *Zasady testowania w kierunku zakażenia HIV*, [w:] *Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS*, red. A. Horban i in., Warszawa–Wrocław 2013, s. 33.

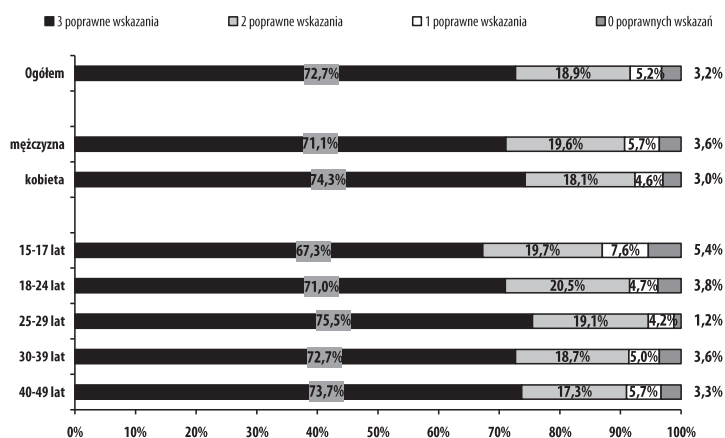
⁴ http://www.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/index.htm [dostęp: 20.10.2014].

⁵ *Ibidem*.

⁶ *Ibidem*.

w latach 1997, 2001, 2005⁷ i 2011⁸, przy czym, co warto zauważyć, ostatnie z tych badań nie było zrealizowane ze środków publicznych.

Poziom wiedzy o HIV/AIDS określano w cytowanych tu badaniach, stosując wskaźnik zaproponowany przez WHO/UNAIDS. Przy jego ustaleniu bierze się pod uwagę znajomość głównych dróg zakażenia HIV oraz sposobów zapobiegania zakażeniu, to jest: stosowanie czystych, jednorazowych igieł i strzykawek, stosowanie prezerwatyw oraz współżycie z jednym i wzajemnie wiernym partnerem. Wysokość wskaźnika określa się, ustalając, jaki odsetek badanych udzielił poprawnej odpowiedzi na dwa z trzech pytań.



Wykres 1. Wskazania trzech, dwóch, jednej lub żadnej drogi zakażenia wirusem HIV, N = 2467, 15-49 lat, zróżnicowanie według płci i wieku, w procentach, 2011

Źródło: Z. Izdebski, Polpharma, *Seksualność Polaków 2011. Raport z badania*, OBOP, Warszawa 2011, s. 146.

W kolejnych turach badań analizowany wskaźnik znacznie zmieniał swoją wartość. W 1997 roku wynosił 0,89, w roku 2001 – 0,81, w roku 2005 – 0,95, w roku 2011 zaś – 0,92. Jednak, biorąc pod uwagę konstrukcję wskaźnika, należy zauważyć, że tylko niespełna trzech na czterech badanych w 2011 roku (73%) wskazuje poprawnie trzy główne drogi zakażenia wirusem HIV. Najmniej poprawnych wskazań odnotowano wśród osób najmłodszych (15-17 lat – 67%).

Pełniejszy obraz wiedzy Polaków w wieku reprodukcyjnym na temat możliwości zakażenia wirusem HIV można uzyskać, analizując odpowiedzi respondentów poproszonych o odniesienie się do dwunastu stwierdzeń i wskazanie, czy są one prawdziwe, czy fałszywe. Zdecydowanie najwięcej respondentów uważa, że można zmniejszyć ryzy-

⁷ Z. Izdebski, *Ryzykowna dekada. Seksualność Polaków w dobie HIV/AIDS. Studium porównawcze 1997-2001-2005*, Zielona Góra 2006.

⁸ Z. Izdebski, Polpharma, *Seksualność Polaków 2011. Raport z badania*, OBOP, Warszawa 2011.

ko zakażenia wirusem HIV, używając prezerwatyw podczas stosunków płciowych, jak również upewniając się, że zastrzyk jest wykonywany jednorazową igłą i strzykawką (po 89% wskazań „prawda”). Z kolei prawdziwość trzeciego sposobu, to znaczy współżycia z jednym wiernym partnerem, uznało 83% badanych. Ponadto zdecydowana większość respondentów była przeświadczona, że przed zakażeniem HIV nie chroni dobre odżywianie (85%). Relatywnie wysoka była także świadomość badanych, że możliwe jest zakażenie dziecka podczas ciąży przez chorą matkę – 75% osób uznało to stwierdzenie za prawdziwe. Jednak o wiele mniej z nich – zaledwie 40% – uznało, że karmienie piersią przez matkę z HIV/AIDS to potencjalne źródło zakażenia. Może niepokoić, że znaczna część badanych jest błędnie przekonana, że można zakazić się wirusem HIV poprzez korzystanie z publicznych toalet (35%) czy ukąszenie komara (21%).

Najniższy poziom wiedzy na temat HIV/AIDS mają młodzi Polacy. Potwierdzają to badania Zbigniewa Izdebskiego zrealizowane na próbie młodzieży osiemnastoletniej⁹ oraz badania Krystyny Komosińskiej i Anny Małkowskiej-Szkutnik przeprowadzone wśród studentów¹⁰.

Niemalą osób podziela także stereotypy wiążące się z bezpośrednimi kontaktami z osobami żyjącymi z HIV/AIDS. W cytowanych badaniach osób w wieku reprodukcyjnym z 2011 roku niemal co dziesiąty respondent jest w błędzie, sądząc, że można się zakazić HIV poprzez dotyk (9%), jeszcze częściej twierdzono, że niebezpieczne może być wspólne spożywanie posiłków (14%). Co prawda, ośmiu na dziesięciu respondentów uważa, że zdrowo wyglądająca osoba może być zakażona HIV, jednak tylko sześciu na dziesięciu badanych twierdzi, że nie zawsze osoba zakażona wirusem ma jakies widoczne objawy.

Ponadto badani zostali poproszeni o wyrażenie opinii na temat wybranych stwierdzeń związanych z ryzykiem zakażenia HIV. Okazało się, że wśród większości badanych panuje przekonanie, że człowiek, który naprawdę się stara, może się zabezpieczyć przed zakażeniem HIV (70%). Większość respondentów zdaje sobie także sprawę ze skali zagrożenia wirusem HIV i uważa, że jest znacznie więcej zakażonych ludzi, niż się to pozornie wydaje (64%), nie zgadza się ze stwierdzeniem, że ryzyko zakażenia HIV jest tak małe, że nie ma się czego bać (59%), oraz sądzi, że z wirusem HIV można żyć przez wiele lat (58%). Jednak 43% badanych podczas współżycia nie myśli o ryzyku zakażenia wirusem HIV, a dla 7% ryzyko to sprawia, że współżycie jest podniecające (!).

Badanych poproszono także o ocenę własnego ryzyka zakażenia się wirusem HIV. Tylko 8% respondentów oceniło to ryzyko jako średnie lub duże. Z kolei 39% uważa, że

⁹ Z. Izdebski, *Seksualność Polaków na początku XXI wieku. Studium badawcze*, Kraków 2012.

¹⁰ K. Komosińska, A. Małkowska-Szkutnik, *Wiedza i przekonania związane z HIV/AIDS oraz zachowania seksualne studentów Uniwersytetu Warszawskiego*, Warszawa 2008.

ryzyko zakażeniem jest małe, natomiast według 42% osób biorących udział w badaniu sądzi, że takie ryzyko w ich przypadku nie występuje.

Wiedza na temat HIV/AIDS nie jest wystarczającym warunkiem unikania zachowań ryzykownych z punktu widzenia możliwości zakażenia. W badaniach z lat 1997, 2001, 2004 i 2011, do których się wcześniej odwołano, wykazano znaczącą skalę podejmowania zachowań ryzykownych w kontekście możliwości zakażenia się wirusem HIV (np. podejmowanie współżycia seksualnego poza stałym związkiem, posiadanie licznych partnerów seksualnych, niestosowanie prezerwatyw itp.) oraz przemiany w obyczajowości seksualnej polegające na znaczącym odejściu od tradycyjnych, konserwatywnych norm obyczajowych. Inne badania, przeprowadzone na grupach osób, które charakteryzuje częste podejmowanie ryzykownych zachowań seksualnych – kobiet świadczących usługi seksualne oraz mężczyzn mających seks z mężczyznami – wykazały, że relatywnie duży poziom wiedzy na temat sposobów unikania zakażenia HIV nie wiąże się z zaniechaniem podejmowania zachowań ryzykownych¹¹.

Testowanie

W Polsce w laboratoriach diagnostycznych powszechnie dostępne są testy przesiewowe wykrywające obecność przeciwciał zarówno przeciwko HIV-1, jak i HIV-2, oparte na metodzie ELISA (ang. *enzyme-linked immunosorbent assay*) [EIA (ang. *electroimmunoassay*)]. Wynik ujemny (negatywny) testu przesiewowego oznacza, że nie znaleziono przeciwciał anty-HIV. Jeżeli wykonywany jest test IV generacji, wynik ujemny oznacza, że nie znaleziono przeciwciał anty-HIV i antygenu p24 wirusa. Jeżeli od ryzykownego zachowania minęło 12 tygodni i więcej, a wynik testu przesiewowego jest ujemny, oznacza to, że nie doszło do zakażenia. Wynik dodatni (pozytywny) testu ELISA (EIA) nie dowodzi jeszcze zakażenia. Z różnych przyczyn taki wynik może być fałszywie dodatni, dlatego zawsze musi zostać zweryfikowany testem potwierdzenia.

Test w kierunku HIV anonimowo i bezpłatnie można wykonać w Polsce w jednym z punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD). W 2013 roku istniały 32 takie punkty. Poza PKD badania można wykonać w poradniach przy klinikach chorób zakaźnych, w niektórych stacjach sanitarno-epidemiologicznych oraz w laboratoriach diagnostycznych. W tych miejscach badanie jest płatne, często nie jest też anonimowe. Testowanie zawsze winno być poprzedzone rozmową z doradcą, który informuje o przebiegu testu, dokonuje interpretacji wyniku, szacuje ryzyko zakażenia oraz – co najważniejsze – ustala, czy jest to dobry moment na wykonanie testu. Doradca po uzyskaniu wyniku testu wyjaśnia jego znaczenie; w przypadku wyniku dodatniego wspiera

¹¹ Z. Izdebski, *Seksualność Polaków...*

i wskazuje dalsze drogi postępowania. W Polsce lekceważona jest rola poradnictwa okołotestowego – porady towarzyszące testowaniu prowadzi się rzadko¹².

Ze względu na długotrwały bezobjawowy przebieg zakażenia wirusem HIV liczba nowo wykrytych zakażeń zależy w dużej mierze od liczby wykonywanych testów¹³. Ważnym zagadnieniem jest więc problem skali testowania. Badania realizowane na próbie osób w wieku reprodukcyjnym w latach 1997-2011 wykazały, że odsetek osób, które deklarowały, że kiedykolwiek wykonały test w kierunku HIV, zasadniczo się nie zmienił i wynosił do 2005 roku nie więcej niż 7%, w 2011 roku osiągając poziom 9%. Należy przy tym zauważyć, że ponad połowa tych osób (52%) wykonała test tylko raz, ponownemu badaniu poddało się 13%, a pięć testów i więcej wykonało tylko 7%. Respondenci wykonywali test w kierunku HIV najczęściej nie z własnej inicjatywy, lecz w związku z koniecznością poddania się innego rodzaju badaniom. Jeszcze gorzej wygląda wykonywanie testów w przypadku osób po 50. roku życia. W badaniach zrealizowanych w 2007 roku tylko 3% respondentów deklarowało, że kiedykolwiek miało robiony test w kierunku HIV¹⁴.

W porównaniu z krajami UE i krajami byłego ZSRR w Polsce jest najmniej wykonywanych badań przesiewowych w kierunku zakażenia HIV. Nowe zakażenia wykrywane są często już w stadium AIDS (szczególnie u osób heteroseksualnych), co zdecydowanie pogarsza rokowanie¹⁵.

W ostatnich latach w Polsce zostały podjęte działania mające na celu wprowadzenie badań w kierunku HIV jako elementu opieki okołoporodowej¹⁶. Lekarz prowadzący ciążę ma obowiązek zaproponować pacjentce takie badanie do 10. tygodnia ciąży oraz pomiędzy 33. a 37. tygodniem ciąży. Światowe i polskie doświadczenia w obszarze epidemii HIV wskazują na walory dobrowolnego testowania, zwłaszcza w krajach o niskiej prevalencji. W badaniach Z. Izdebskiego i Polpharmy z 2011 roku stwierdzono, że 65% kobiet, które były w ciąży, otrzymało od lekarza propozycję wykonania testu w kierunku HIV. Większość z nich (95%) taki test wykonała. Natomiast co trzeciej kobiecie, która była w ciąży, lekarz nie zaproponował takiego badania.

¹² Jak wynika z badania przeprowadzonego w roku 2005, ze zdecydowaną większością (68%) spośród osób, które wykonały test, nie przeprowadzono rozmowy ani przed testem, ani też po nim. W przypadku 13% osób poddających się testowaniu rozmowa taka została przeprowadzona zgodnie z wymogami – przed testem i po nim, a z 14% – przed testem (Z. Izdebski, *Ryzykowna dekada...*).

¹³ Dane NIZP PZH.

¹⁴ Z. Izdebski, *Seksualność Polaków...*, s. 550-551.

¹⁵ A. Wnuk, B. Szetela, D. Bander, *op. cit.*, s. 33.

¹⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U. poz. 1100).

Terapia antyretrowirusowa

Mimo ogromnego postępu, jaki się dokonał w ostatnich latach w badaniach nad patogenezą zakażenia HIV, perspektywa uzyskania szczepionki przeciwko HIV/AIDS wydaje się ciągle odległa. W ostatnim piętnastoleciu dokonano jednak ogromnego postępu w leczeniu. Najpopularniejszą stosowaną dziś metodą jest intensywna terapia antyretrowirusowa (ARV, *anti-retroviral therapy*) HAART (ang. *highly active antyretroviral therapy*) charakteryzująca się tym, że pacjentowi podaje się zestaw co najmniej trzech różnych leków, które mają zahamować replikację wirusa HIV. Wprowadzenie do terapii nowej grupy leków poprawiło radykalnie rokowanie i przeżywalność osób zakażonych wirusem HIV. Niestety, zaczęły się pojawiać interakcje wykluczających się wzajemnie kuracji terapeutycznych. Leczenie takie może być okupione uciążliwymi objawami ubocznymi, takimi jak wymioty, biegunka, anemia, zapalenie wątroby, lipodystrofia. Długotrwałe stosowanie skojarzonej terapii antyretrowirusowej wywołuje ponadto oporność na leki, co wymusza zmiany leczenia z powodu nieskuteczności wirusologicznej.

W 2001 roku powstał program „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z HIV w Polsce”. Celem głównym tego programu jest ograniczenie skutków epidemii HIV/AIDS przez zapewnienie leczenia antyretrowirusowego. Programem leczenia ARV objęte są wszystkie osoby zakażone HIV i chore na AIDS spełniające kryteria medyczne, również kobiety w ciąży zakażone HIV, noworodki urodzone przez matki seropozytywne oraz osoby, które wymagają leków antyretrowirusowych w ramach postępowania poekspozycyjnego po narażeniu na zakażenie – ekspozycje zawodowe i wypadkowe¹⁷.

Należy podkreślić, że koszty takiej terapii są wysokie. Szacunkowy koszt terapii HAART wynosi około 40 tys. zł rocznie. Leczenie jest długookresowe, praktycznie chodzi o całożyciową farmakoterapię, która rozpoczyna się u relatywnie młodych ludzi. W Polsce leczenie jest w pełni refundowane (dla pacjenta – bezpłatne) i do terapii mają dostęp wszyscy chorzy spełniający kryteria medyczne (wykluczani są czynni narkomani do czasu rozwiązania problemu z nałogiem). Olbrzymie koszty terapii HAART powodują znaczne ograniczanie środków budżetowych przeznaczanych na profilaktykę.

¹⁷ Minister Zdrowia, *Sprawozdanie z realizacji krajowego programu zapobiegania zakażeniom HIV i zwalczanie AIDS w 2013 r.*, opracowane przez Krajowe Centrum ds. AIDS na podstawie danych NIZP PZH, cz. 1, s. 56.

Akceptacja osób żyjących z HIV/AIDS

Poza wiedzą i przekonaniem na temat HIV/AIDS, dla oceny potrzeb związanych z informacją, edukacją i profilaktyką, bardzo ważna jest także diagnoza postaw wobec osób żyjących z HIV/AIDS. Wyniki badań uzyskane w 2011 roku świadczą o tym, że respondenci deklarują dość dużą tolerancję i akceptację osób zakażonych wirusem HIV. Porównanie wyników badań osób w wieku 15-49, realizowanych w latach 1997, 2001, 2005 oraz 2011, pozwala dostrzec wyraźne tendencje w zmianach postaw wobec osób żyjących z HIV/AIDS:

- w pierwszych trzech badaniach wyraźnie widać szybką zmianę postaw i zwiększającą się gotowość do opieki nad osobami chorymi; w roku 1997 gotowość do opieki nad bliską osobą z HIV/AIDS deklarowało 34% respondentów, w roku 2001 – 56%, z kolei w 2005 roku aż 80%; jednak w 2011 roku odsetek ten się zmniejszył i wyniósł 73%;

- w trzech pierwszych turach badań zmniejszał się odsetek respondentów, którzy byli zdania, że osoby żyjące z HIV/AIDS powinny mieć prawo do zachowania tajemnicy o stanie swojego zdrowia; prawo to przyznała w 2005 roku połowa badanych (53%), co stanowi wzrost o 7 punktów procentowych w porównaniu z rokiem 2001 i aż o 12 punktów procentowych w stosunku do roku 1997; w 2011 roku odnotowano niekorzystną zmianę w tym zakresie – tylko 37% badanych uznało, że osoby żyjące z HIV/AIDS powinny mieć prawo do zachowania tajemnicy o stanie swojego zdrowia;

- w pierwszych trzech turach badań wzrastał odsetek badanych, którzy sądzili, że osobom żyjącym z HIV/AIDS powinno się pozwolić na kontynuowanie dotychczasowej pracy; w 2005 roku wyniósł on 84%, a we wcześniejszych badaniach: 71% i 64% – odpowiednio dla lat 2001 i 1997; w roku 2011 odsetek respondentów wyrażających taką opinię zmniejszył się do 71%.

Można więc stwierdzić, że w 2011 roku, po latach korzystnych zmian w omawianym zakresie, odnotowano wzrost skali postaw restrykcyjnych, dyskryminacyjnych wobec osób żyjących z HIV/AIDS.

Profilaktyka

Od początku wystąpienia pandemii HIV/AIDS, zwłaszcza do czasu wdrożenia relatywnie skutecznych procedur leczenia opartych na terapii antyretrowirusowej, zapewnienie odpowiedniego dostępu do informacji, edukacji i profilaktyki dotyczącej HIV/AIDS uznawano za jedyny skuteczny sposób ograniczania liczby osób zakażonych. Dzisiaj, pomimo tego, że spadek liczby nowych zakażeń przypisuje się sukcesom medycznym, a nie profilaktyce, działania pozamedyczne są nie mniej ważne. W Polsce działania te koordynuje i częściowo finansuje Krajowe Centrum do spraw AIDS. Bardzo dużą

rolę odgrywają w tym zakresie także organizacje pozarządowe, stowarzyszenia i fundacje, także te, które kierują swoje działania do osób żyjących z HIV/AIDS. Niestety, Polska należy do państw Unii Europejskiej, które w przeliczeniu na głowę mieszkańca przeznaczają najmniej, to jest 0,05 euro, czyli około 20 gr środków na profilaktykę. Obecnie około 96% wszystkich środków z budżetu państwa przeznaczonych do walki z HIV/AIDS wydaje się na leczenie ARV, a jedynie 4% środków pozostaje na profilaktykę zakażeń HIV¹⁸. Trzeba jednak podkreślić, że organizacje pozarządowe w relatywnie dużym zakresie wykorzystują do finansowania działań edukacyjno-informacyjnych także środki asygnowane na ten cel przez samorządy lokalne oraz środki zewnętrzne, także unijne.

Niemal 30-letni okres działań realizowanych w Polsce na rzecz informacji, edukacji i profilaktyki dotyczącej HIV/AIDS powinien się doczekać odrębnego, obszernego opracowania. To dzięki nim epidemia HIV/AIDS w naszym kraju została znacząco ograniczona. Prowadzono w tym czasie różnorodne działania, między innymi: szkolenia edukatorów seksualnych i osób mogących realizować poradnictwo okołotestowe, społeczne kampanie informacyjne (od 2000 r.), obchody Światowego Dnia Walki z AIDS i Międzynarodowego Dnia Pamięci o Zmarłych na AIDS, liczne szkolenia adresowane dla lekarzy, pielęgniarek, psychologów, pedagogów i edukatorów seksualnych, uruchomiono telefon zaufania. Nawet popularne telenowele (np. *Klan*) wprowadzały wątek dotyczący tej tematyki. Znaczące środki finansowe przeznaczano na druk wysokonakładowych ulotek informacyjnych o HIV/AIDS, kalendarzy reklamowych, plakatów, nalepek, długopisów, koszulek itp. Niektóre działania były wręcz spektakularne, takie jak zawieszanie na fasadzie Pałacu Kultury w Warszawie czerwonej kokardki (symbolu solidarności z osobami żyjącymi z HIV i AIDS, ich rodzinami i przyjaciółmi), opracowanie antologii komiksowej *Komiks kontra AIDS*, czy też Kampania KC ds. AIDS związana z piłkarskimi mistrzostwami Europy Euro 2012 – „Gram fair, używam prezerwatyw”, w ramach której przygotowano ponad 148 tys. pakietów edukacyjnych zawierających informacje na temat AIDS, terminarz rozgrywek oraz zestaw prezerwatyw. W szkołach realizowano liczne programy profilaktyczne oraz olimpiady i konkursy wiedzy dla młodzieży. Działania profilaktyczne podjęto w różnych środowiskach, między innymi w wojsku i wśród osób odbywających karę pozbawienia wolności. Opracowano wiele wydawnictw zarówno popularnonaukowych, jak i naukowych. Prężnie działały Społeczny Komitet do spraw AIDS oraz Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS.

W ostatnich latach widać jednak pewne osłabienie dynamiki tych działań i ograniczenie ich zakresu. Kampanie społeczne są „uśpione”, nie przebijają się przez rozbudowane bloki reklamowe w telewizji (zdecydowanie częściej widz może śledzić

¹⁸ *Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowany na lata 2012-2016*, Warszawa 2012, s. 12.

kampanie leków czy suplementów diety, choćby tych, które wspomagają erekcję...). W szkołach nie odczuwa się już presji ze strony kuratoriów, realizowanych jest coraz mniej programów profilaktycznych. Olimpiada Wiedzy o HIV/AIDS nie jest już organizowana na szczeblu ogólnopolskim, w Internecie można znaleźć informacje tylko o jej trzech wojewódzkich edycjach (w woj. podlaskim, podkarpackim i łódzkim). Poradnictwo okołotestowe jest – w zasadzie – ograniczone do anonimowych punktów testowania, finansowanych przez KC ds. AIDS.

Trudno ocenić, czy obserwowane zmniejszenie dynamiki działań informacyjnych i profilaktycznych związanych z HIV/AIDS wynika w większym stopniu z niedoboru środków finansowych przeznaczanych na ten cel z budżetu państwa, czy też bardziej zaważyła na tym zmiana świadomości społecznej związana z coraz efektywniejszymi procedurami i środkami medycznymi oraz wdrożeniem finansowanego przez państwo leczenia ARV.

Rekomendacje

Zakażenia wirusem HIV stanowią wciąż duże wyzwanie dla zdrowia publicznego. Wraz ze zmieniającym się obrazem epidemii i postęпами medycznymi zmieniają się także potrzeby w zakresie informacji, edukacji i profilaktyki. Najważniejsze z tych potrzeb dotyczą:

- zwiększenia środków publicznych przeznaczanych na kampanie informacyjne i profilaktykę; dalsze utrzymywanie tak niskiego, jak to wykazano, poziomu finansowania działań pozamedycznych będzie przynosiło wzrost nowych zakażeń HIV; wysokie koszty leczenia ARV, bez zmniejszenia skali nowych zakażeń, będą coraz większym problemem ekonomicznym i/lub problemem poszczególnych pacjentów przy braku możliwości pełnej refundacji tego rodzaju leczenia;
- modyfikacji przesłania działań informacyjno-profilaktycznych; pomimo braku szczepionki wprowadzenie skutecznego leczenia ARV spowodowało wyraźne zmiany w obrazie podejmowania zachowań ryzykownych i obyczajowości seksualnej; traktowanie HIV/AIDS (zwłaszcza przez osoby młode) jako kolejnej choroby przewlekłej, która choć uciążliwa, nie jest śmiertelnym zagrożeniem, to bardzo niefrasobliwe, niebezpieczne i nie do końca zgodne z prawdą nastawienie, które należy koniecznie uwzględnić w działaniach edukacyjnych i profilaktycznych;
- rozszerzenia skali testowania oraz poradnictwa okołotestowego, a także modyfikacji jego przebiegu w związku z możliwością efektywnego leczenia ARV; konieczne jest traktowanie poradnictwa okołotestowego jako szansy na indywidualną profilaktykę ryzykownych zachowań seksualnych;

– modyfikacji strategii przedstawiania propozycji badań w kierunku HIV kobietom w ciąży; należy prezentować to badanie w sposób neutralny, nieobciążony „wyjątkowością” zagrożenia HIV/AIDS, tak samo jak pozostałe badania, których wykonanie w tym okresie jest odbierane przez pacjentki jako niezbędny element opieki okołoporodowej;

– bardzo starannego doboru strategii i treści poszczególnych działań informacyjnych i profilaktycznych, zwłaszcza kampanii społecznych dotyczących HIV/AIDS; działania podejmowane w najlepszej wierze są nieefektywne, jeśli niedostatecznie uwzględniają zmienność kontekstów kulturowych i subkulturowych¹⁹;

– poszerzenia adresatów kampanii informacyjnych i oddziaływań edukacyjnych; potraktowanie tych działań jako ważnej składowej edukacji całościowej²⁰; feminizacja epidemii, utrzymywanie się szczególnie dużego poziomu nowych zakażeń wśród osób młodych oraz mężczyzn mających seks z mężczyznami, zwiększenie skali zakażeń wśród osób heteroseksualnych i osób w starszym wieku nakazuje intensyfikację oddziaływań pozamedycznych adresowanych do poszczególnych grup odbiorców i uwzględnienie w nich specyfiki potrzeb tych adresatów; nowym wyzwaniem dla profilaktyki jest także pojawienie się zakażeń u kobiet w starszym wieku – w tej kategorii wiekowej rezygnacja z używania prezerwatyw w okresie pomenopauzalnym może stanowić dodatkowy czynnik ryzyka zakażenia;

– prowadzenia bardziej ofensywnych i bardziej „adresowanych”, uwzględniających specyfikę grup/grupy docelowej, kampanii społecznych i programów profilaktycznych; chodzi zarówno o „społeczną adaptację” problemu HIV/AIDS²¹ – przekonanie o jego wadze i realności zakażenia osób bezpodstawnie to wykluczających, jak i bardziej efektywne docieranie z przekazem edukacyjnym do osób szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia poprzez między innymi poszerzenie takich form oddziaływań, jak: poradnictwo realizowane przez Internet, edukacja rówieśnicza, streetworking, e-learning; wzbogacenie programów edukacyjnych o problematykę HIV/AIDS realizowanych na różnych etapach i formach kształcenia: szkolnictwo wyższe, uniwersytety trzeciego wieku czy szkoły rodzenia;

– zwiększenia efektywności szkolnej edukacji seksualnej w zakresie przekazu dotyczącego HIV/AIDS i podejmowania zachowań ryzykownych; wprowadzenie szkolnej oferty z tego zakresu adresowanej do rodziców jako oddziaływań, które mogłyby zapewnić bezpośredni przekaz edukacyjny potencjalnie największej grupie osób dorosłych w wieku reprodukcyjnym;

¹⁹ J. Bancroft, *Seksualność człowieka*, Wrocław 2011, s. 441.

²⁰ J. Pólturzycki, *Potrzeby i perspektywy rozwoju andragogiki w XXI wieku*, „Edukacja Ustawiczna Dorosłych” 2006, t. 4, s. 7-20.

²¹ Z. Izdebski, *Wiedza, przekonania o HIV/AIDS w społeczeństwie polskim. Zachowania seksualne*, Warszawa 2000, s. 28.

- prowadzenia intensywnej profilaktyki adresowanej do środowisk osób narażonych na ekspozycję HIV w związku z wykonywanym zawodem (łącznie z rozważeniem konieczności zastosowania odpowiednich procedur medycznych – profilaktyki przed- i poekspozycyjnej²²) bądź należących do kategorii osób podejmujących szczególnie często ryzykowne zachowania seksualne, także osób podejmujących ryzykowne zachowania seksualne pod wpływem alkoholu, narkotyków czy dopalaczy;
- przeciwdziałania stygmatyzacji i dyskryminacji osób szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia, realizacji edukacji antydyskryminacyjnej adresowanej do osób w różnym wieku, także osób starszych; próba osłabienia mitów, stereotypów, które w polskim społeczeństwie dotyczą na przykład osób homoseksualnych, osób żyjących z HIV/AIDS, osób zażywających narkotyki;
- uwzględnienia w kampaniach informacyjnych i działaniach profilaktycznych problematyki migracji, która w coraz większym stopniu dotyczy Polski; chodzi zarówno o osoby czasowo emigrujące z Polski i podejmujące na emigracji ryzykowne zachowania seksualne, jak i osoby imigrujące do Polski, często z krajów o bardzo wysokim poziomie zakażeń HIV (np. Ukraina, Rosja);
- prowadzenia wyspecjalizowanego doradztwa adresowanego do osób zakażonych wirusem HIV i chorych na AIDS; chodzi tutaj o poradnictwo medyczne, ale również o stworzenie kompleksowego poradnictwa ukierunkowanego na rozwiązywanie doświadczanych trudności przez te osoby – poradnictwo psychologiczne, prawne czy socjalne;
- systematycznego doskonalenia kadry profesjonalistów, zwłaszcza kadry medycznej, psychologów, pedagogów, edukatorów seksualnych;
- prowadzenia systematycznych badań i analiz epidemiologicznych, społecznych oraz ewaluacji działań informacyjnych, edukacyjnych i profilaktycznych.

Na koniec warto zauważyć, że realizacja tych postulatów wymaga spełnienia nie tylko określonych warunków merytorycznych i ekonomicznych, ale także uzyskania konsensusu społecznego. Tymczasem w Polsce problematyka seksualności jest bardzo zideologizowana i upolityczniona. Najlepszą profilaktyką HIV/AIDS jest rzetelna edukacja seksualna. W Polsce nie możemy jednak mówić o powszechnej, opartej na naukowych przesłankach edukacji seksualnej w szkołach, a problematyka HIV/AIDS nie zawsze jest w ogóle uwzględniana w programie zajęć edukacyjnych wychowania do życia w rodzinie²³. W latach 80. i 90. ubiegłego wieku uzyskano swoisty kompromis ideologiczny w odniesieniu do działań podejmowanych na rzecz przeciwdziałania

²² B. Szeleta i in., *Profilaktyka zakażenia HIV*, [w:] *Zakażenia HIV i AIDS – poradnik dla lekarzy*, red. A. Gładysz, B. Knysz, Wrocław 2014.

²³ Z. Izdebski, K. Wąż, *Edukacja seksualna. Potrzeba, oczekiwania społeczne, realizacja*, „Edukacja. Studia. Badania. Innowacje” 2011, nr 1, s. 47-60.

pandemii HIV/AIDS. Tymczasem obecnie atmosfera „paniki moralnej” związana z krucjatą ideologiczną i polityczną organizowaną pod hasłem „walki z ideologią gender” powoduje, że o takim kompromisie nie można już mówić. Dobrym przykładem jest oprotestowanie kampanii „Seks w twoim mięście”, skierowanej do środowiska MSM w 2013 roku. Krajowe Centrum ds. AIDS, które kampanię zamówiło i finansowało, po wszczęciu protestu pod hasłem „Portal porno do walki z epidemią” zapewniło, że nic nie wiedziało o publikowanych treściach, które oburzyły dziennikarzy. Choć Stowarzyszenie Lambda, które kampanię przygotowało, twierdziło, że konsultowało wszystkie materiały, i tłumaczyło, że tylko bezpośrednio i wyraziste kampanie okazują się skuteczne, strona została zamknięta, a KC ds. AIDS wycofało się z finansowania kampanii. Budujące w tej sprawie jest to, że aktualnie kampania jest realizowana przez pięć organizacji pozarządowych, ale nie jest już finansowana ze środków publicznych.

PROFILAKTYKA I PORADNICTWO DLA DOROSŁYCH W ZAKRESIE HIV/AIDS. ZMIENIAJĄCE SIĘ POTRZEBY

STRESZCZENIE: W Polsce od 30 lat realizowane są działania informacyjne, edukacyjne i profilaktyczne dotyczące HIV/AIDS. Dzięki nim mamy w naszym kraju stosunkowo korzystną sytuację epidemiologiczną w tym zakresie. W opracowaniu autorzy poddali analizie zmiany, jakie w ostatnich latach zachodzą w obrazie epidemiologii, w testowaniu w kierunku HIV, terapii antyretrowirusowej, a także w poziomie wiedzy na temat HIV/AIDS Polaków w wieku reprodukcyjnym i ich stosunku do osób żyjących z HIV/AIDS. W tym kontekście przedstawili wiele rekomendacji odnoszących się do niezbędnych zmian w zakresie finansowania, projektowania i realizacji działań edukacyjnych związanych z HIV/AIDS, w tym konieczność potraktowania ich jako ważnego komponentu edukacji całościowej.

SŁOWA KLUCZOWE: HIV/AIDS, epidemiologia, profilaktyka, poradnictwo.

THE CHANGING NEEDS OF HIV/AIDS PREVENTION AND COUNSELLING FOR ADULTS

SUMMARY: In Poland the activities in the field of HIV/AIDS information, education and prevention have been carried out for 30 years. Thanks to them the HIV/AIDS epidemiological situation is relatively good. In the article the authors have analysed the changes which happened in the field of epidemiology, HIV testing, anti-retroviral therapy, the level of HIV/AIDS knowledge of Poles who are in their reproductive years as well as their attitude to HIV positive people. The authors also presented a number of recommendations concerning the necessary changes in financing, planning and carrying out HIV/AIDS educational activities. Such activities must be treated as a very important component of lifelong education.

KEYWORDS: HIV/AIDS, epidemiology, prevention, counselling.