



W numerze:

Charakterystyka punktów konsultacyjno-
diagnostycznych na podstawie analizy
badań ilościowych za 2009 rok

Marta Walichnowska

str. 1-3

Kampania społeczna „Wróć bez HIV”
- czy dotarła do adresata?

Magdalena Borowska
Agnieszka Podlasczak

str. 4

Prasa o HIV/AIDS w 2009 roku

Małgorzata Olczyk

str. 5-6

Opieka społeczna wobec osób
żyjących z HIV/AIDS

Janusz Majchrzak

str. 7

Najnowsze dane epidemiologiczne
dotyczące HIV/AIDS – Polska i świat

Katarzyna Gajewska

str. 8

Aspekty

Projekt H-Cube

Iwona Kłapińska

Telefon Zaufania HIV/AIDS

(+22) 692 82 26; 801 888 448 pn. 9⁰⁰ - sob 21⁰⁰

Lekarze specjaliści dyżurują:

we wtorki i czwartki w godz. 17:00-19:00

AIDS – Zielona Linia

(+22) 621 33 67

poniedziałki, środy w godz. 13:00-19:00

wtorki, czwartki i piątki w godz. 10:00-16:00

Ośrodek Informacji o HIV/AIDS

(+22) 331 77 66

info@aids.gov.pl

Poradnia Internetowa HIV i AIDS

www.aids.gov.pl

Ewa GG: 8442779

Adam GG: 12452394

w środy godz. 20:00-22:30

Charakterystyka punktów konsultacyjno- diagnostycznych na podstawie analizy badań ilościowych za 2009 rok

Punkty konsultacyjno-diagnostyczne (PKD) wykonują anonimowo i bezpłatnie testy wykrywające zakażenie HIV, połączone z poradnictwem okołotestowym w odniesieniu do indywidualnych zachowań pacjenta. PKD działają na zasadach i według standardów opracowanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS. Prowadzone są przez organizacje pozarządowe w oparciu o bazę lokalową istniejących zakładów opieki zdrowotnej i finansowane głównie przez Centrum ze środków Ministra Zdrowia, w ramach otwartego konkursu ofert.

Do końca 2009 roku powstało w Polsce 28 punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD) rekomendowanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS:

ryzykownych zachowań. Daje to możliwość podejmowania skuteczniejszych działań profilaktycznych i właściwą alokację środków na tę działalność.



Aktualne adresy i godziny pracy PKD dostępne są na stronie internetowej Centrum www.aids.gov.pl

Informacje zbierane w punktach anonimowego testowania pozwalają uzyskać niezbędne dane statystyczne i epidemiologiczne, dotyczące między innymi dróg zakażenia oraz trendów zmian

Dane z PKD zbierane są na dwa sposoby. Pierwszy to comiesięczne zestawienia ilościowe z liczby wykonanych testów, liczby wyników dodatnich, porad bez wykonania testu oraz, co najważniejsze, prawdopodobnych dróg zakażenia. Drugi sposób to wywiad ze standaryzowaną listą zagadnień wypełnianą przez

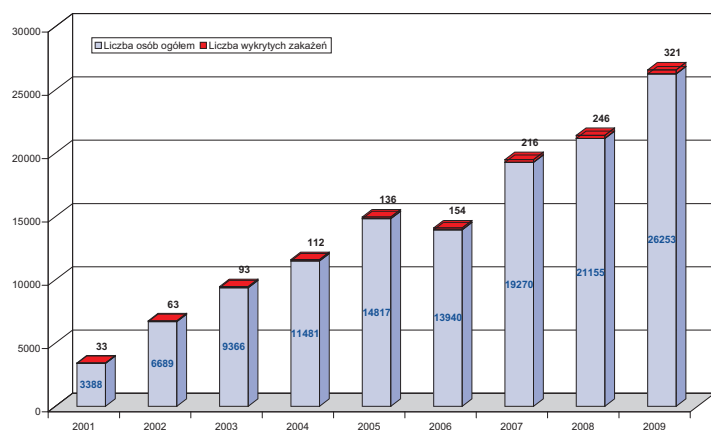
doradcę podczas rozmowy z pacjentem oraz ankieta dobrowolna wypełniana przez klienta. Dzięki nim Krajowe Centrum ds. AIDS gromadzi takie dane, jak: wiek, płeć, liczba wykonanych wcześniej testów w kierunku HIV, sytuacje ryzykowne, orientacja seksualna, rodzaj kontaktów seksualnych, liczba partnerów seksualnych, stosowanie prezerwatyw, używanie narkotyków itp.

Prezentowane opracowanie zawiera analizę danych zawartych w zestawieniach liczbowych charakteryzujących osoby zgłaszające się do punktów konsultacyjno-diagnostycznych pod względem wieku, płci, liczby wykrytych zakażeń i prawdopodobnych dróg zakażenia.

Sieć punktów konsultacyjno-diagnostycznych tworzoną jest od końca lat 90. W 2001 roku istniało 11 PKD i wraz z upływem lat ich liczba stale wzrastała. W roku 2009 było 28 PKD w całej Polsce.

Szczegółowe dane statystyczne i epidemiologiczne zbierane są od początku 2001 roku i od tego czasu obserwuje się systematyczny wzrost liczby osób zgłaszających się do PKD, co wynika ze zwiększającej się corocznie liczby punktów oraz z efektywności kampanii i programów profilaktycznych promujących testowanie w kierunku HIV. Jednocześnie odsetek wykrytych zakażeń w PKD zwiększył się z 0,97% w 2001 r. do 1,22% w 2009 roku.

Wykres 1.



W 2009 roku zaobserwowano wyraźny wzrost liczby osób zgłaszających się do PKD (25% osób więcej w porównaniu do roku poprzedniego). Jest to najwyższy wskaźnik od początku powstania punktów.

Wyjątkowo w 2009 roku nie zaobserwowano spadku zainteresowania wykonaniem testu w kierunku HIV w okresie wakacyjnym wprost przeciwnie

– liczba osób w III kwartale wzrosła. Były to też miesiące najwyższej wykrywalności zakażeń HIV (ponad 28% wszystkich wykrytych zakażeń w PKD). Przyczyną tego zjawiska mogły być nasilone w tym okresie działania w ramach kampanii „Wróć bez HIV”, skierowana m.in. do osób wyjeżdżających na wakacje.

Tabela 1. KWARTAŁY 2009

Miesiąc	Liczba testów ujemnych	Liczba testów dodatnich	Liczba testów ogółem	Liczba porad bez testu	Liczba osób ogółem
Styczeń	1797	29	1826	50	1876
Luty	1687	22	1709	67	1776
Marzec	2018	34	2052	58	2110
	5502	85	5587	175	5762
Kwiecień	1762	25	1787	41	1828
Maj	1741	1764	56	1820	1820
Czerwiec	1784	20	1804	46	1850
	5287	68	5355	143	5498
Lipiec	1865	32	1897	53	1950
Sierpień	1836	30	1866	49	1915
Wrzesień	2065	28	2093	66	2159
	5766	90	5856	168	6024
Październik	2301	27	2328	51	2379
Listopad	2735	21	2756	102	2858
Grudzień	3600	30	3630	102	3732
	8636	78	8714	255	8969
Razem	25191	321	25512	741	26253

Wśród osób, które w 2009 roku wykonały test w kierunku HIV w 321 przypadkach stwierdzono zakażenie HIV. Grupa tych osób stanowiła 1,25% wszystkich osób, którym wykonano test w PKD oraz 1,22% wszystkich, którzy zgłosili się do PKD (razem z poradami bez wykonania testu).

W 2009 roku najwięcej dodatnich wyników testów odnotowano w punktach konsultacyjno-diagnostycznych w Warszawie (29,6% wszystkich zdiagnozowanych zakażeń). W PKD we Wrocławiu wykryto 16,5% zakażeń HIV, a w PKD w Chorzowie 13,4%. W pozostałych punktach liczba wykrytych zakażeń HIV stanowiła mniej niż 10%.

Z kolei patrząc na wykrywalność zakażeń HIV względem liczby osób w danym PKD okazuje się, że najwyższa wykrywalność w 2009 roku była w PKD w Elku (5%) i w Zgorzelcu (4,76%). W PKD w Częstochowie i Chorzowie odsetek wykrywalności wynosił ponad 2,3%. W pozostałych punktach odsetek wynosił mniej niż 2%. Szczegółowe dane przedstawia tabela 3.

Klientami PKD w 2009 roku tak, jak w latach ubiegłych, były w szczególności osoby w przedziale wiekowym 20-29 lat (56,5%). Drugą co do liczebności grupą były osoby w wieku 30-39 lat (26,1%). Biorąc pod uwagę liczbę wykrytych zakażeń w poszczególnych grupach wiekowych, 42% wszystkich wykrytych zakażeń w PKD stanowiły osoby od 20 do 29 lat, a 36,8% osoby w wieku 30-39 lat. Najmniejszą liczbę zakażeń HIV wykryto wśród osób poniżej 18. roku życia. Wynika to z faktu, że prawo polskie zezwala na wykonywanie badań diagnostycznych, w tym testów w kierunku HIV,

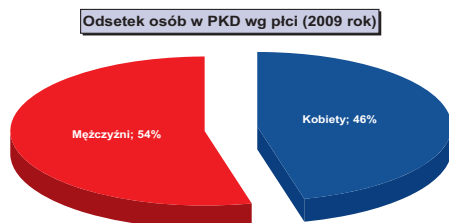
osobom niepełnoletnim wyłącznie w towarzystwie opiekuna prawnego. Jednak jeżeli weźmie się pod uwagę liczbę wykrytych zakażeń HIV w danej grupie wiekowej w porównaniu z liczbą osób, które wykonały test w PKD w tej grupie wiekowej to okaże się, że najwyższy odsetek wykrywalności jest wśród osób w wieku 40-49 lat (2,44%), a najmniejszy wśród osób w wieku 18-19 lat (0,46%) co ilustruje poniższa tabela.

Tabela 2.

Wiek	Liczba osób ogółem	Liczba wykrytych zakażeń	Odsetek wykrywalności
<18	305	3	0,98%
18-19	1081	5	0,46%
20-29	14423	135	0,93%
30-39	6649	118	1,77%
40-49	1803	44	2,44%
50-59	910	12	1,31%
>60	341	4	1,17%

Jeśli chodzi o płeć osób zgłaszających się do PKD w 2009 roku, to niewielką przewagę stanowili mężczyźni (54%).

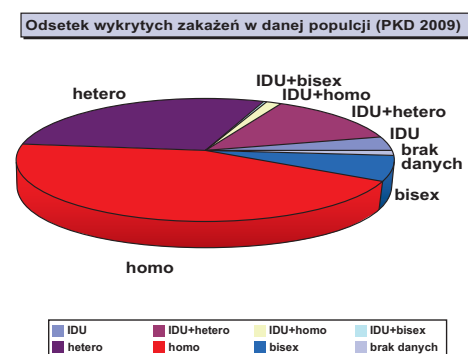
Wykres 2.



Zwraca jednak uwagę zależność pomiędzy liczbą osób danej płci, które zgłosiły się do PKD, a liczbą osób, u których wykryto zakażenie HIV. Przeważającą większość w tej drugiej grupie stanowili mężczyźni (83,5%), co świadczy o zdecydowanie większej wykrywalności HIV wśród mężczyzn także.

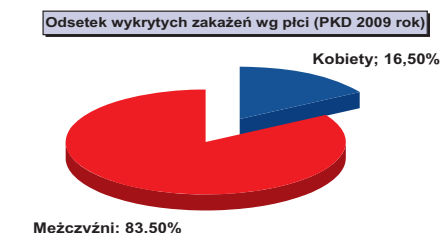
Od kilku lat obserwuje się w Polsce wzrost liczby zakażeń z powodu ryzykownych zachowań seksualnych, a spadek wśród osób stosujących narkotyki drogą dożylną.

Wykres 3.



W 2009 roku odsetek osób z HIV, u których prawdopodobną drogą zakażenia były wyłącznie ryzykowne kontakty seksualne, wynosił 84,4%, z kolei osoby wyłącznie z narkotykami w iniekcji w wywiadzie (IDU), to 3,74% wszystkich wykrytych zakażeń w PKD. Klienci, u których stwierdzono dwie prawdopodobne drogi zakażenia, tj. narkotyki w iniekcji i ryzykowne kontakty seksualne (IDU + seks) stanowili 15,6% osób zakażonych.

Wykres 4.



Wśród osób używających narkotyków drogą iniekcji mężczyźni stanowili 75% zakażonych. Wśród osób, u których prawdopodobną drogą zakażenia były ryzykowne kontakty heteroseksualne, mężczyźni stanowili 61,3% wykrytych zakażeń, zaś homoseksualnych – 98,6%. To, co może tłumaczyć powyższe wyniki badań, to takie kryteria, jak: częstsze zachowania ryzykowne, liczba partnerów seksualnych, częstotliwość zmian partnerów seksualnych, użycie prezerwatywy.

Tabela 3.

Punkt konsultacyjno-diagnostyczny	Suma wyników ujemnych	Suma wyników dodatnich	Liczba porad bez testu	Ogółem	Odsetek w PKD	Odsetek wyników dodatnich do dodatnich ogółem
PKD Białystok	576	9	4	589	1,53	2,80
PKD Chorzów	1760	43	25	1828	2,35	13,40
PKD Częstochowa	323	8	7	338	2,37	2,49
PKD Elk	95	5	0	100	5	1,56
PKD Gdańsk	1789	28	0	1817	1,54	8,72
PKD Gorzów Wielkopolski	360	1	0	361	0,28	0,31
PKD Jelenia Góra	687	3	2	692	0,43	0,93
PKD Kielce	475	2	46	523	0,38	0,62
PKD Koszalin	290	4	17	311	1,29	1,25
PKD Kraków	865	10	16	891	1,12	3,12
PKD Legnica	149	0	17	166	0	0,00
PKD Lublin	637	5	27	669	0,75	1,56
PKD Łódź	634	8	3	645	1,24	2,49
PKD Olsztyn	972	4	35	1011	0,4	1,25
PKD Opole	358	7	19	384	1,82	2,18
PKD Poznań	1524	13	23	1560	0,83	4,05
PKD Rzeszów	450	2	21	473	0,42	0,62
PKD Słupsk	200	0	1	201	0	0,00
PKD Szczecin	1237	8	19	1264	0,63	2,49
PKD Toruń	210	2	21	233	0,86	0,62
PKD Wałbrzych	222	1	32	255	0,39	0,31
PKD Warszawa (Chmielna)	3947	48	23	4018	1,19	14,95
PKD Warszawa (Nowogrodzka)	3160	39	110	3309	1,18	12,15
PKD Warszawa (Żelazna)	777	8	48	833	0,96	2,49
PKD Wrocław	2934	53	213	3200	1,66	16,51
PKD Zgorzelec	100	5	0	105	4,76	1,56
PKD Zielona Góra	460	5	12	477	1,05	1,56
Podsumowanie	25191	321	741	26253	1,21	100,00
	25452					

Z powyższych danych wynika, że zainteresowanie punktami konsultacyjno-diagnostycznymi stale rośnie, co ma znaczący wpływ na odsetek wykrywalności zakażeń HIV w Polsce. Wśród osób chcących wykonać test w kierunku HIV dominuje grupa wiekowa 20-29 lat, mimo to największa wykrywalność zakażeń HIV występuje u osób pomiędzy

dzi 40-49 lat. Prawdopodobne drogi zakażenia HIV wśród klientów PKD to ryzykowne kontakty seksualne, a liczba zakażeń HIV w wyniku używania narkotyków drogą dożylną znacząco spada.

Dane przedstawione powyżej są charakterystyczne jedynie dla osób zgłaszających się do PKD w celu wykonania testu w kierunku HIV i nie należy ich przekładać na całość populacji polskiej. Klienci punktów to zazwyczaj osoby o wyższym poziomie ryzykownych za-

chowań. Szczegółowa analiza zjawiska możliwa będzie dopiero po opracowaniu wyników badań z kwestionariuszy wypełnianych przez doradców oraz ankiet dobrowolnych wypełnianych przez klientów.

Marta Walichnowska
m.walichnowska@centrum.aids.gov.pl

Kampania społeczna „Wróć bez HIV” – czy dotarła do adresata?

Mówiąc o problematyce HIV/AIDS nie sposób nie ukazać jej aspektu społeczno-edukacyjnego. Jak wynika z wieloletnich obserwacji, statystyk, lecz także codziennych rozmów w środowisku osób zaangażowanych w profilaktykę HIV/AIDS (edukatorzy, nauczyciele, personel medyczny i inni), zwrócić powinniśmy uwagę na zjawisko, które można określić mianem stopniowego równoważenia się następujących zjawisk:

- wiedza kontra mity
- akceptacja społeczna kontra stygmatyzacja
- nowa perspektywa kontra stereotypy

Czy potwierdzają to badania ankietowe?

Znaczącym przedsięwzięciem w profilaktyce HIV/AIDS w latach 2008 i 2009 była kampania społeczna Krajowego Centrum ds. AIDS *Wróć bez HIV*. Odbiorcami kampanii były osoby podróżujące i wyjeżdżające za granicę. Jej celem było zachęcenie do podejmowania bezpieczniejszych zachowań, a także do poznania swojego statusu serologicznego poprzez wykonanie testu w kierunku HIV.

We wrześniu w Warszawie odbyły się Targi Turystyczne, czyli doskonałe miejsce na dotarcie do osób zainteresowanych podróżowaniem czy organizacją wycieczek turystycznych.

Podczas trzydniowych dyżurów przy stoisku zorganizowanym przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Warszawie, przy bardzo znaczącym wsparciu Krajowego Centrum ds. AIDS, udzielano informacji o problematyce związanej z zakażeniami i o możliwości anonimowego, bezpłatnego testowania. Rozdawano także materiały kampanijne oraz przeprowadzono anonimową ankietę wśród osób odwiedzających targi.

Ankietę wypełniło 300 respondentów. Pytania ułożono w trzech blokach:

- I. Wiedza o HIV/AIDS.
- II. Zachowania ryzykowne podejmowane przez osoby podróżujące.
- III. Stosunek do osób zakażonych.

W grupie ankietowanych wyodrębniono 6 grup wiekowych w następujących przedziałach: do 19 lat (22%); 20-29 lat (21%); 30-39 lat (16%); 40-49 lat (13%); 50-59 lat (12%); powyżej 60 lat (16%).

Inną zmienną braną pod uwagę w analizie był stan cywilny: 40% osób było stanu wolnego; 23% deklarowało związek formalny, 7% związek nieformalny, a 30% nie odpowiedziało na to pytanie.

W kontekście kampanii *Wróć bez HIV* szczególnie interesowały nas odpowiedzi dotyczące zachowań seksualnych w czasie podróży, ewentualnych refleksji i zachowań profilaktycznych.

Na pytanie: „Czy zdarzyło Ci się nawiązywać przelotne kontakty seksualne podczas wakacji i/lub wyjazdów służbowych?” CZĘSTO odpowiedziało 3% wszystkich ankietowanych, lecz aż 7,7% w grupie 40-49 lat. ZAWSZE odpowiedziało 1,7% wszystkich ankietowanych, a 4,1% w grupie powyżej 60 r.ż. Natomiast odpowiedzi CZASAMI udzieliło 19,5% spośród wszystkich osób ankietowanych.

Częstotliwość używania prezerwatywy podczas uprawiania seksu z przygodnymi partnerami zgodnie z deklaracjami przedstawia się następująco: 13% wszystkich ankietowanych ZAWSZE i CZĘSTO uprawia seks bez zabezpieczenia; natomiast ponad połowa badanych (53,2%) deklaruje uprawianie seksu bez zabezpieczenia w przedziale wiekowym 30-39 lat.

Na pytanie: „Czy po powrocie z wakacji, w czasie których miałbyś/miałabyś ryzykowne zachowania, zrobisz test na HIV?” odpowiedź TAK deklaruje 46,6% wszystkich ankietowanych; największy odsetek odpowiedzi TAK odnotowano w grupie wiekowej 20-29 lat (64,1%), a najmniejszy w grupie powyżej 60. roku życia (28,6%).

Bez pogłębionych analiz można stwierdzić, że w grupie osób starszych, uprawianie seksu z przygodnymi partnerami jest dosyć często deklarowane, natomiast gotowość wykonania testu na obecność HIV jest u nich dwukrotnie niższa aniżeli wśród osób w grupie wiekowej 20-29 lat.

Ocena zachowań i akceptacji osób zakażonych przez grupę ankietowaną przedstawia się następująco: 77% ankietowanych odpowiedziało TAK na pytanie „Czy poszedłbyś do lekarza, który leczy osoby zakażone HIV i chore na AIDS?”. 75% osób odpowiedziało TAK na pytanie „Czy byłbyś gotów opiekować się przyjacielem lub krewnym zakażonym HIV lub chorym na AIDS?”. 73% ankietowanych odpowiedziało TAK na pytanie „Czy mógłbyś praco-

wać z osobą zakażoną?”. Natomiast najniższy odsetek odpowiedzi TAK (57%), ze wszystkich pozytywnych odpowiedzi padło na pytanie „Czy mógłbyś jeść w restauracji, w której jedna z pracujących osób jest zakażona HIV?”.

Kolejna grupa pytań dotyczyła znajomości tematyki zakażenia HIV przez osoby ankietowane.

Większość ankietowanych odpowiadała poprawnie na pytania dotyczące wiedzy na temat możliwości zakażenia HIV, dróg przenoszenia wirusa, rozróżnienia terminów HIV a AIDS, czy skuteczności prezerwatywy w zmniejszeniu ryzyka zakażenia. Jednak pogłębiona ocena tych odpowiedzi różnicuje ich poprawność w rozkładzie wiekowym.

Podsumowanie

Przedstawionych informacji, po dokonaniu analizy przeprowadzonych wśród uczestników Targów ankiet, nie traktujemy jako poważnego badania naukowego, lecz raczej jako sondaż opinii na określony temat wśród grupy osób najbardziej zbliżonej do adresatów kampanii *Wróć bez HIV*.

Próba dotarcia do najbardziej właściwej grupy jaką obejmowała kampania *Wróć bez HIV*, czyli osób podróżujących, była niezwykle trudna. Lokalizacja adresatów kampanii wydała się nam możliwa poprzez nawiązanie z nimi kontaktu za pośrednictwem biur podróży. Biura podróży jednak, jako instytucje komercyjne, nie wykazywały zainteresowania naszą aktywnością i nie zadeklarowały chęci współpracy. Również sama problematyka HIV/AIDS jest trudnym zagadnieniem, a obszar seksualności z nią związany może budzić niechęć, zawstydzenie, a niekiedy pozorowany lub faktyczny brak zainteresowania, „bo TO przecież mnie/nas nie dotyczy”. Dlatego tak ważna jest diagnoza środowiska, jego specyfiki, funkcjonujących w nim autorytetów, tzw. „przewodników kampanii”, w grupie adresatów, by można było skuteczniej dotrzeć z przesłaniem i treściami zawartymi w kampaniach społecznych.

Magdalena Borowska,

Agnieszka Podlaszczak,

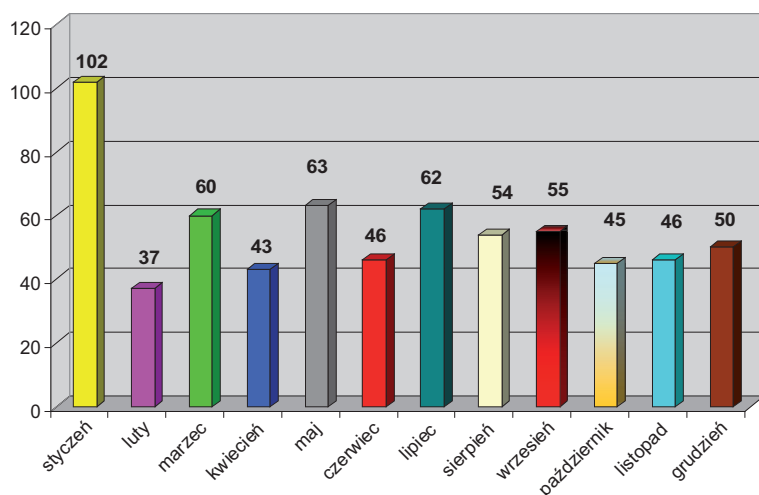
Oddział Oświaty Zdrowotnej i Promocji
Zdrowia PSSE Warszawa

Prasa o HIV/AIDS w 2009 roku

W 2009 roku na łamach prasy ogólnopolskiej i regionalnej ukazały się 663 publikacje poruszające różne aspekty HIV/AIDS. Liczba tych publikacji w poszczególnych miesiącach rozkładała się inaczej niż w latach poprzednich. Zazwyczaj w ostatnim miesiącu roku ze względu na obchodzony 1 grudnia Światowy Dzień AIDS i ostatni etap organizowanej przez Krajowe Centrum ds. AIDS kampanii, publikowano najwięcej informacji z tego zakresu. W grudniu minionego roku natomiast w prasie znalazło się tylko 50 doniesień na ten temat. Dla porównania: w grudniu 2005 r. – 225, w tym samym miesiącu 2006 r. – 186, grudzień 2007 r. przyniósł 137 publikacji, a ostatni miesiąc 2008 r. – 232. Ta znacząco mniejsza liczba wycinków wynika z faktu, że ostatnia kampania multimedialna pod hasłem „Wróć bez HIV” trwała dwa lata i informacje na jej temat nie skumulowały się w ostatnim miesiącu roku (jak w latach ubiegłych), a ukazywały się przez cały okres jej trwania. Najwięcej zaś o kampanii pisano w okresie wakacyjnym, co jest zrozumiałe, zważywszy na jej cel i adresata (młode osoby w wieku 18-39 lat podróżujące w kraju i za granicą).

Wykres 1.

Liczba doniesień prasowych na temat HIV/AIDS publikowanych w poszczególnych miesiącach 2009 roku



W 2009 r. na łamach prasy dominowała tematyka społeczna związana z problematyką HIV/AIDS, w tym kampanie społeczne i akcje profilaktyczne. Najwięcej miejsca poświęcono kampaniom: „Wróć bez HIV”, „Daj szansę swojemu dziecku. Nie

daj szansę AIDS”, a także kampanii skierowanej do studentów „Ryzyko-chania”. Tematem równie istotnym były stereotypy dotyczące HIV/AIDS i osób seropozytywnych. Publikacje podejmowały problem stereotypów, nie powielając ich, a raczej je piętnując i zwracając uwagę na ich nieprawdziwość.

W związku z trwającymi kampaniami i podejmowanymi działaniami profilaktycznymi ważne okazały się informacje ogólne o HIV/AIDS, a w nich wiedza o drogach zakażenia HIV, sposobach zabezpieczenia się przed zakażeniem, ryzykownych zachowaniach oraz sytuacja epidemiologiczna w Polsce i na świecie.

Wiele miejsca w opisywanym okresie zajęły raporty z badań, najczęściej społecznych, dotyczących wiedzy o HIV/AIDS, postaw wobec osób żyjących z HIV/AIDS oraz zachowań seksualnych.

W prasie 2009 roku nie znaleziono publikacji o tematyce politycznej związanej z HIV/AIDS. Nie poświęcono także wiele miejsca zagadnieniom prawnym. Odnotowano jedynie ogromnie istotny wyrok Trybunału Konstytucyjnego, który orzekł, że zakażony HIV policjant, który wcześniej z tego powodu stracił pracę, może dalej pracować, a tym samym uznał za niezgodne z prawem zwalnianie z pracy osób żyjących z HIV.

Bardzo ważne miejsce w prasie zajmowały publikacje o tematyce medycznej, a wśród nich te, które dotyczyły testowania, nowości na rynku farmaceutycznym, odkryć naukowych i problemów służby zdrowia związanych z działalnością punktów konsultacyjno-diagnostycznych i oddziałów szpitali prowadzących leczenie antyretrowirusowe.

Ze względu na obszerność monitorowanych materiałów, trudno jest szczegółowo opisać każdy z omawianych w prasie aspektów HIV/AIDS. Warto jednak przyjrzeć się bliżej nowym

odkryciom na tym polu, bo to one w przyszłości w znacznym stopniu przyczynią się do stworzenia skuteczniejszej terapii w walce z HIV/AIDS, a przez to polepszenia jakości życia wszystkich osób zmagających się z tą chorobą.

ROK 2009 - NOWE ODKRYCIA NA POLU WALKI Z HIV/AIDS

• **Przełomowe badania nad szczepionką**
Przeprowadzone w Tajlandii badania na grupie 16 tys. osób pokazują, że nowa szczepionka o nazwie RV144 zmniejsza groźbę zakażenia wirusem o 31%. Rezultaty badań przedstawiono na specjalnej konferencji w Bangkoku. Szczepionka ta jest połączeniem dwóch starszych preparatów: *ALVAC* opracowanego przez francuski Sanofi Pasteur i *AIDSVAX* firmy Vax Gen. Pierwszy (*ALVAC*) korzysta z genetycznie modyfikowanego wirusa ospy ptasiej wyposażonego w trzy geny charakterystyczne dla HIV. Drugi preparat (*AIDSVAX*) uczy organizm rozpoznawać białko na powierzchni wirusa (gp120), które z kolei umożliwia mu przyklejanie się do atakowanych komórek. Żadna z dwóch szczepionek składających się na nowy preparat nie działa samodzielnie. Po opublikowaniu pełnych danych dotyczących testów odezwały się głosy krytyki, które dotyczą skuteczności preparatu, jak i prac nad nim.

• **Szwecja – prace nad szczepionką**
Także media w Szwecji donoszą, że tamtejsi specjaliści są coraz bliżej stworzenia skutecznej szczepionki przeciwko HIV. Ich osiągnięcia zostaną przedstawione podczas odbywającej się w Paryżu międzynarodowej konferencji. Nowa szczepionka o nazwie *Hivis* została już wypróbowana z pełnym powodzeniem na sześćdziesięciu zdrowych policjantach w Tanzanii. Następnym etapem ma być szczepienie dużej liczby osób, by stwierdzić, czy rzeczywiście skutkuje to obniżeniem ryzyka zakażenia HIV.

• **Norwedzy też podejmują próbę**
Norweska firma Bionor Immuno zdecydowała się podjąć próbę wyprodukowania szczepionki HIV. Ma to być medykament nie tyle hamujący rozwój wirusa, ile wzmacniający układ odpornościowy człowieka. Początkowo szczepionka miałaby zastąpić terapię antyretrowirusową, z czasem jednak mogłaby być ulepszona i stać się lekiem na HIV.

• Terapia genowa jako alternatywa dla leczenia antyretrowirusowego

„Nature Medicine” informuje o wynikach największych jak dotąd badań klinicznych z zastosowaniem terapii genowej. Tym razem naukowcy postanowili zaingerować w proces replikacji HIV i w ten sposób zatrzymać rozprzestrzenianie się wirusa w układzie odpornościowym. Terapia ta polega na wprowadzeniu do zakażonego HIV organizmu genu modyfikującego działanie wirusa. Aby ów gen dotarł do miejsca przeznaczenia, trzeba go odpowiednio ukierunkować. W roli nośnika występuje więc inny nieszkodliwy wirus atakujący ten sam typ komórek, które atakuje HIV. Badacze wprowadzili do komórek macierzystych nieszkodliwego wirusa, który wniósł do nich gen blokujący namnażanie HIV. Następnie przyszła kolej na zmodyfikowane w ten sposób komórki macierzyste. Po wstrzyknięciu do krwiobiegu pacjenta zaczęły się one namnażać i przekształcać m.in. w białe krwinki. Ponieważ terapia genowa uczyniła je odpornymi na ataki HIV, komórki te zdołały zablokować rozwój wirusa.

• Żel blokujący wirusy

Badacze z USA wyodrębnili składnik, który, stosowany w postaci żelu, blokuje przenoszenie drogą płciową wirusa SIV wśród małp. Naukowcy dowodzą, że odkrycie substancji stosowanej bezpośrednio na waginę, to ważny krok w rozwoju mikrobicydów (środków bakteriobójczych). Doprowadzi to zapewne do opracowania kremów i żeli zapobiegających przedostaniu się HIV do komórek.

• Ludzko-małpi wirus

Dzięki zmianie jednego genu ludzki wirus HIV może zakażać małpy. Ta zmiana w niedalekiej przyszłości może pozwolić testować na zwierzętach szczepionki i preparaty na HIV. Modyfikacja polegała na zastąpieniu jednego z genów HIV jego małpim odpowiednikiem pochodzącym od pokrewnego wirusa o nazwie SIV. Tak przekształcony HIV po wstrzyknięciu do organizmu zwierzęcia zachowuje się podobnie jak u człowieka – z tą różnicą, że nie prowadzi do rozwoju AIDS, czyli zespołu nabytego niedoboru odporności. Powodem tego jest pokonanie wirusa przez układ odpornościowy małpy. Nie znika on całkowicie, ale utrzymuje się na bardzo niskim poziomie.

• Nowatorski test ustali efektywność surowicy na AIDS.

Brytyjscy naukowcy z Imperial College London i Międzynarodowej Inicjatywy na rzecz Szczepionki przeciwko AIDS (IAVI) opracowali nowatorski test pozwalający sprawdzić, która z potencjalnych szczepionek przeciwko AIDS będzie najskuteczniejsza. Pierwsze badania wykazały, że test pozwala określić nie tylko, czy szczepionka wywoła reakcję obronną systemu immunologicznego, lecz także, czy skutecznie zwalczy ona HIV. Efektywność testu określane go jako „próbka blokady wirusowej” jest właśnie weryfikowana podczas pierwszej fazy badań klinicznych.

• Domowe testy poziomu wirerii?

W Wielkiej Brytanii opracowano przyrząd, który pozwoli osobom zakażonym HIV kontrolować stężenie wirusa. Jest to małe urządzenie, które z jednej kropli krwi potrafi wyczytać sygnał o konieczności szybkiego zgłoszenia się do lekarza. Przyrząd określa liczbę kopii wirusa HIV we krwi. Wystarczy nakłuć palec, by stwierdzić, czy konieczna jest zmiana dawki leku. Urządzenie w założeniach podobne jest do glukometru. Kierujący badaniami – dr Rachel McKendry z University College London – twierdzi, że jeśli urządzenie to pomyślnie przejdzie testy, za trzy lata będzie mogło służyć chorym w ich własnych domach.

• Struktura genomu wirusa HIV rozszyfrowana

Specjaliści z Uniwersytetu Karoliny Północnej w Chapel Hill rozszyfrowali przestrzenną strukturę całego genomu wirusa wywołującego AIDS. Podobnie jak w przypadku innych wirusów groźnych dla człowieka – m.in. grypy, zapalenia wątroby typu C czy tych wywołujących niektóre nowotwory, ludzki wirus niedoboru odporności całą informację genetyczną przenosi w nici RNA (a nie w spirali DNA). Informacja zapisana w RNA po wnikięciu wirusów do komórki człowieka jest następnie przepisywana na DNA. Wirusy, w tym również HIV, posiadają odpowiednie enzymy umożliwiające takie manipulacje genetyczne. Umożliwia to produkowanie w zaatakowanej komórce białek potrzebnych do składania nowych wirusów. Odkrycie dokonane przez zespół prof. Kevina Weeksa o rozszyfrowaniu struktury RNA, umożliwi w przyszłości opracowanie nowych leków blokujących HIV lub zapobiegających rozwojowi choroby.

• Ochrona przed HIV

Naukowcy z Uniwersytetu Utah stworzyli nowy środek chroniący kobiety przed HIV – tzw. molekularny kondom. Ma postać żelu, który zmienia swój stan skupienia w półstały w obecności nasienia. Dopochwowy żel, w którym molekuly polimerów tworzą siateczkę z oczkami o wielkości od 30-50 nanometrów – miliardowych części metra. Przez oczka siateczki „molekularnego kondomu” nie przedostanie się wirus, który ma 100 nanometrów średnicy. Żel blokowałby też inne wirusy, np. HPV, a także plemniki.

• Odkryto słaby punkt wirusa HIV

Naukowcom z USA udało się odkryć pierwsze od 20 lat nowe przeciwciała, które blokują wnikanie wirusów do atakowanych komórek człowieka. Nowe przeciwciała to cząsteczki o nazwach PG9 i PG16. Przyklejają się one do tego fragmentu wirusa, który pozostaje praktycznie niezmienny, ale jest on niezbędny do wnikania do atakowanych limfocytów. Odkryte cząsteczki to tzw. przeciwciała neutralizujące, które blokują proces przenikania do komórek. Są one dość uniwersalne, czyli rozpoznają wiele różnych podtypów HIV. Tego rodzaju przeciwciała wytwarza tylko niewielka grupa zainfekowanych. Według ekspertów to właśnie zmienność HIV jest najważniejszą przyczyną, z powodu której nie można stworzyć skutecznej szczepionki. W różnych rejonach świata obecnych jest wiele nieznacznie różniących się podtypów HIV. Wirus mutuje się nawet po zainfekowaniu człowieka. W ciele jednej osoby chorej na AIDS jest więcej mutacji wirusa HIV, niż na całej ziemi podtypów grypy sezonowej.

• HIV może też leczyć

Tygodnik medyczny „Science” informuje, że dzięki pionierskiej terapii genowej udało się powstrzymać rozwój dotąd nieuleczalnej, wrodzonej choroby niszczącej układ nerwowy – adrenoleukodystrofii (ALD). Francuscy lekarze z paryskiego Szpitala św. Wincentego á Paulo zmodyfikowali szpik dwóch chłopców, „naprawiając” wadliwy gen za pomocą nieszkodliwej wersji wirusa HIV, użytego jako nośnik prawidłowego genu. HIV jest jedynym znanym wirusem zdolnym do wprowadzenia genu do jądra komórki, która nie ulega podziałom. Dzięki temu terapia ma trwały efekt – po dwóch latach po zabiegu stan chłopców nie pogorszył się.

Małgorzata Olczyk

Opieka społeczna wobec osób żyjących z HIV/AIDS

Pomoc społeczna w obszarze problematyki HIV/AIDS jest elementem polityki społecznej, mającej na celu umożliwienie osobom żyjącym z HIV i AIDS przezwyciężania trudnych sytuacji życiowych, których nie są w stanie pokonać wykorzystując własne zasoby i możliwości. W świetle tej definicji świadczenia oferowane przez ośrodki pomocy dla klientów, są wielopłaszczyznowe i wielospecjalistyczne. Mają one na celu zaspokojenie specyficznych potrzeb osób seropozytywnych. Normalizuje to obowiązująca Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. Określa ona w art. 7, komu udzielana jest pomoc i w jakich sytuacjach.

Obowiązek realizacji zadań określonych w ustawie spoczywa na Rejonowych Ośrodkach Pomocy Społecznej. Zadania pomocy społecznej i formy ich realizacji obejmują swoim zakresem również osoby żyjące z HIV/AIDS. Mogą one korzystać z pomocy społecznej na takich samych zasadach, jak wszyscy obywatele polscy.

Analizując sytuację socjalną osób żyjących z HIV/AIDS, należy rozpatrywać wiele elementów. Jednym z najważniejszych jest sytuacja materialna (dostępność systemu świadczeń socjalnych, ich zakres oraz możliwość zaspokojenia specyficznych potrzeb). Następnym bardzo ważnym aspektem jest poziom i dostępność opieki zdrowotnej oraz niezwykle istotny system wsparcia społecznego. Dopiero po rozpatrzeniu tych czynników, można przedstawić sytuację socjalną danej grupy społecznej.

Efektywne działania pomocy społecznej są szczególnie ważne w okresie zmian społecznych i politycznych w naszym kraju, co ma wpływ na kształtowanie sytuacji socjalnej podopiecznych żyjących z HIV/AIDS. Znaczący wpływ na sytuację socjalną osób żyjących z HIV ma działalność organizacji pozarządowych, które realizują programy mające uzupełnić braki w opiece społecznej.

ZASADY OGÓLNE I ZAKRES PODMIOTOWY USTAWY O POMOCY SPOŁECZNEJ Z DNIA 12 MARCA 2004 ROKU.

Ustawa określa:

1. Zadania w zakresie pomocy społecznej
 2. Rodzaje świadczeń z pomocy społecznej oraz zasady i tryb ich udzielania
 3. Organizację pomocy społecznej
 4. Zasady i tryb postępowania kontrolnego w zakresie pomocy społecznej
- Potrzeby osób i rodzin korzystających z pomocy powinny zostać uwzględnione, jeżeli odpowiadają celom i mieszczą się w możliwościach pomocy społecznej. Osoby i rodziny korzystające z pomocy społecznej są zobowiązane do współdziałania w rozwiązywaniu ich trudnej sytuacji życiowej.

Zadania pomocy społecznej:

1. Przyznawanie i wypłacanie przewidzianych ustawą świadczeń.
2. Analiza i ocena zjawisk rodzących zapotrzebowanie na świadczenia z pomocy społecznej.
3. Realizacja zadań wynikających z rozeznaczonych potrzeb społecznych.
4. Rozwijanie nowych form pomocy społecznej i samopomocy w ramach zidentyfikowanych potrzeb.

Świadczeniami z zakresu pomocy społecznej są: świadczenia pieniężne (zasiłek stały, zasiłek okresowy, zasiłek celowy) oraz świadczenia niepieniężne (poradnictwo specjalistyczne, szkolenia, poradnictwo rodzinne, pomoc rzeczowa, w tym mająca na celu ekonomiczne usamodzielnienie).

Domy pomocy społecznej, w zależności od tego, dla kogo są przeznaczone, dzielą się na domy dla:

1. Osób przewlekle somatycznie chorych,
2. Osób przewlekle psychicznie chorych,
3. Dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
4. Dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie,
5. Osób niepełnosprawnych fizycznie oraz w podeszłym wieku.

Opieka nad rodziną i dzieckiem

Rodzinie mającej trudności w wypełnianiu swoich zadań oraz dziecku

z tej rodziny udziela się pomocy, w szczególności w formie: poradnictwa rodzinnego, terapii rodzinnej rozumianej jako działania psychologiczne, pedagogiczne i socjologiczne, mające na celu przywrócenie rodzinie zdolności do wypełniania jej zadań oraz zapewnienia dzieciom opieki i wychowania poza rodziną.

Rodzina otrzymuje pomoc w szczególności przez działania:

- specjalisty przygotowanego do pracy z rodziną w środowisku lokalnym,
- placówek opiekuńczo-wychowawczych wsparcia dziennego,
- innych podmiotów, których działanie daje potrzebne wsparcie dziecku i rodzinie.

Udzielając pomocy należy mieć na względzie podmiotowość dziecka i rodziny oraz prawa dziecka przewidziane w konstytucji.

Osoby w sytuacji kryzysowej potrzebują wsparcia Państwa. Coraz więcej rodzin osób chorych potrzebuje zarówno pomocy materialnej, jak i psychologicznej. Te same problemy dotyczą osób żyjących z HIV/AIDS. Osoby te znajdują się w podobnej sytuacji, co inni dotknięci przewlekłymi chorobami. Tak jak wszystkie inne grupy ludzi przewlekle chorych, również osoby żyjące z HIV/AIDS powinny być chronione przed wykluczeniem społecznym i marginalizacją. W miarę możliwości celem pomocy socjalnej jest doprowadzenie do życiowego usamodzielniania się podopiecznych w tych wypadkach, gdzie jest to realne, integracji ze środowiskiem i umacniania się rodziny.

Dodatkowe informacje:

strona Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej www.mpips.gov.pl

*Janusz Majchrzak
Pracownik socjalny (specjalizacja I st.)
Członek Komisji Forum Zdrowia przy
Wojewodzie Mazowieckim
Wolontariusz, obecnie
wiceprzewodniczący Ogólnopolskiej Sieci
Osób Żyjących z HIV/AIDS „Sieć Plus”*

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

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

Najnowsze dane epidemiologiczne dotyczące HIV/AIDS – Polska i Świat

Od początku epidemii prawie 60 mln ludzi zakażyło się HIV, a 25 mln zmarło z powodu AIDS. Według najnowszych danych UNAIDS, na świecie ponad 33 mln osób żyje z HIV/AIDS, z czego młodzi ludzie stanowią ok. 40%.

Europa Wschodnia

Na szczególną uwagę zasługuje bardzo dynamicznie rozprzestrzeniająca się epidemia HIV wśród naszych wschodnich sąsiadów: szacunkowa liczba osób żyjących z HIV w Europie

ROK 2008	Liczba osób żyjących z HIV i AIDS	Zakażenia w 2008	Zgony z powodu AIDS w 2008	Prewalencja AIDS (dorosli)
Afryka Subsaharyjska	22.4 mln [20.8–24.1 mln]	1.9 mln [1.6–2.2 mln]	1.4 mln [1.1–1.7 mln]	5.2% [4.9%–5.4%]
Azja Południowa i Południowo-Wschodnia	3.8 mln [3.4–4.3 mln]	280 000 [240 000–320 000]	270 000 [220 000–310 000]	0.3% [0.2%–0.3%]
Azja Wschodnia	850 000 [700 000–1.0 mln]	75 000 [58 000–88 000]	59 000 [46 000–71 000]	<0.1% [<0.1%]
Ameryka Łacińska	2.0 mln [1.8–2.2 mln]	170 000 [150 000–200 000]	77 000 [66 000–89 000]	0.6% [0.5%–0.6%]
Ameryka Północna	1.4 mln [1.2–1.6 mln]	55 000 [36 000–61 000]	25 000 [20 000–31 000]	0.4% [0.3%–0.5%]
Europa Zachodnia i Środkowa	850 000 [710 000–970 000]	30 000 [23 000–35 000]	13 000 [10 000–15 000]	0.3% [0.2%–0.3%]
Europa Wschodnia i Azja Środkowa	1.5 mln [1.4–1.7 mln]	110 000 [100 000–130 000]	87 000 [72 000–110 000]	0.7% [0.6%–0.8%]
Karaiby	240 000 [220 000–260 000]	20 000 [16 000–24 000]	12 000 [9300–14 000]	1.0% [0.9%–1.1%]
Środkowy Wschód i Północna Afryka	310 000 [250 000–380 000]	35 000 [24 000–46 000]	20 000 [15 000–25 000]	0.2% [<0.2%–0.3%]
Oceania	59 000 [51 000–68 000]	3900 [2900–5100]	2000 [1100–3100]	0.3% [<0.3%–0.4%]
Ogółem	33.4 mln [31.1–35.8 mln]	2.7 mln [2.4–3.0 mln]	2 mln [1.7–2.4 mln]	0.8% [<0.8%–0.8%]

Leczenie antyretrowirusowe

Na koniec 2008 roku ponad 4 mln ludzi w krajach o niskich i średnich dochodach miało dostęp do leczenia HIV, co stanowi 36-procentowy wzrost w ciągu jednego roku i dziesięciokrotny wzrost na przestrzeni pięciu lat. Mimo to dostęp do leczenia na świecie jest wciąż zdecydowanie zbyt niski: w 2008 tylko 42% osób wymagających wdrożenia terapii ARV miało do niego dostęp. W tym czasie tylko 38% dzieci potrzebujących leczenia mieszkających w krajach o niskich i średnich dochodach takie leczenie otrzymało. Profilaktykę zakażeń wertykalnych otrzymuje 45% ciężarnych.

2007		
Liczba osób otrzymujących leczenie ARV	Liczba ludzi wymagających leczenia ARV	Odsetek osób objętych terapią ARV
2,97 mln	9 mln	33%
2008		
Liczba osób otrzymujących leczenie ARV	Liczba ludzi wymagających leczenia ARV	Odsetek osób objętych terapią ARV
4 mln	9,5 mln	42%

Wschodniej i Azji Centralnej wzrosła do 1,5 miliona w roku 2008. Stanowi to 66-procentowy wzrost w stosunku do 2001 roku (900 tys. zakażeń).

Niebezpieczna sytuacja epidemiologiczna w zakresie HIV/AIDS występuje przede wszystkim na Ukrainie, gdzie dynamika epidemii HIV/AIDS należy do najwyższych w Europie. Szacuje się, że liczba żyjących tam osób zakażonych wynosi ok. pół miliona.

Na szczególną uwagę zasługuje również Rosja. Prewalencja zarejestrowanych przypadków HIV w tym kraju w 2007 roku wynosiła prawie 0,5% populacji (ok. 2 mln osób jest zakażonych HIV). Jednak prawdziwa liczba osób żyjących z wirusem jest wyższa niż sugerują to oficjalne statystyki, dają się także zauważyć duże różnice regionalne.

W trzech krajach regionu (Estonii, Federacji Rosyjskiej i na Ukrainie) prewalencja HIV przekroczyła 1%.

Rządy wielu krajów rozszerzyły dostęp do terapii antyretrowirusowej, jednak dostępność leczenia jest wciąż na bardzo niskim poziomie. Do grudnia

2008 tylko 22% dorosłych wymagających terapii otrzymywało leki ARV. Jest to mniej niż światowa średnia dla krajów o niskim i średnim dochodzie (42%).

W Europie Wschodniej wciąż do zakażeń HIV dochodzi przede wszystkim wśród osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach. Droga zakażeń w tej populacji jest z jednej strony stosowanie wspólnego sprzętu do iniekcji, a z drugiej, ryzykowne kontakty seksualne.

Polska

W Polsce natomiast od początku epidemii do listopada 2009 roku wykryto 12 689 zakażeń HIV. Odnotowano 2 296 zachorowań na AIDS, a 1 022 osoby zmarły z przyczyn związanych z HIV/AIDS. W Polsce co roku zgłasza się ok. 800 nowych zakażeń HIV. Tak, jak w większości krajów, w Polsce HIV dotyka często ludzi młodych. 58% osób, które uległy zakażeniu HIV nie ukończyło dwudziestego dziewiątego roku życia, w tym blisko 8% w momencie zakażenia nie miało nawet 20 lat. Najlicniejszą grupę (ok. 80%) wśród osób zakażonych HIV i chorych na AIDS w Polsce stanowią osoby w wieku produkcyjnym (20-49 lat).

Leczenie antyretrowirusowe otrzymują wszystkie osoby spełniające kryteria medyczne, również osadzeni i osoby przyjmujące środki psychoaktywne. Na koniec 2009 roku liczba pacjentów leczonych ARV wynosiła 4 434 osoby. W ubiegłym roku profilaktyką wertykalną objęto 81 kobiet w ciąży.

Katarzyna Gajewska
k.gajewska@centrum.aids.gov.pl

Źródło:

- WHO/UNAIDS/UNICEF *Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: progress report 2009*, wrzesień 2009
- Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny
www.pzh.gov.pl
- Krajowe Centrum ds. AIDS
Sprawozdanie merytoryczne z realizacji w 2009 r. programu polityki zdrowotnej pt. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2007 – 2009”

kontra 

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

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

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.



PROJEKT H-CUBE

HBV-HCV-HIV:

*Trzy poważne zagrożenia dla młodych Europejczyków
Diagnoza sytuacji oraz stawienie czoła tym wyzwaniom
w krajach UE.*

Oficjalna nazwa projektu H-Cube, którego partnerem jest Krajowe Centrum ds. AIDS, to *HBV-HCV-HIV: three different and serious threats for European young people. A network to study and face these challenges in the EU.* Jest on współfinansowany ze środków Komisji Europejskiej – Agencji Wykonawczej ds. Zdrowia i Konsumentów (EAHC).

Koordynatorem projektu jest Uniwersytet w Sassari (UNISS). Uczestniczą w nim zarówno instytucje administracji publicznej, jak i organizacje pozarządowe z wielu krajów Europy takich, jak: **Bułgaria** (Bulgarian Family Planning and Sexual Health Association), **Cypr** (Open University of Cyprus), **Czechy** (Ministry of Health of the Czech Republic), **Grecja** (Kethea), **Litwa** (Lietuvos AIDS Centras), **Malta** (Ministry for Social Policy), **Polska** (Krajowe Centrum ds. AIDS i Społeczny Komitet ds. AIDS), **Rumunia** (Institutul de Virusologie „St.S. Nicolau”), **Słowenia** (Društvo Škuc), **Włochy** (Università degli studi di Sassari, Associazione Nazionale Lotta all'AIDS Sezione Lombardia, Istituto Europeo per lo Sviluppo Socio Economico) oraz **Węgry** (Sex Education Foundation).

Celem głównym projektu, który będzie trwał 30 miesięcy (od maja 2009 roku), jest identyfikacja dobrych praktyk i dzielenie się doświadczeniami dotyczącymi profilaktyki trzech zakażeń: HIV, wirusowego zapalenia wątroby typu B (HBV) i C (HCV). Wdrażanie projektu odbywa się poprzez realizację programów szkoleniowych i kampanii profilaktycznych. Grupą docelową jest młodzież w wieku 15-24 oraz rodzice i nauczyciele. Cykle szkoleniowe mają na celu zwiększenie wiedzy dorosłych na temat chorób zakaźnych tak, aby mogli przekazać te informacje swoim dzieciom i młodzieży, z którą pracują. Dodatkowo, w krajach biorących udział w projekcie będą organizowane kampanie profilaktyczne skierowane do młodych ludzi. Wśród młodzieży przeprowadzone zostanie badanie kwestionariuszowe przed kampanią i po zakończeniu, aby zmierzyć jej efekty.

Następnym etapem projektu będzie opracowanie przez specjalistów międzynarodowych założeń kursu szkoleniowego metodą e-learningu do wykorzystania przez nauczycieli i wychowawców podczas prowadzenia zajęć na temat HBV, HCV oraz HIV, przy użyciu innowacyjnego podejścia pedagogicznego oraz nowych metod nauczania i szkolenia metodami online. Stworzono dwie strony internetowe projektu: www.hcube-project.eu/h3/index.php (oficjalna strona projektu) oraz www.hcube-project.eu (strona projektu poświęcona kampanii

profilaktycznej), które są sukcesywnie tłumaczone na 11 języków, w tym na język polski.

Zadaniem każdego z partnerów jest wdrażanie wszystkich celów projektu, a przede wszystkim rozpowszechnianie informacji dotyczących zakażeń HIV/HBV/HCV.

Projekt H-Cube został w Polsce zainaugurowany przez Krajowe Centrum ds. AIDS 30 listopada ubiegłego roku podczas konferencji prasowej z okazji Światowego Dnia AIDS, na której obecni byli m.in.: Włodzimierz Paszyński, wiceprezydent m.st. Warszawy, Adam Fronczak, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, Krzysztof Stanowski, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Edukacji Narodowej, prof. dr hab. med. Małgorzata Pawłowska z Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Collegium Medicum UMK, Anna Marzec-Bogusławska, dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS oraz o. Arkadiusz Nowak, Prowincja Zakonu Posługujących Chorym, prezes Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej.



Projekt współfinansowany ze środków Komisji Europejskiej – Agencji Wykonawczej ds. Zdrowia i Konsumentów (EAHC)

Cele ogólne

1. Zapobieganie nowym zakażeniom HBV, HCV i HIV, szczególnie wśród młodych ludzi pomiędzy 15. a 24. rokiem życia.
2. Identyfikacja i rozpowszechnianie najlepszych praktyk i narzędzi edukacyjnych w ramach programów szkoleniowych i kampanii profilaktycznych dotyczących HBV, HCV i HIV, których celem jest pomoc wszystkim zainteresowanym partnerom w UE, zwłaszcza partnerom projektu z Włoch, Rumunii, Grecji, Słowenii, Polski, Czech, Bułgarii, Węgier, Cypru, Malty i Litwy.
3. Organizowanie szkoleń dla pracowników służby zdrowia, obejmujących zagadnienia dotyczące leczenia oraz wsparcia dla rodziców, służących pogłębianiu wiedzy i świadomości tak, by byli oni w stanie przekazać rzeczowe informacje swoim dzieciom.
4. Organizowanie kampanii profilaktycznych w miejscach uczęszczanych przez młodzież.
5. Dystrybucja materiałów prewencyjnych wśród profesjonalistów, którzy w swojej pracy zawodowej świadczą usługi na rzecz młodzieży w warunkach potencjalnego narażenia na ryzyko zakażenia infekcjami krwiopochodnymi, jak np. dentyści, tatuażyści, kosmetyczki, fryzjerzy.



Metody i środki

1. Identyfikacja najlepszych praktyk w walce z HBV, HCV i HIV/AIDS w krajach UE w celu wyodrębnienia innowacyjnych strategii promowania zasad bezpieczniejszego seksu wśród osób młodych, w tym osób szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia.
2. Utworzenie wielojęzycznej i wielomodułowej platformy internetowej, będącej poprzez e-learning punktem odniesienia dla trenerów edukacji prozdrowotnej.
3. Wykorzystanie innowacyjnego podejścia pedagogicznego oraz nowych metod kształcenia, w tym szkoleń w zakresie HBV, HCV i HIV.
4. Zorganizowanie w wybranych miejscach uczęszczanych przez młodzież (dyskoteki, puby, bary i centra sportowe) kampanii profilaktycznej w celu podniesienia świadomości na temat ryzyka zakażenia HBV, HCV i HIV.

Oczekiwane rezultaty

1. Identyfikacja najlepszych praktyk w krajach partnerskich projektu H-Cube służąca walce z zakażeniami HBV, HCV i HIV oraz promowaniu zasad bezpieczniejszego seksu wśród osób młodych, w tym populacji szczególnie narażonej na ryzyko zakażenia.
2. Przekazywanie najlepszych praktyk nowym państwom członkowskim UE w sposób umożliwiający dostosowanie metodologii działań organizacji pracujących w obszarze profilaktyki HBV, HCV i HIV/AIDS do sprawdzonych najlepszych praktyk i technologii celem uzyskania wysokiej efektywności działań profilaktycznych.
3. Zorganizowanie szkolenia dla partnerów, obejmującego zasady korzystania z platformy internetowej.
4. Zorganizowanie metodą e-learningu szkoleń opartych na następujących działaniach:
 - a. wybranie najlepszych praktyk dotyczących profilaktyki HBV, HCV i HIV z innych krajów partnerskich;
 - b. opracowanie programów szkoleniowych;
 - c. publikacja podręcznika zawierającego materiały szkoleniowe dostępnego w wersji elektronicznej.
5. Przeprowadzenie europejskiej kampanii profilaktycznej w miejscach uczęszczanych przez młodych ludzi, uwzględniającej styl życia, zachowania oraz różnice kulturowe i religijne występujące w każdym z krajów partnerskich.

Kontakt do organizacji:



Efektom rozmów przeprowadzonych przez Krajowe Centrum ds. AIDS z Ministerstwem Edukacji Narodowej było wystosowanie listu przez minister Katarzynę Hall do wszystkich kuratorów oświaty z okazji 1 grudnia. Pani Minister podkreśliła potrzebę wzmocnienia działań edukacyjnych i profilaktycznych skierowanych do młodzieży. Zwrócono także uwagę na to, jak ważne jest, by nauczyciele stale podnosili swoje kwalifikacje także w zakresie profilaktyki zakażeń.

Centrum podjęło się między innymi przetłumaczenia oficjalnego plakatu projektu (załączony do tego numeru), na jego podstawie stworzona została także ulotka. Centrum reprezentowało projekt H-Cube podczas obchodów Światowego Dnia Chorego na konferencji organizowanej przez Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej w dniach 10-11 lutego. Natomiast 14 lutego uczciliśmy Dzień Zakochanych, wysyłając do wszystkich naszych krajowych partnerów *kartkę walentynkową* zaprojektowaną specjalnie na tę okazję przez Krajowe Centrum ds. AIDS z prośbą o jej rozsyłanie i popularyzację.



Tło epidemiologiczne

Problem zakażeń HIV, HBV i HCV oraz koinfekcji występujących pomiędzy nimi stanowi poważne wyzwanie dla zdrowia publicznego tak w Europie, jak i na całym świecie. Wieloaspektowość tego zagadnienia powoduje, iż zakażenia te powinny być traktowane nie tylko jako problem zdrowotny, ale także społeczny czy ekonomiczny.

Nastolatki i osoby poniżej 24. roku życia stanowią grupę osób wchodzących

w wiek aktywności seksualnej, co stwarza ryzyko transmisji zakażenia HIV, HBV i HCV.

Nie bez znaczenia, szczególnie w kwestii zakażeń HBV i HCV, są również spotykane w tej grupie wiekowej zachowania takie, jak np. przekłuwanie różnych części ciała przypadkowym sprzętem. Wśród ludzi młodych częściej dochodzi do zakażeń zarówno HBV, jak i HCV, w nieprofesjonalnych studiach tatuażu czy kolczykowania ciała. Istotne ryzyko zakażeń stanowi także przyjmowanie środków odurzających drogą dożylną. Do zakażenia dochodzi też niestety podczas drobnych zabiegów medycznych: usuwania znamion czy zabiegów stomatologicznych. Zakazić można się również w wyniku uszkodzeń skóry skażonym przedmiotem podczas manikiuru, pedikiuru i wizyty u fryzjera.

Wspólną cechą epidemii we wszystkich krajach jest fakt, że zakażenia HIV dotyczą głównie osób młodych. Ponad 50% osób zakażających się HIV na świecie jest między 15. a 24. rokiem życia. Polska nie stanowi tu wyjątku, 8% wszystkich zakażeń wykryto u osób poniżej 20. roku życia, zaś 48% wszystkich zakażeń HIV dotyczy osób między 20. a 29. rokiem życia. Statystycznie każdego dnia w naszym kraju prawie trzy osoby dowiadują się o fakcie zakażenia HIV. Są to zazwyczaj zakażenia, których można by uniknąć, stosując odpowiednią profilaktykę.

Ściśle związany z epidemią HIV/AIDS problem stanowi zakażenia wirusowym zapaleniem wątroby, głównie HCV i HBV, oraz ich koinfekcje z HIV.

W krajach Europy Wschodniej odsetek osób zakażonych jednocześnie HIV i HCV waha się średnio od 10% na Ukrainie do około 80% w Kirgizji i na Białorusi. W populacjach stosujących dożylnie środki psychoaktywne odsetek ten wynosi między 70% a 90%! W Polsce ponad 20% wszystkich rejestrowanych nowych przypadków

HBV dotyczy ludzi młodych w grupach wiekowych 15-19 lat i 20-24 lata. Zapadalność na HBV w tych grupach wiekowych przewyższa zapadalność w populacji ogólnej.

Zakażenie HCV dotyczy około 3% populacji świata, co oznacza jego występowanie u ponad 170 milionów ludzi. Zakażenia HCV wykryte wśród ludzi młodych w wieku 15-24 lata stanowiły w roku 2007 około 15% wszystkich rejestrowanych przypadków.

Więcej informacji na temat Projektu H-Cube można znaleźć na stronie internetowej Krajowego Centrum ds. AIDS www.aids.gov.pl w zakładce *Dokumenty międzynarodowe*.

Iwona Kłapińska
i.klapinska@centrum.aids.gov.pl

Partnerzy Projektu H-CUBE:



kontra 

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

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

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.