



W numerze:

Wywiad z panią Anną Marzec-Bogusławską,
dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS

str. 1-2

Choroby zakaźne i zachowania ryzykowne
w świetle ostatnich badań w populacji
iniekcyjnych użytkowników narkotyków

Marta Struzik

str. 3-4

Przegląd prasy VIII-X 2010

Małgorzata Olczyk

str. 5

Wydarzenia związane z AIDS w 2011 roku

str. 6

Kontrakt socjalny – narzędzie pracy
ośrodków pomocy społecznej

Janusz Majchrzak

str. 7

25 lat walki z epidemią HIV/AIDS w Polsce
– wystawa fotografii

Iwona Kłapińska

str. 8-10

Aspekty

Między lękiem a ignorancją.
Wiedza ratuje życie.

Joanna Głazewska

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@aims.gov.pl

Poradnia Internetowa HIV i AIDS

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

Wywiad z panią Anną Marzec-Bogusławską, dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS

Pani Dyrektor, rozmawiamy w czasie, gdy mija 25 lat od momentu zarejestrowania pierwszego przypadku zakażenia HIV w Polsce, w zasadzie zbiega się to też z wykryciem pierwszego przypadku zachorowania na AIDS w naszym kraju. Wiele lat doświadczeń, wiele wspomnień, wielu ludzi. Jak to było ćwierć wieku temu?

Był to bardzo trudny czas, edukacja społeczna odnośnie problemu HIV/AIDS dopiero się rozpoczynała i, jak to się zwykle dzieje, niewiedza pociągała za sobą postawy negatywne, czasem nawet agresję. Tak właśnie się działo w odniesieniu do osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, które w różnych miejscach w Polsce doświadczyły braku akceptacji społecznej, czy wręcz wyalienowania ze społeczeństwa. Na szczęście bardzo wiele się zmieniło i dziś, kiedy sięgamy pamięcią do tamtych czasów, wydaje się nieprawdopodobne, żeby osoby zakażone obrzucać kamieniami, czy podpalać te miejsca, w których znalazły schronienie, ale tak właśnie się działo w latach 80.

Śledząc cały proces społeczny, który się dokonał przez te wszystkie lata, możemy powiedzieć, że nastąpił ogromny postęp w obszarze tolerancji społecznej i akceptacji osób żyjących z wirusem. Oczywiście 25 lat temu realia były inne, gdyż nie było leczenia antyretrowirusowego i niewiele mogliśmy zaoferować osobom zakażonym – natomiast obecnie mamy wiele powodów do satysfakcji, chociażby z poziomu systemu opieki, który wypracowaliśmy.

Myślę, że jednym z najważniejszych czynników, które zadecydowały o kształcie epidemii w Polsce, było szybkie nawiązanie współpracy rządu ze środowiskiem osób żyjących z wirusem, czyli ze społeczeństwem obywatelskim. Współpraca wciąż stanowi jeden z filarów przeciwdziałania AIDS w naszym kraju. Dzięki pracy takich osób, jak ks. Arkadiusz Nowak (który za swoją działalność otrzymał na forum ONZ w 2000 roku nagrodę Poverty Award), udało się zmobilizować liderów życia społecznego, reprezentujących bardzo



różne środowiska i zawody, do tego, żeby udzielili wsparcia, by swoją postawą dali pewnego rodzaju przykład reszcie społeczeństwa. I właśnie dzięki temu postawa społeczna stopniowo, ale w sposób bardzo widoczny się zmieniała.

Taka rocznica to dobry moment na dokonanie pewnych podsumowań. Jakie w Pani ocenie są największe osiągnięcia Polski w walce z epidemią HIV/AIDS?

Dzięki ogromnej pracy osób zajmujących się tą problematyką udało się wypracować stabilne rozwiązania systemowe, które pozwoliły na zapewnienie rządowego wsparcia dla organizacji pozarządowych i ciągłości działań związanych z edukacją społeczną takich, jak programy profilaktyczne czy pomoc osobom żyjącym z HIV/AIDS. Czyli mamy nie tylko samą współpracę, ale też osadzenie jej w pewnych ramach systemowych, co było działalnością pionierską, ponieważ Polska była pierwszym krajem w regionie Europy Wschodniej, którego rząd udzielił wsparcia nie tylko merytorycznego, ale też finansowego organizacjom pozarządowym, wywodzącym się ze środowiska osób żyjących z wirusem.

Niewątpliwie niezwykle ważną kwestią jest dostępność leczenia antyretrowirusowego. Kiedy prześledzimy wszystkie etapy wypracowywania szerokiego dostępu do terapii ARV, w zasadzie możemy powiedzieć, że kolejni ministrowie zdrowia rozumieli ten problem

i znowu Polska jako pierwszy kraj w regionie zapewniła bezpłatne leczenie osobom zakażonym. Teraz wydaje się to oczywiste, ale kiedyś nie wszystkie kraje pracowały w takim systemie – Polska tak.

Co bardzo istotne, w naszym kraju możliwość skorzystania z terapii antyretrowirusowej mają osoby ze środowisk narażonych na marginalizację – osadzeni w zakładach penitencjarnych, czy migranci, którzy starają się o status uchodźcy w naszym kraju. Także w tym obszarze w ostatnich latach zadziałało się wiele dobrego.

Z każdym rokiem rozszerza się oferta dostępnych leków antyretrowirusowych, systematycznie też wzrasta liczba pacjentów. Obecnie polscy pacjenci korzystają ze wszystkich rekomendowanych leków, dostępnych na rynkach światowych.

Wspomnijmy też o jeszcze jednej ważnej kwestii medycznej, a mianowicie o tym, że w Polsce udało się zapewnić kompleksową opiekę nad kobietami zakażonymi HIV i ich dziećmi. Przed wprowadzeniem leków ARV wskaźnik ryzyka zakażeń w populacji dzieci matek żyjących z HIV wynosił 25%, dzisiaj jest on bliski 0. Zawdzięczamy to nie tylko wprowadzeniu profilaktyki zakażeń wertykalnych, lecz także programom wczesnej wykrywalności zakażeń HIV w tej populacji. Oczywiście pojawia się tu kolejne wyzwanie: dążymy do tego, żeby te programy były właściwie promowane i realizowane przez lekarzy ginekologów.

Ostatni rok był bardzo trudny, zmagamy się ze skutkami kryzysu, który nie ominął żadnego z państw. Z tego powodu wdrożyliśmy w Polsce pewne mechanizmy zapewniające optymalizację leczenia antyretrowirusowego, ale dzięki temu poczyniliśmy znaczne, około 20-milionowe oszczędności, a jakość terapii nie ucierpiała. Zawsze traktujemy firmy farmaceutyczne jako naszych partnerów, jednak zmuszeni jesteśmy do twardych negocjacji cenowych, by zapewnić naszym pacjentom pełny dostęp do leków po konkurencyjnych cenach.

Następnym zagadnieniem, o którym warto powiedzieć, jest innowacyjność działań prewencyjnych w zakresie HIV/AIDS. Innowacyjność dotyczy nie tylko samego przekazu profilaktycznego, lecz także metod, które stosujemy. Warto przypomnieć, że Krajowe Centrum ds. AIDS, działając samodzielnie lub poprzez agencje reklamowe, uzyskało wiele nagród międzynarodowych. Należy chociażby wspomnieć o nagrodzie Brązowego Lwa, Spasibo czy nagro-

dzie Światowej Organizacji ds. Rodziny otrzymanej za poruszenie problematyki HIV/AIDS w kontekście dialogu międzypokoleniowego. Trzeba podkreślić, że te działania są kierowane – w zależności od aktualnych potrzeb – do różnych grup odbiorców: kobiet, młodzieży, par heteroseksualnych, mężczyzn mających seks z mężczyznami czy innych populacji szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia takich, jak więźniowie czy w mniejszym stopniu migranci.

Oferta profilaktyczna Centrum jest skierowana do różnych grup wiekowych. Duży sukces odniosły wydawnictwa przeznaczone dla dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Oczywiście jest to przekaz dostosowany do wieku odbiorcy, zwracający uwagę na zdrowy styl życia i problemy osób zakażonych, by w przyszłości uniknąć postaw dyskryminujących.

Coraz częściej w naszych działaniach sięgamy po internet jako medium, które szybko i skutecznie dociera do szerokiego grona naszych odbiorców. Niezwykle ważnym elementem profilaktyki w Polsce jest bezpłatne i anonimowe testowanie w kierunku HIV. Stale rozbudowujemy sieć punktów konsultacyjno-diagnostycznych, gdzie można wykonać test i otrzymać poradnictwo okołotestowe.

Dużym wsparciem są różnego rodzaju programy międzynarodowe, także współfinansowane przez Komisję Europejską, w które angażuje się tak Krajowe Centrum, jak i wielu naszych partnerów. Z dużą radością zauważamy też coraz większe zaangażowanie władz samorządowych w zakresie działań mających na celu zapobieganie zakażeniom HIV. Na przestrzeni lat obserwujemy postęp, jeśli chodzi o liczbę i jakość tych działań.

Warto podkreślić, że te wszystkie działania znajdują uznanie także na forum międzynarodowym. Z każdym rokiem coraz bardziej widoczna jest obecność Polski w zagranicznych grupach eksperckich i innych strukturach międzynarodowych. Ten rok jest dla naszego kraju szczególnie, ponieważ powróciliśmy jako członek do Rady Programowej UNAIDS. Od razu czeka nas wyzwanie: Polska została wybrana na wiceprzewodniczącego PCB UNAIDS w roku 2011, a w 2012 zgodnie z systemem rotacyjnym obejmie funkcję przewodniczącego. Poparcie innych krajów pokazuje, jak dużym uznaniem cieszą się wszystkie nasze działania. Tak jak kiedyś my uczyliśmy się od innych krajów, głównie zachodnich, dzisiaj staramy się tę wiedzę przekazywać krajom znajdującym

się w potrzebie, głównie naszym sąsiadom (Ukraina) korzystając z funduszy przeznaczonych na pomoc rozwojową Ministerstwa Spraw Zagranicznych. Takie programy realizowane były już kilkakrotnie, a osobista rekomendacja Ministra Zdrowia Ukrainy i dobre oceny, jakie te projekty otrzymały, pokazują, że zaangażowanie polskich ekspertów jest potrzebne.

A co się nie udało?

Jeżeli chodzi o wyzwania, niestety tak jak na całym świecie, tak i w Polsce nie udało się powstrzymać rozprzestrzeniania się zakażeń. W naszym kraju codziennie średnio trzy osoby dowiadują się o swoim zakażeniu. Polska stara się realizować wszystkie rekomendacje międzynarodowe, a jednym z założeń UNAIDS jest zero nowych zakażeń. Oczywiście byłoby wspaniale, gdyby udało się taki stan osiągnąć, ale w tej chwili jest to bardzo trudne. Na pewno ograniczenie liczby nowych zakażeń HIV w naszym kraju jest jednym z priorytetowych celów Krajowego Centrum ds. AIDS.

Poza tym zbyt mało osób odnosi ryzyko zakażenia do własnej osoby i uświadomienie polskiemu społeczeństwu, że ryzyko zakażenia HIV dotyczy każdej osoby zachowującej się w sposób ryzykowny, niezależnie od orientacji seksualnej, wieku czy płci niewątpliwie stanowi ważny obszar naszego działania. Dużym wyzwaniem jest także utrzymanie stabilnej sytuacji HIV/AIDS – Polska sąsiaduje z krajami o dużej dynamice rozprzestrzeniania się zakażeń HIV i musimy być bardzo czujni, ponieważ HIV nie zna granic. Dlatego liczymy także na zaangażowanie przedstawicieli organizacji pozarządowych w pracę instytucji międzynarodowych. Bardzo chcielibyśmy utrzymać poziom opieki nad pacjentem żyjącym z HIV i chorym na AIDS, który w Polsce osiągnęliśmy. Krajowe Centrum ds. AIDS dwa lata temu robiło badania, z których wynikało, że polscy pacjenci żyjący z wirusem są – ogólnie rzecz biorąc – bardzo zadowoleni z opieki medycznej, w niektórych aspektach ten poziom satysfakcji sięgał prawie 90%. Jest to bardzo dobry rezultat, ale też zobowiązujący. Utrzymanie takiego wyniku zależy nie tylko od Ministra Zdrowia, który poprzez Krajowe Centrum finansuje i koordynuje realizację leczenia antyretrowirusowego w Polsce, lecz w dużej mierze także od środowisk medycznych, które na co dzień pracują z naszymi pacjentami.

Dziękujemy za rozmowę.

Redakcja

Choroby zakaźne i zachowania ryzykowne w świetle ostatnich badań w populacji iniekcyjnych użytkowników narkotyków

Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (CINN) Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w ramach monitorowania zjawiska narkotyków i narkomanii gromadzi i analizuje dane dotyczące chorób zakaźnych związanych z narkotykami. Monitoring opiera się głównie na zbieraniu informacji o zakażeniach HIV oraz wirusowym zapaleniu wątroby typu B i C wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków. CINN gromadzi informacje pochodzące z rutynowego nadzoru epidemiologicznego, czyli w oparciu o dane dostarczane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH). Ponadto zleca lub przeprowadza projekty badawcze z tego obszaru, które w sposób bardziej szczegółowy eksplorują zjawisko zachowań ryzykownych w kontekście chorób zakaźnych wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Centrum Informacji powstało w związku z akcesją Polski do Unii Europejskiej. Obserwacja zjawiska narkomanii odbywa się m.in. z wykorzystaniem metodologii opracowanej przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA). Choroby zakaźne związane z narkotykami stanowią jeden z pięciu kluczowych wskaźników monitorowania EMCDDA.

Problematyka chorób zakaźnych oraz związanych z nimi zachowań ryzykownych w populacji użytkowników narkotyków została ostatnio podjęta w ramach dwóch projektów badawczych. Pierwszy z nich pn. „Oszacowanie występowania chorób zakaźnych (wirusowe zapalenie wątroby typu C i B, HIV) wśród osób przyjmujących środki odurzające we wstrzyknięciach w Gdańsku i w Krakowie” został przeprowadzony przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w latach 2008-2009. Drugi projekt został zrealizowany przez Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii pod koniec 2008 roku w ramach pierwszego ogólnopolskiego badania klientów oraz programów niskoprogowych (projekt francusko-polski).

Badanie zrealizowane przez NIZP-PZH odbyło się w okresie od października 2008 do końca września 2009 roku na terenie Krakowa oraz Gdańska. Wzięły w nim udział osoby pełnoletnie, które co najmniej raz w życiu przyjęły narkotyk we wstrzyknięciu oraz przebywały na stałe (podczas ostatnich 3 miesięcy)

wykonano badania laboratoryjne w próbkach krwi w kierunku HIV, HCV, HBV (HBsAg, anty-HBc) i kiły (VDRL). Łącznie w badaniu wzięły udział 193 osoby (112 w Krakowie oraz 81 w Gdańsku). Wyniki badania wskazują, że szacowany odsetek mężczyzn wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w obu miastach wy-

Występowanie chorób zakaźnych w populacji iniekcyjnych użytkowników narkotyków.

Zakażenie		Rozpowszechnienie w badanej populacji (95% przedział ufności)
HIV (potwierdzone zakażenie)		10,3% (6,1-15,3%)
HCV (obecne lub przebyte zakażenie)		47,6% (34,2-56,7%)
HBV	Anty – HBc (obecne lub przebyte zakażenie)	30,1% (21,2-37,8%)
	HBs – Ag (obecne zakażenie)	2,0% (0,6-3,8%)
VDRL		0,3% (0,1-0,8%)

Źródło: „Oszacowanie występowania chorób zakaźnych (wirusowe zapalenie wątroby typu C i B, HIV) wśród osób przyjmujących środki odurzające we wstrzyknięciach w Gdańsku i w Krakowie” NIZP-PZH 2009.

na terenie badanego województwa. Do naboru uczestników zastosowano metodę rekrutacji przez respondentów (*Respondent Driven Sampling*), która stanowi odmianę metody tzw. kuli śniegowej. Osoby uczestniczące w badaniu proszone były o rozdanie kuponów uprawniających do udziału w badaniu wśród swoich znajomych. W badaniu wykorzystano uprzednio przygotowany kwestionariusz oraz

niósł 74,8% (95% przedział ufności: 64,0%-85,0%). Szczegółowe informacje dotyczące występowania chorób zakaźnych w populacji iniekcyjnych użytkowników narkotyków prezentuje poniższa tabela.

W badaniu dokonano analizy zachowań ryzykownych podejmowanych przez iniekcyjnych użytkowników narkotyków w kontekście występowania chorób zakaźnych.

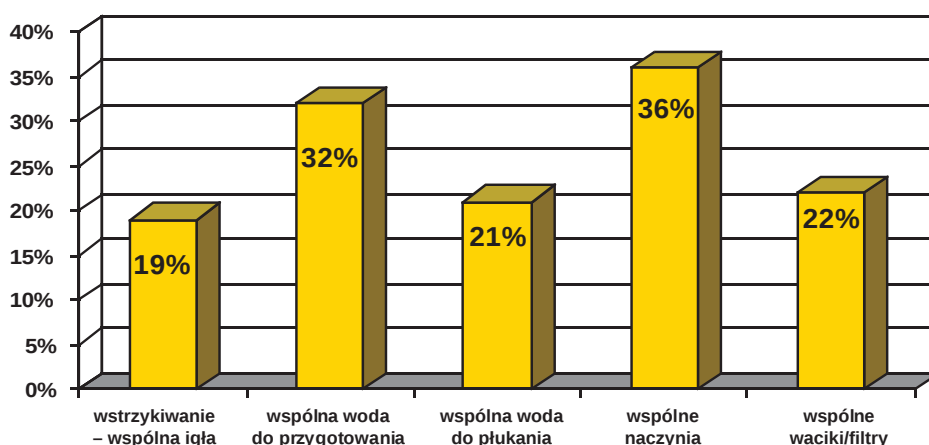


Główne wyniki tej analizy wskazują, że łączny czas dożylnego używania narkotyków większy niż 10 lat oraz doświadczenie bezdomności kiedykolwiek w życiu to najważniejsze czynniki niezależnie związane z wyższym rozpowszechnieniem HIV.

Na rozpowszechnienie HCV wpływają czynniki związane ze wstrzykiwaniem narkotyków (łączny czas używania we wstrzyknięciach większy niż 10 lat, dzielenie się igłami i strzykawkami oraz okresy codziennego używania narkotyków w iniekcjach). Zwrócono uwagę na istotną różnicę pomiędzy kobietami i mężczyznami odnośnie rozpowszechnienia HCV, co powinno zostać podjęte w dalszych badaniach. Łączny czas dożylnego używania narkotyków ponad 10 lat, brak szczepienia przeciwko WZW B (HBV) oraz niski poziom wykształcenia (podstawowe lub zasadnicze zawodowe) to czynniki, które okazały się istotnie związane z wyższym rozpowszechnieniem HBV. Więcej szczegółowych analiz dostępnych jest w raporcie z badania zamieszczonym na stronie internetowej CINN (<http://www.cinn.gov.pl/portal?id=166349>).

Drugi wspomniany wcześniej projekt badawczy przeprowadzony został wśród klientów programów niskoprogowych (tj. programy wymiany igieł i strzykawek oraz dzienne świetlice dla czynnych użytkowników narkotyków), w ramach którego pracownicy tych programów przez dwa tygodnie (od 24 listopada do 7 grudnia 2008 roku) przeprowadzali wywiady kwestionariuszowe ze wszystkimi klientami korzystającymi z programu. Warto zaznaczyć, że projekt został zrealizowany także we Francji, stąd możliwe będzie porównanie wyników uzyskanych w obu krajach. W analizie uwzględniono wywiady z 733 użytkownikami narkotyków. W badaniu wzięło udział 13 programów w Polsce prowadzących działania w następujących miastach: Puławy, Gdańsk, Częstochowa, Kraków (2 programy),

Zachowania ryzykowne wśród osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach w ciągu ostatnich 30 dni (N=581) – odsetki badanych.



Źródło: „Pierwsze ogólnopolskie badanie klientów oraz programów niskoprogowych w 2008 roku. Projekt francusko-polski.” Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii 2009.

Jelenia Góra, Wrocław, Zgorzelec, Olsztyn, Rzeszów, Katowice, Warszawa (3 programy). Wśród ankietowanych większość stanowili mężczyźni (69%), a średni wiek osób badanych wyniósł 33 lata. 79% osób biorących udział w badaniu deklarowało iniecyjne używanie substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 30 dni. Na powyższym wykresie zaprezentowano odsetki badanych przyjmujących narkotyki w iniekcjach w ciągu ostatnich 30 dni podejmujących zachowania ryzykowne w postaci stosowania wspólnej igły, wody, naczyń oraz wacików/filtrów. W ramach projektu nie wykonywano badań laboratoryjnych w kierunku HIV i HCV, gromadzono tylko deklaracje samych respondentów odnośnie ich statusu serologicznego. 70% respondentów deklarowało fakt przeprowadzenia testu w kierunku HIV. 46% spośród tych osób odpowiedziało, że jest zakażona HIV. Podobny odsetek badanych deklarował wykonanie testu w kierunku HCV (69%). Wśród 503 osób, które wykonały test w kierunku HCV, 81% deklarowało uzyskanie wyniku pozytywnego. Więcej szczegółowych danych zebranych w ramach projektu badawczego dostępnych jest w raporcie z badania za-

mieszczonym na stronie internetowej CINN (<http://www.cinn.gov.pl/porta-l?id=166055>).

Badania zlecane lub realizowane przez Centrum Informacji KBPN dostarczają informacji na temat zjawiska narkotyków i narkomanii, również w kontekście problemowego używania narkotyków oraz chorób zakaźnych związanych z narkotykami. Warto zaznaczyć, że badania wśród iniecyjnych użytkowników narkotyków stanowią część systemu monitorowania rozpowszechnienia chorób zakaźnych w ramach realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii. Dzięki pomiarom można uzyskać informacje na temat charakterystyk iniecyjnych użytkowników narkotyków, skali podejmowanych przez nich zachowań ryzykownych oraz wskaźników rozpowszechnienia zakażeń. Badania dostarczają także rekomendacji dotyczących eliminacji źródeł oraz ograniczenia dróg szerzenia się zakażeń.

Marta Struzik
Centrum Informacji
o Narkotykach i Narkomanii
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania
Narkomanii

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”

Przegląd prasy VIII-X 2010

PIE₁₂ MA POWSTRZYMAĆ HIV

Zespół naukowców pod kierownictwem prof. Michaela S. Kaya z Uniwersytetu w Utah pracuje nad skutecznym preparatem mającym powstrzymać HIV z dala od komórki. Ten preparat to substancja aktywna PIE₁₂. Kierujący badaniami ma nadzieję, że PIE₁₂ mógłby stanowić nową, skuteczną broń przeciw HIV. Preparat ma bowiem zdolność do blokowania przenikania wirusów do wnętrza nowych komórek. Mógłby służyć jako środek profilaktyczny, jak i pomagać w leczeniu zakażenia.

Leki peptydowe mają olbrzymi potencjał, ale ich wadą jest szybka degradacja. Na razie trwają badania na zwierzętach, następnym krokiem będą testy kliniczne z udziałem pacjentów. Dopiero one rozstrzygną, czy PIE₁₂ jest równie skuteczny u ludzi jak w badaniach laboratoryjnych. Według prof. Kaya PIE₁₂ byłby idealnym tzw. mikrobicydem (preparatem w formie dopochwowego żelu, kremu, emulsji lub czopka) zapobiegającym zakażeniu HIV.

[Krzysztof Urbański. Jak powstrzymać wirusa z dala od komórki. Rzeczpospolita z dnia 25.08.2010 r.]

RECEPTOR UMOŻLIWI POWSTAWANIE LEKÓW BLOKUJĄCYCH HIV

Naukowcy ze Scripps Research Institute w Kalifornii zbadali receptor, dzięki któremu można będzie opracować leki blokujące przedostanie się wirusa HIV do komórek i rozwój nowotworów.

Cząsteczka o nazwie CXCR4 należy do dużej rodziny białek, zwanych receptorami sprzężonymi z białkami G (GPCR). Białka te, wbudowane w błonę komórkową, przekazują sygnały z otoczenia do wnętrza komórki. Receptory kontrolują niemal każdy proces zachodzący w organizmie: wzrost komórek, wydzielanie hormonów, odbieranie obrazów. CXCR4 pomaga uaktywnić układ odpornościowy i pobudza ruchy komórek. Gdy jednak sygnały aktywujące CXCR4 nie są właściwie regulowane, może pobudzić wzrost i rozprzestrzenianie się nowotworu.

Kalifornijscy naukowcy zbadali ten receptor, wykorzystując technikę krystalografii rentgenowskiej, która opiera się na rejestracji obrazów dyfrakcyjnych promieni rentgenowskich. Otrzymany wzór złożony z nieregularnie rozmieszczonych kropek pozwala po analizie

odtworzyć strukturę badanej cząsteczki. W przypadku receptora było to o tyle trudne, że podobne białka trudno skłonić do tworzenia regularnych kryształów. Teraz, znając strukturę receptora, można będzie opracować działające na niego leki, które blokowałyby przedostanie się do komórki wirusa HIV czy rozwój nowotworu.

[Receptor, który ma związek z HIV i rakiem. Służba Zdrowia z dnia 18.10.2010 r.]

KOLEJNY SUKCES TERAPII GENOWEJ – GENY I WIRUS HIV POMOGŁY

Tygodnik „Nature” donosi, że francuskim lekarzom udało się wyleczyć 18-latkę cierpiącego od dziecka na talasemię (choroba o podłożu genetycznym – dotknięty nią organizm nie jest w stanie produkować odpowiedniej ilości hemoglobiny). Choroba ta dotyczy najczęściej mieszkańców basenu Morza Śródziemnego, Bliskiego Wschodu, Afryki i Azji Południowo-Wschodniej. Do niedawna jedynym ratunkiem dla chorych była comiesięczna transfuzja krwi.

Nastolatce, którego przypadek opisuje dziennik, od 3. roku życia przetaczano krew. Próbowano dla chorego znaleźć dawcę komórek macierzystych, których przeszczep był dotychczas jedynym sposobem na wyleczenie z talasemii. Próby te jednak nie powiodły się. Szansą dla chłopaka okazał się projekt realizowany przez profesorów Uniwersytetu Paryskiego, Philippe’a Leboulcha i Marinę Cavazzanę-Calvo (jednego z liderów prac nad terapiami genowymi). Uczeń postanowił zastosować go w leczeniu osiemnastolatka. Najpierw pobrali od niego grupę komórek, dających początek wszystkim innym komórkom krwi (tzw. krwiotwórczych komórek macierzystych). Do komórek tych wprowadzono prawidłowy gen sterujący produkcją beta-globiny (nośnikiem genu były odpowiednio przygotowane wirusy HIV). Równocześnie mężczyzna został poddany chemioterapii, która wyeliminowała wszystkie komórki wciąż obciążone nieprawidłową odmianą genu. Na sam koniec wstrzyknięto pacjentowi komórki macierzyste z wbudowanym prawidłowym genem. Potrzeba było czasu, aby produkcja hemoglobiny ruszyła ponownie – w tym okresie choremu przetaczano krew. Ostatni taki zabieg miał miejsce nie-

mał rok po przeszczepie – 8 czerwca 2008 r. (zabieg wykonano 7 czerwca 2007 r.). Od tamtego dnia hemoglobina w jego organizmie utrzymuje się na takim poziomie, że pacjent nie potrzebuje już transfuzji. Dziś po trzech latach od terapii młody mężczyzna prowadzi normalne życie. Jego stan poprawił się na tyle, że lekarze co jakiś czas upuszczają mu nawet krew, by wspomóc usuwanie z organizmu toksycznego żelaza, które nagromadziło się przez lata transfuzji.

[Wojciech Moskal. Geny pomogły. Gazeta Wyborcza z dnia 16.09.2010 r.]

NOBEL ZA OPRACOWANIE METODY POMOCNEJ W PRODUKCJI LEKÓW

Tegoroczną Nagrodę Nobla w dziedzinie chemii otrzymali Amerykanin Richard Heck oraz dwaj Japończycy Ei-iki Negishi i Akira Suzuki. Opracowali oni metodę, która zrewolucjonizowała produkcję leków i nowoczesnej elektroniki.

Odkrycia dokonane przez trzech naukowców mają największe znaczenie dla tworzenia nowych leków. Dzięki temu można sztucznie syntetyzować substancje stworzone przez naturę. Toksyna o nazwie discodermolid, wydzielana w niewielkich ilościach przez gąbkę żyjącą na dnie Morza Karaibskiego, potrafi hamować rozwój komórek nowotworowych. Discodermolid odtworzony w laboratorium stał się podstawą do tworzenia leków, które skutecznie stosowane są nie tylko w chemioterapii. Zsyntetyzowany ma także moc przeciwdziałania wirusom opryszczki i HIV.

[Krzysztof Urbański. Nobel za narzędzie walki z rakiem. Rzeczpospolita z dnia 07.10.2010 r.]

CHINY OTRZYMUJĄ WIĘCEJ PIENIĘDZY NA WALKĘ Z AIDS NIŻ AFRYKA

Chiny, które są drugą co do wielkości gospodarką świata, dostają większą pomoc na walkę z AIDS niż ubogie i bardziej potrzebujące środków kraje afrykańskie. Chiny są czwartym co do wielkości odbiorcą pomocy ze Światowego Funduszu do Walki z AIDS, Gruźlicą i Malarią. Państwo Środka otrzymało z niego miliard dolarów, co oznacza, że więcej dostały tylko Etiopia, Indie i Tanzania.

Miliard przekazany Chinom to równowartość terapii antyretrowirusowej dla dwóch milionów pacjentów chorych na

AIDS, czyli np. wszystkich żyjących z tą chorobą w Kenii – zauważa Jack Chow, jeden z amerykańskich negocjatorów powołania tego funduszu. Chiny w zeszłym roku ogłosiły wydanie na służbę zdrowia na prowincji 125 miliardów. Nie przeszkodziło im to jednak pobierać z funduszu trzy razy więcej pieniędzy niż Republika Południowej Afryki, która jest jednym z najbardziej dotkniętych przez AIDS krajów świata – oburza się Chow. Co prawda Chiny też dokładają się do funduszu, ale są to znikome kwoty w stosunku do tego, co otrzymały. Wpłaciły do niego 16 milionów dolarów, co oznacza, że dostały 60 razy więcej niż wpłaciły.

Jack Chow dodaje, że inicjatorzy tej akcji sądzili, iż ogromna większość pieniędzy z funduszu, który został powołany przed ośmioma laty przez kraje rozwijające się, trafi do krajów takich, jak: Lesoto, Uganda czy Haiti, gdzie te trzy choroby osiągnęły poziom krytyczny. Stało się jednak inaczej. Okazało się, że to Chiny systematycznie wykorzystują fundusz i wyciągają z niego większą pomoc niż 29 państw afrykańskich.

[Chiny wykorzystują najbiedniejszych. Dziennik Gazeta Prawna z dnia 06.08.2010 r.]

DLACZEGO MAŁPY RZADZIEJ CHORUJĄ NA AIDS?

Od przeszło dwudziestu lat trwają próby znalezienia skutecznych środków na pokonanie HIV, ale rezultaty nie są zadowalające, wirus ten jest bowiem bardzo sprytny. Nasi małpi kuzyni natomiast nie mają tego typu problemów, gdyż ich układ odpornościowy potrafi radzić sobie ze sztuczkami, jakie stosują podobne do HIV wirusy. Dzieje się tak m.in. dlatego, że posiadają swoją broń, czyli tzw. retrocykliny – jedyne pierścienie białka w naszych ciałach zbudowane z 18 aminokwasów połączonych w zamknięte okęgi. Białka te należą do większej grupy zwanej defensynami, które chronią organizm przed atakami wirusów, bakterii, grzybów i innych wrogów. Retrocykliny należą do najpóźniej odkrytych defensyn i dotąd zostały odnalezione tylko w białych ciałkach krwi pawianów, rezusów i orangutanów. Niedawne badania wykazały, że retrocykliny są wyjątkowo skutecznymi narzędziami do obrony komórek przed zakażeniem HIV. To dlatego m.in. wiele małp rzadko choruje na AIDS.

[Marcin Ryszkiewicz. Mniej zwierzęcia, to więcej człowieka. Wiedza i Życie z dnia 01.09.2010 r.]

KALIFORNIA – PROBLEMY PRZEMYSŁU PORNOGRAFICZNEGO

W Kalifornii większość wytwórni filmów pornograficznych nie pracuje. To efekt wykrycia u jednego z aktorów HIV. Fundacja Zdrowia Przemysłu Pornograficznego bada wszystkich aktorów i aktorki, z którymi zakażony nagrywał filmy w ostatnich miesiącach. Do czasu zakończenia badania większość wytwórni zawiesiła swoją działalność.

W latach 90. pod naciskiem opinii publicznej wytwórnie pornograficzne, chcąc poprawić swój wizerunek, zaczęły podpisywać z aktorami kontrakty gwarantujące im podstawową opiekę medyczną. Sami aktorzy natomiast zawiązali rodzaj związku zawodowego, który z ich składek finansuje działalność Fundacji Zdrowia, a dokładnie ich własnej służby zdrowia. Fundacja co miesiąc bada wszystkich aktorów pracujących w przemyśle pornograficznym (1,5 tys. kobiet i 500 mężczyzn). Co roku co czwarta osoba dowiaduje się, że cierpi na chorobę weneryczną. Od końca lat 90. zakażenie HIV wykryto u czworga aktorów. Za każdym razem, kiedy amerykańska opinia publiczna dowiaduje się o zakażeniu HIV w przemyśle pornograficznym, przemysł ten staje się obiektem wzmożonego zainteresowania polityków i organizacji walczących z HIV/AIDS, które to organizacje starają się zmusić studia filmowe do wprowadzenia ostrzejszych przepisów zdrowotnych. Przede wszystkim domagają się obowiązkowego używania prezerwatyw podczas zdjęć. Dziś jedynie kilka mniejszych wytwórni wpisuje taki nakaz do kontraktów aktorów, największe zaś pozostawiają aktorom swobodę, a większość z nich z prezerwatyw nie korzysta.

Najnowszy przypadek zakażenia HIV ponownie wywołał ostre reakcje ze strony mediów i polityków. Departament Warunków Przemysłowych, wydział władz stanu Kalifornia odpowiadający m.in. za bezpieczeństwo w miejscu pracy, chce teraz podać wytwórnię pornograficzną do sądu. Zdaniem pracujących w nim urzędników studia filmowe dla dorosłych są takim samym przemysłem jak każdy inny i muszą podlegać przepisom BHP.

[Bartosz Węglarczyk. Pornoparaliż w USA. Gazeta Wyborcza z dnia 18.10.2010 r.]

Małgorzata Olczyk

Wydarzenia związane z AIDS w 2011 roku

5-6 LUTEGO

2nd India – International Pediatric AIDS Conference (IPAC)

Mysore, Indie

<http://www.ind-ipac.com/>

27 LUTEGO – 2 MARCA

CROI 2011: 18th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections

Boston, USA

<http://www.retroconference.org/2011/index.asp?page=310>

5-13 MARCA

4th International Online Medical Conference (IOMC 2011)

Online

<http://www.iomcworld.com/2011/>

20-25 MARCA

HIV Evolution, Genomics and Pathogenesis (z cyklu Keystone Symposia Global Health Series)

Whistler, BC, Kanada

<http://www.keystonesymposia.org/Meetings/ViewMeetings.cfm?MeetingID=1109>

1-2 KWIETNIA

Sex: Tech 2011

San Francisco, USA

<http://www.sextech.org/>

15 MAJA

Międzynarodowy Dzień Pamięci o Zmarłych z powodu AIDS

<http://www.candlelightmemorial.org/>

8-10 CZERWCA

Sesja przeglądowa Narodów Zjednoczonych nt. Deklaracji Zobowiązań i Deklaracji Politycznej ws. HIV/AIDS

Nowy Jork, USA

<http://www.un.org/en/ga/meetings/>

7-10 LIPCA

XV Spotkanie Osób Żyjących z HIV/AIDS (Jubileusz)

Warszawa

www.siecplus.blogspot.com/

17-20 LIPCA

6th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention (IAS 2011)

Rzym, Włochy

<http://www.ias2011.org/>

12-15 WRZEŚNIA

AIDS Impact – 10th International Conference „More than a virus”

Sante Fe, USA

<http://www.aidsimpact.com/2011/>

12-15 PAŹDZIERNIKA

13th European AIDS Conference (EACS)

Belgrad, Serbia

<http://www.eacs-conference2011.com/>

1 GRUDNIA

Światowy Dzień AIDS (30-lecie wybuchu epidemii)

<http://www.worldaidscampaign.org/>

Kontrakt socjalny – narzędzie pracy ośrodków pomocy społecznej

Kontrakt socjalny stanowi dla pracowników socjalnych wyzwanie, dzięki któremu możemy prowadzić lepsze, bardziej wydajne działania w kierunku usamodzielnienia klientów. Wymaga on od pracowników socjalnych wnikliwej pracy prowadzonej według zasad metodyki pracy socjalnej, stosowania dogłębnej analizy i diagnozy, jak również wykorzystania posiadanych zasobów wiedzy.

Pojęcie to zostało wprowadzone w rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 1 marca 2005 r. i art. 45 ust.2 i art. 6 pkt 6. Ustawy o Pomocy Społecznej z 12 marca 2004 r.

Kontrakt zawierany jest z tymi osobami i rodzinami, które mogą się usamodzielnąć, między innymi, z osobami z orzeczoną stopniem niepełnosprawności, w tym z zaburzeniami psychicznymi, bezdomnymi, osobami po zwolnieniu z zakładu karnego lub innej placówki penitencjarnej, osobami zakażonymi HIV, uzależnionymi od alkoholu lub innych środków odurzających poddającymi się leczeniu lub po jego zakończeniu oraz innymi osobami znajdującymi się w trudnej sytuacji życiowej. Kontrakt zawierany jest na określonym etapie metodycznego działania, po rozpoznaniu i ocenie sytuacji osoby/rodziny ubiegającej się o pomoc.

Kontrakt socjalny jest stosowany w działaniach ośrodków pomocy społecznej, ma spowodować większą skuteczność udzielanej pomocy poprzez mobilizowanie osób i rodzin do podejmowania starań w celu uzyskania samodzielności. Jest to forma pisemnej umowy zawartej z osobą ubiegającą się o pomoc, określająca uprawnienia i zobowiązania stron tj. klienta i pracownika socjalnego w ramach wspólnie podejmowanych działań zmierzających do przezwyciężania trudnej życiowej sytuacji.

Etapami tego działania są:

- poznanie i zrozumienie oczekiwań osoby/rodziny, które jest punktem wyjścia do dalszej pracy w rozwiązywaniu trudnych sytuacji.



- zebranie informacji o osobie/rodzinie dotyczącej sytuacji zawodowej, mieszkaniowej, materialnej, zdrowotnej.
- ocena sytuacji życiowej, określenie przyczyn trudnej sytuacji, możliwości pozwalające na rozwiązanie, określenie również ograniczeń.
- wyznaczanie celów działania.
- opracowanie projektu działania, planu, który określa zadania do jakich zobowiązuje się klient i pracownik socjalny w celu osiągnięcia zamierzonego celu.
- ocena rezultatów działań. Ważnym elementem jest samoocena metodycznego działania. Gdy zakładane cele nie zostały osiągnięte, należy przeprowadzić ponowną analizę sytuacji życiowej klienta, ocenę jego mocnych i słabych stron oraz zmodyfikować cele działania. Ocena okresowa postępu realizacji celów dokonywana jest w zależności od możliwości klienta.
- zakończenie działania, gdy zostaną osiągnięte wszystkie cele.

W procesie aktywnej integracji (dostęp do praw i usług społecznych) możemy stosować cztery instrumenty:

- instrumenty aktywizacji zawodowej,
- instrumenty aktywizacji edukacyjnej,
- instrumenty aktywizacji zdrowotnej,
- instrumenty aktywizacji społecznej.

Podpisanie kontraktu może nastąpić tylko w określonych sytuacjach, a podstawą jest gotowość do podjęcia przez osobę/rodzinę współpracy z pracownikiem socjalnym.

Oczywiście do postawienia diagnozy nie jest potrzebny kontrakt, ale precyzuje on pracownikowi socjalnemu etapy postępowania, a klientowi cele, które ma realizować.

Ośrodki pomocy społecznej wykorzystują go w różnym stopniu. Zdecydowana większość kontraktów socjalnych zawierana jest w dużych miastach. Małe wykorzystanie kontraktów socjalnych przez ośrodki pomocy społecznej wynika z organizacji całego systemu. Jest on cały czas nastawiony na działania osłonowe, mające jeszcze wciąż zapobiegać skutkom transformacji. Dzieje się to kosztem podejmowania działań aktywizujących, które mają pomagać osobom niezaradnym życiowo i zawodowo. Pracownicy socjalni poświęcają mało czasu na pracę z rodzinami, której elementem jest właśnie kontrakt socjalny, bo są obciążeni obowiązkami biurokratycznymi. Gminy słabo mobilizują osoby korzystające z pomocy społecznej do samodzielności. System pomocy społecznej wymaga zmian, bo koncentruje się tylko na wypłacaniu zasiłków i świadczeń.

*Janusz Majchrzak
Specjalista ds. Socjalnych*

25 lat walki z epidemią HIV/AIDS w Polsce – wystawa fotografii

Początek epidemii HIV/AIDS w Polsce datuje się na rok 1985.

Wtedy to zarejestrowano pierwsze zakażenia, które wykryto u sześciu chorych na hemofilię, czterech mężczyzn homo- lub biseksualnych oraz u jednej prostytutującej się kobiety. Od wdrożenia badań w 1985 r. do 30 czerwca 2010 r. minęło 25 lat. W tym czasie stwierdzono 12 985 przypadków zakażenia HIV obywateli Polski, 2 372 zachorowania na AIDS, zaś 1 028 chorych zmarło (dane NIZP-PZH).

Na początku epidemii do największej liczby zakażeń dochodziło wśród osób przyjmujących narkotyki drogą dożylną. Poziom wiedzy społeczeństwa był bardzo niski, a wokół AIDS krążyły częściej mity niż rzetelne informacje. Dochodziło do licznych przejawów agresji: piętnowano osoby zakażone, nierzadko dochodziło w stosunku do nich do aktów bezpośredniej przemocy, czy nawet palono domy, w których mieszkaly.

Pamiętając o tym, co było, i jednocześnie konfrontując przeszłość z tym, co udało nam się osiągnąć, mamy powody do zadowolenia i satysfakcji. Od tamtego czasu nastąpił duży postęp nie tylko w świadomości społeczeństwa wobec HIV i AIDS, lecz także pozytywnie zmieniła się polityka Polski w tym zakresie. Nastąpił też szybki rozwój medycyny, dając osobom żyjącym z wirusem coraz większe nadzieje i możliwości terapeutyczne.

Są ludzie, którzy twierdzą, że nie warto wracać do przeszłości, tylko patrzeć w przyszłość. My jednak nie chcemy zapomnieć o wydarzeniach, które są dla nas ważne, ani ludziach, którzy od nas odeszli: o ludziach chorych na AIDS i o tych, którzy walczyli i walczą o Ich prawa.

Krajowe Centrum ds. AIDS przygotowało wystawę fotografii pt. „25 lat walki z epidemią HIV/AIDS w Polsce” oraz ulotkę informacyjną z szerszymi komentarzami opisującymi ćwierćwiecze zmagania się z epidemią. Na dziewięciu planszach wystawowych prezentujemy zdjęcia dotyczące nie

tylko dobrych, ale i trudnych chwil, jakie towarzyszyły nam w 25-letniej pracy nad edukacją społeczną oraz uzyskaniem powszechnego dostępu do opieki, leczenia i wsparcia dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS.

Celem wystawy jest nie tylko przedstawienie krótkiej historii podejmowanych działań przez wybrane środowiska zaangażowane w przeciwdziałanie epidemii HIV/AIDS w Polsce, czy ukazanie działalności Krajowego Centrum ds. AIDS i postępów, jakie dokonały się w ciągu tych 25 lat, ale przede wszystkim uwrażliwienie ogółu społeczeństwa na wciąż aktualny problem zakażeń HIV. Jest to o tyle ważne, że w ostatniej dekadzie zmieniły się w Polsce trendy epidemiologiczne.

Problem nie dotyczy już tylko, tak jak jeszcze na przełomie lat 80. i 90., populacji szczególnie narażonych na zakażenie, tzn. osób stosujących dożylnie środki psychoaktywne, czy mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami. Dziś epidemia dotyka zarówno kobiet, jak i mężczyzn, osób heteroseksualnych i homoseksualnych, nie można już zatem mówić o grupach ryzyka. Ponieważ zmienił się profil epidemii, zmianie uległo także podejście do samej choroby. Komitet Helsiński w Polsce wydał biuletyn 10'91 Prawa Człowieka, w którym omawia przypadki dyskryminacji, odnotowane w Polsce pod koniec lat 80-tych, m.in. w Kawęczynie, Konstancinie, Legionowie i Głogowie: „W końcu roku 1989 w Kawęczynie k. Warszawy, gdzie usiłowano zainstalować bezdomnych, zakażonych narkomanów po kuracji odwykowej, miejscowa społeczność pod groźbą linczu zmusiła organizatorów (Monar) do ich usunięcia. Zostali przeniesieni do pomieszczeń w Ministerstwie Zdrowia, w których sprzątaczkę odmówiły sprzątanía i nikt nie chciał przynosić posiłków”.

Wystawa przygotowana została w dwóch wersjach językowych – polskiej i angielskiej. Krajowe Centrum ds. AIDS zainaugurowało ją w Genewie, podczas 26. posiedzenia Rady Programowej

UNAIDS (PCB UNAIDS) w siedzibie Międzynarodowej Organizacji Pracy (ILO) w dniach 22-24 czerwca br., by w sposób szczególny zaakcentować członkostwo Polski w Radzie PCB.

Wystawa stanowi unikalną możliwość przedstawienia na szerokim forum polskiego dorobku w walce z epidemią HIV/AIDS. W krótkich komentarzach tekstowych Centrum prezentuje najlepsze praktyki w dziedzinie walki z epidemią HIV/AIDS wypracowane przez nasz kraj, jak chociażby silne partnerstwo struktur rządowych z organizacjami pozarządowymi, szeroką dostępność terapii antyretrowirusowej, ale także nagrody otrzymane przez Krajowe Centrum ds. AIDS na forum krajowym i międzynarodowym. W ramach wystawy przedstawiliśmy również wybrane publikacje i kampanie społeczne, które organizowaliśmy w ramach działań profilaktycznych od początku istnienia Krajowego Centrum ds. AIDS.

Inauguracja wystawy w Polsce miała miejsce 1 grudnia 2010 r. podczas konferencji prasowej z okazji obchodów Światowego Dnia AIDS. Zorganizowanie jej nie byłoby jednak możliwe bez dodatkowego wsparcia. Dlatego też korzystając z okazji dziękujemy wszystkim, którzy przyczynili się do powstania wystawy. Podziękowania składamy Stałemu Przedstawicielstwu RP przy ONZ w Genewie, organizacjom pozarządowym i innym naszym partnerom, którzy pomogli nam odszukać archiwalne zdjęcia. Dziękujemy firmie Agora za duże zaangażowanie przy tworzeniu plansz wystawowych.

Szczególne podziękowania składamy firmie L'Oréal, bez której zorganizowanie tej wystawy nie byłoby możliwe.

Serdecznie zapraszamy Państwa do obejrzenia tej ekspozycji w siedzibie Krajowego Centrum ds. AIDS.

Iwona Kłapińska
Krajowe Centrum ds. AIDS
i.klapinska@centrum.aids.gov.pl



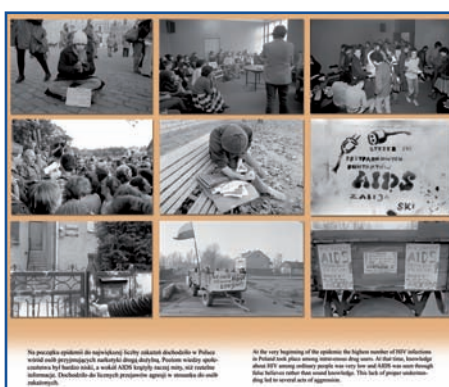
Wystawa w Genewie

od lewej: Iwona Kłapińska, Krajowe Centrum ds. AIDS, Michel Sidibé – Dyrektor Wykonawczy UNAIDS oraz Anna Marzec-Bogusławska – Dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS.



Wystawa w Genewie

od lewej: Iwona Kłapińska, Krajowe Centrum ds. AIDS, Zdzisław Rapacki – ówczesny Ambasador Stałego Przedstawicielstwa RP przy NZ w Genewie, Anna Marzec-Bogusławska – Dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS, Adam Fronczak – Podsekretarz Stanu w MZ i małżonka p. Ambasadora.





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@aims.gov.pl
www.aims.gov.pl

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.



Między lękiem a ignorancją. Wiedza ratuje życie.

W tym roku mija 25 lat od zarejestrowania pierwszego przypadku zakażenia HIV.

Wieloletnie prowadzenie kampanii profilaktycznych, informowanie i edukowanie przyniosło oczekiwane skutki: podniósł się poziom wiedzy. Niestety, czasem ta wiedza wpędza ludzi w pułapkę ignorancji, bagatelizowania ryzyka zakażenia HIV. Myślę, że można zaobserwować dwie skrajne postawy. Na jednym biegunie są właśnie Ci, którzy uważają, że wszystko już wiedzą, a tym samym kontrolują swoje życie i nic im już nie grozi. To te same osoby, które nigdy nie

żyły w świecie bez HIV i zdążyły się do niego „przyzwyczaić”. Dodatkowo coraz efektywniejsza terapia antyretrowirusowa sprawiła, że w niektórych populacjach, np. wśród mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami, zniknął lęk przed zakażeniem i chorobą, który mógł powodować podejmowanie bezpieczniejszych zachowań seksualnych. HIV/AIDS zaczęto traktować jak każdą inną chorobę przewlekłą. Ale zatrzymajmy się na drugim biegunie – na tym, na którym są osoby, które wciąż się boją. Boją się tak bardzo, że wolą nie wiedzieć, że zachowują się ryzykownie. Wolą

nie wiedzieć, czy są zakażeni HIV, czy nie. Tymczasem ta **wiedza ratuje życie.**

Najnowsza kampania Krajowego Centrum ds. AIDS, niosąca to przesłanie, ma na celu promocję testowania w kierunku HIV – zwłaszcza w punktach konsultacyjno-diagnostycznych (PKD) na terenie całego kraju, gdzie można bezpłatnie i anonimowo wykonać test w kierunku HIV. W roku 2009 w PKD test zrobiło ok. 26 tysięcy osób. Choć widzimy wzrost zainteresowania testowaniem w stosunku do lat poprzednich (w 2008 roku ok. 21 tys., a w 2007 roku



Wiedza ratuje życie

Zrób test na HIV. Niezależnie od wyniku masz szansę na normalne życie.



Wiedza ratuje życie

Zrób test na HIV. Niezależnie od wyniku
masz szansę na normalne życie.

www.aids.gov.pl

AIDS
NIE DAJ SZANSY!

ok. 19 tys.), ciągle jednak za mało jest w Polsce świadomości, że problem HIV/AIDS może być problemem każdego, a zrobienie testu na HIV jest jedynym sposobem, by zakażenie potwierdzić lub wykluczyć i – co za tym idzie – świadomie pokierować swoim zdrowiem i życiem. Kampania ma pokazać konieczność znajomości statusu serologicznego – zarówno własnego, jak i partnera lub partnerów. Wiedza o zakażeniu pozwala na dalszą, efektywną kontrolę swojego stanu zdrowia i zmniejsza ryzyko zakażenia partnera lub partnerów. Zgodnie z myślą przekazywaną w kampanii, niezależnie od wyniku masz szansę na normalne życie. Kampania ma też na celu uświadomienie, że negatywny wynik testu dzisiaj, nie chroni przed zakażeniem HIV w przyszłości. Odbiorcami kampanii są osoby dorosłe i aktywne seksualnie, osoby, które są lub chciałyby być odpowiedzialne za zdrowie własne i partnera.

Kreacja kampanii „Wiedza ratuje życie” została stworzona przez Pracownię C&C. Agencja ta była jedną z siedmiu, które odpowiedziały na zaproszenie Krajowego Centrum ds. AIDS i złożyły po 3 propozycje kreacji kampanii promujących testowanie w kierunku HIV. Grafika tej kampanii jest wyjątkowo prosta i mamy nadzieję, że dzięki temu bardzo czytelna. Joanna Czerwińska-Jędrzych i Janusz Jarażny, twórcy przekazu, przyznają, że najbardziej pracochłonną częścią zadania było właśnie doprowadzenie tego komunikatu do jak najprostszej formy, i konsekwentne trzymanie się obranego kursu. „Doszliśmy do wniosku, że najistotniejsze jest to, że mamy, nikogo nie strasząc, uświadomić odbiorcom problem i go ośwoić. By przekazać to w czytelny sposób, oczywiście było oparcie się na jak najbardziej rozpo-

znawalnych symbolach. To myślenie doprowadziło nas do pomysłu, który jest teraz realizowany”.

Realizacji kampanii „Wiedza ratuje życie” podjęła się i w tym roku agencja Martis, wygrywając przetarg nieograniczony na organizację i przeprowadzenie ogólnopolskiej kampanii społecznej z zakresu HIV/AIDS według projektu wybranego we wcześniejszym konkursie. Współpracę z Krajowym Centrum agencja nawiązała po raz pierwszy w 2000 roku: „Przez te dziesięć lat obserwowaliśmy zmiany w odbiorze naszych kreacji” – mówią pracownicy agencji. „Obserwowaliśmy także zmiany w nas samych. Zanim powstały pierwsze projekty kampanii długo zastanawialiśmy się, jak powiedzieć, że fakt zakażenia HIV zaczyna być społecznym problemem. W krajach Europy Zachodniej i USA już od kilku lat organizowane były kampanie społeczne uświadamiające problem i edukujące społeczeństwo. W Holandii młodzi ludzie planujący wspólną przyszłość robili badania na obecność HIV i pokazywali sobie wzajemnie wynik testów, tak aby zacząć wspólny start od czystej karty. W Polsce tymczasem buntowano się przeciwko wszelkim przejawom opieki nad zakażonymi i chorymi na AIDS. Odrzucano ich. Istniało przeświadczenie, że zwykłego obywatela, normalnego człowieka ten problem nie dotyczy. Także w naszym zespole poglądy na temat problemu były podzielone”. Nie ma wątpliwości, dotarcie do odbiorcy z tak trudnym do zaakceptowania komunikatem, jest wyzwaniem. Tak jak wyzwaniem jest pozyskanie partnerów, którzy nie zawahają się wesprzeć kampanii dotyczącej HIV. Tej pracy towarzyszą, na szczęście w coraz mniejszym stopniu, niepewność i obawa przed odrzuceniem komunikatu, przed krytyką i blokadą społeczną. Agencja przyznaje: „Dziś, po dziesięciu latach, wiemy, że warto było podjąć

wyzwanie. Dzięki właściwie dobranym komunikatom, rokrocznie powiększającej się grupie partnerów i wsparciu mediów kampanie społeczne przynoszą właściwy rezultat. Wraz z całorocznym wysiłkiem pracowników Krajowego Centrum ds. AIDS [i innych organizacji i instytucji zaangażowanych w walkę z epidemią HIV – przypis JG] przyniosły one niezwykle efekt. Dziś przygotowując się do kolejnej kampanii wiemy, że nie musimy już szukać wytrycha, by dotrzeć do potencjalnego odbiorcy – dziś kampania społeczna o tematyce HIV/AIDS to dialog ze społeczeństwem”.

Kampania „Wiedza ratuje życie” jest realizowana od listopada 2010 r. do maja 2011 r. poprzez różne formy działań reklamowych oraz PR, jest obecna w telewizji, radiu, internecie, w mediach drukowanych.

Honorowym patronatem kampanię objął Minister Zdrowia, a także Główny Inspektor Sanitarny, Wojewoda Mazowiecki, Marszałek Województwa Mazowieckiego i Prezydent Miasta Stołecznego Warszawy. Partnerów pozyskują też wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne, urzędy wojewódzkie i urzędy marszałkowskie na terenie całego kraju. Rozprzestrzenianie się epidemii HIV/AIDS jest problemem, który wymaga wspólnych działań wielu instytucji, organizacji i firm. Wszystkim, którzy już zaangażowali się w realizację kampanii, bardzo dziękujemy. Dzięki nim możemy wielu osobom powiedzieć „Nie daj szansy AIDS. Zrób test na HIV”.

Joanna Głazewska
Krajowe Centrum ds. AIDS
j.glazewska@centrum.aids.gov.pl

kontra 

Redakcja:
Redaktor naczelna – Katarzyna Gajewska
Zastępca redaktora naczelnego – 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@aidsgov.pl
www.aids.gov.pl

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.