



Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS

W numerze:

Rola i znaczenie pielęgniarek w zapobieganiu HIV i AIDS

Beata Ochocka

Str. 1-3

Najciekawsze publikacje prasowe z ostatnich miesięcy

Małgorzata Olczyk

Str. 4

Ryzykowne zachowania seksualne w aspekcie szerzenia się chorób przenoszonych drogą płciową

Izabela Mężyk,

Violetta Skrzypulec-Plinta

Str. 5-6

Problemy par, w których jedna osoba jest zakażona HIV

Szymon Chrzęstowski

Str. 7-8

Aspekty

Kampania Jeden test. Dwa życia.™ Kobiety wobec HIV.

Redakcja

Telefon Zaufania HIV/AIDS

(+22) 692 82 26; 801 888 448*
od pn. 09:00 do pt. 21:00**

*połączenie płatne tylko za pierwszą minutę

**z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy

AIDS - Zielona Linia

(+22) 621 33 67
poniedziałki, środy w godz. 13:00–19:00
wtorki, czwartki i piątki w godz. 10:00–16:00

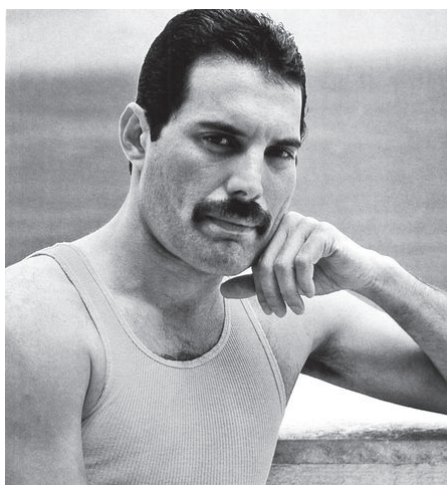
Osrodek Informacji o HIV/AIDS

(+22) 331 77 66
aids@aids.gov.pl

Poradnia Internetowa HIV/AIDS

www.aids.gov.pl
poradnia@aids.gov.pl

Rola i znaczenie pielęgniarek i pielęgniarek specjalistek ds. epidemiologii w zapobieganiu HIV i AIDS



Mam nadzieję, że lekarze i wszyscy ludzie dobrej woli na całym świecie połączą się ze mną w walce z tą straszną chorobą...

Freddie Mercury
– dzień przed śmiercią,
23 listopada 1991 r.

Chociaż od pierwszych zachorowań na AIDS upłynęły ponad trzy dziesięciolecia problem tej choroby jest stale aktualny. Wprawdzie znaczny postęp wiedzy na temat patogenezы zakażenia i biologii wirusa przyczynił się do opracowania skutecznych leków prowadzących do spadku liczby zachorowań na AIDS, wciąż jednak nie istnieje możliwość eradykacji wirusa. Pandemia HIV/AIDS to nadal poważne wyzwanie epidemiologiczne, społeczne, polityczne, ekonomiczne i demograficzne, ale przede wszystkim to problem zapewnienia pacjentom profesjonalnego leczenia i opieki.

Początkowo lęk przed osobami zakażonymi HIV był tak duży, że nie tylko w Polsce, zdarzały się drastyczne w skutkach odmowy leczenia i opieki

nad tymi pacjentami. Z czasem sytuacja ta uległa poprawie, choć nadal u części personelu medycznego istnieje utajona, ale i ta manifestowana, wbrew prawu i etyce, niechęć. Doniesienia naukowe, w tym badania krajowych stowarzyszeń osób żyjących z HIV wskazują, iż w dużej mierze negatywna postawa personelu medycznego wynika z niewystarczającej wiedzy o zakażeniu i tym samym obawy przed nim.

Obecnie infekcja HIV uznawana jest za chorobę przewlekłą. Dzięki leczeniu można spowolnić jej rozwój i zapobiec wystąpieniu chorób definiujących AIDS, jaki i chorób, które nie są związane z AIDS np. niektórych nowotworów. Podstawowym celem wcześniej rozpoczętego leczenia jest przedłużenie życia pacjentom i poprawa jego jakości. HIV/AIDS to nie tylko problem lekarzy chorób zakaźnych, to zagadnienie interpersonalne, które wymusza zaangażowanie lekarzy i specjalistów innych dziedzin medycyny, pracowników socjalnych, psychologów, psychoterapeutów, prawników. Chorzy wymagają diagnostyki na różnych oddziałach, wymagają leczenia, które nie zawsze jest w stanie prowadzić jedynie specjalista chorób zakaźnych. Osoby żyjące z HIV można spotkać w różnych poradniach i na różnych oddziałach. Personel medyczny stopniowo przyzwyczaja się do pracy z osobami zakażonymi, choć towarzyszą temu bardzo różne emocje. Ekspozycje zawodowe, szczególnie HIV dodatnie wyniki pacjentów będących źródłem potencjalnego zakażenia, uświadomiły personelowi, że leczymy także pacjentów seropozytywnych, o zakażeniu których (zgodnie ze słusznym prawem) nie wiemy.

W kontekście ryzyka przeniesienia zakażenia HIV lub innych zakażeń przenoszonych drogą krwi, właśnie takie myślenie o bezpieczeństwie zawodowym, a nie przerażenie i strach, powinno być standardem.

Do właściwego leczenia i opieki nad pacjentami żyjącymi z HIV/AIDS potrzebna jest interdyscyplinarna wiedza na temat transmisji wirusa, ryzyka zakażenia, objawów klinicznych, diagnostyki i leczenia. Dziś nie trzeba już nikogo przekonywać, wiemy to z wielośrodkowych badań, że istotną rolę w przeciwdziałaniu pandemii odgrywa personel pielęgniarski – zawód zaufania społecznego. W czasach pandemii HIV/AIDS pielęgniarki odpowiadają za zdrowie pacjentów działając na rzecz redukcji szkód związanych z chorobą; opieka pielęgniarska wobec tej grupy pacjentów musi więc być w pełni holistyczna, powinna obejmować aspekty psychologiczne i ochronę praw osób żyjących z HIV. Istotne jest, aby funkcjonowanie w społeczeństwie osób żyjących z HIV i AIDS odbywało się z poszanowaniem prawa, a opieka medyczna, w tym pielęgniarska, oparta była na zrozumieniu pacjentów, współpracy z podopiecznymi i ich bliskimi.

Współczesna rola pielęgniarstwa wobec epidemii HIV/AIDS odpowiada na potrzeby: zmiany postrzegania tej choroby, nieustającego kreowania prawidłowych postaw społecznych oraz wdrażania skutecznych metod zapobiegania zakażeniom.

Uważam za nadrzędne, aby świadczenia pielęgniarskie oparte były na jak najlepszej wiedzy o zakażeniu uzyskanej w procesie kształcenia pielęgniarek na wszystkich poziomach. Kształcenie to powinno być ustawiczne, a przekazywana wiedza aktualna i rzetelna. Aby umożliwić należyte wypełnianie zadań zawartych w *Krajowym Programie Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS* należy wykonać diagnozę stanu wiedzy pielęgniarek o HIV/AIDS stanowiącą podstawę ewaluacji

i ukierunkowania kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego tej grupy zawodowej. W moim przekonaniu tylko właściwy poziom wiedzy umożliwi pielęgniarkom przyjęcie aktywnej roli wobec osób żyjących z HIV/AIDS poprzez wspieranie i zwiększanie kompetencji społecznych i udział w szeroko rozumianej prewencji. Pielęgniarki muszą być właściwie przygotowane do wypełniania roli edukatorów, a ich wiedza o HIV/AIDS powinna ewoluować zgodnie z postępem nauki i wymogami nowoczesnych systemów leczenia i opieki.

Powyższe aspekty i problemy, wieloletnie zainteresowania i pasja zawodowa skłoniły mnie do rozpoczęcia w 2012 roku badania i analizy poziomu wiedzy na temat zakażenia HIV oraz postaw prozdrowotnych w aspekcie zakażenia HIV wśród grupy zawodowej pielęgniarek pracujących w placówkach medycznych województwa śląskiego. Znalezienie praktycznego zastosowania podejmowanych wysiłków badawczych było i jest dla mnie bardzo istotne. Założyłam, że analiza problemu i wyniki badań przeprowadzonych na własnej grupie zawodowej zostaną wykorzystane do polepszenia kształcenia i poprawy postaw pielęgniarek wobec osób żyjących z HIV. Badana populacja pielęgniarek i pielęgniarzy liczyła 1136 osób i została podzielona na osiem grup w zależności od poziomu wykształcenia pielęgniarskiego i stażu pracy w zawodzie. Narzędziem badawczym była autorska ankieta zawierająca 58 pytań o charakterze medycznym, prawnym i etycznym. Niestety, otrzymane wyniki potwierdziły przyjętą hipotezę, iż poziom wiedzy badanego personelu na temat HIV i AIDS należy oceniać jako „przeciętny”. Blisko połowa respondentów (47,3 proc.) nie znała pojęcia „choroby wskaźnikowe AIDS”, zaś 23,5 proc. nie wiedziało, że transmisja zakażenia jest możliwa drogą wertykalną. Aż 38,6 proc. badanych zaleciłoby wykonanie testu diagnostycznego w kierunku HIV w warunkach pozalaboratoryjnych, a 10,6 proc. badanych pielęgniarek była przeciwna wykonywaniu testu HIV

u kobiet w ciąży. Wyniki badania ukazały niezadawalający obraz kształcenia – 50,3 proc. badanych pielęgniarek podczas nauki zawodu nie poznała zagadnień związanych z HIV/AIDS. Przeważający odsetek badanych (56,9 proc.) uznał system kształcenia pielęgniarek w temacie HIV/AIDS w Polsce za niewystarczający. Od pielęgniarek wymaga się aktualnej wiedzy na temat profilaktyki zakażeń i chorób zakaźnych, gdyż w toku pracy zawodowej są szczególnie narażone na czynniki biologiczne przenoszone drogą krwionośną, w tym HIV. Moje badanie wykazało, że ponad połowa badanych pielęgniarek (52 proc.) uznała czynniki biologiczne za „bardzo duże zagrożenie w pracy zawodowej”. W największym stopniu sygnalizowały to ryzyko pielęgniarki z wyższym wykształceniem magisterskim i krótkim stażem pracy w zawodzie (do 5 lat pracy). Tylko 27,5 proc. respondentów nigdy nie zaobserwowała personelu medycznego pracującego bez rękawic ochronnych podczas zabiegów naruszających ciągłość skóry i tkanek. Niepokojące są odpowiedzi 48,6 proc. respondentów wyrażających pogląd, że w Polsce nie są przestrzegane prawa osób żyjących z HIV i AIDS oraz fakt, iż 56,5 proc. badanych wskazało, iż nadal akceptują wykonywanie testów w kierunku zakażenia HIV u wszystkich osób przyjmowanych do placówek medycznych. 44,9 proc. respondentów uważa za normę przeprowadzenie testu diagnostycznego bez zgody pacjenta. 11,5 proc. badanych stwierdziło zaś, iż pacjenci żyjący z HIV podczas leczenia w placówkach medycznych powinni być bezwzględnie izolowani bez względu na swój stan kliniczny i ewentualne ryzyko. O roli szkoleń podyplomowych z tematyki HIV/AIDS respondenci wypowiedzieli się pozytywnie (76,5 proc.), wyrażając chęć uzupełnienia wiedzy z tego tematu. Z moich badań wynika, że edukację prozdrowotną w zakresie zapobiegania zakażeniom HIV wśród pacjentów prowadzi codziennie 42 proc. ogółu badanych pielęgniarek, z czego 39,7 proc. w formie rozmowy z podopiecznymi. 65,5 proc. nie odczuwa w ramach tych działań barier psychicznych

związanych z seksualną drogą transmisji. Ponadto, wyniki mojej pracy wykazały, że aż dla 79,1 proc. badanych pielęgniarek pacjent żyjący z HIV jest źródłem większego stresu. Z badania wynika także, że tylko 29,6 proc. respondentów podjęłoby pracę w placówkach zajmujących się pacjentami żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS.

Opisane w niniejszym artykule główne wątki pracy badawczej, pozwoliły mi na wysunięcie wielu interesujących wniosków. Oto kilka z nich: badana grupa pielęgniarek wykazała braki wiedzy o zakażeniu HIV, w ich opinii placówki medyczne mogą stanowić niebezpieczne źródło zakażeń szpitalnych o etiologii HIV, w placówkach tych nie są przestrzegane prawa pacjentów żyjących z HIV, badany personel pielęgniarski, pomimo posiadanych kompetencji zawodowych i przekonania o swoich umiejętnościach odczuwa bariery psychiczne dotyczące prowadzenia rozmów z pacjentami w zakresie profilaktyki zakażeń HIV. Do najważniejszych wniosków zaliczam konieczność ewaluacji programów nauczania oraz zmiany sposobu kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego pielęgniarek z zakresu tematyki związanej z HIV/AIDS, gdyż obecny system nie wypełnia swej roli właściwie. Pilnie do realizacji należy wdrażać nowe formy i metody promocji zdrowia w zakresie prewencji zakażeń HIV.

Zarówno Konstytucja (art. 68), jak i *ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu chorób zakaźnych u ludzi* określają obowiązki zwalczania chorób epidemicznych, w tym zakażenia HIV. Istotne w kontekście roli specjalistów ds. epidemiologii są zapisy dotyczące zapobiegania zakażeniom szpitalnym (art. 11-15 ustawy). Ustawodawca zobowiązuje wszystkie osoby udzielające świadczeń zdrowotnych do pracy w sposób uniemożliwiający szerzenie zakażeń. Wyniki badań są także potwierdzeniem jednej z najważniejszych współcześnie, w moim przekonaniu, ról zawodu pielęgniarskiego. Mam na myśli pielęgniarki-specjalistki ds. epidemiologii (według dawnych przepisów

„pielęgniarki epidemiologiczne”). Obecnie w kraju specjalistki to osoby z bardzo dobrym, w skali Europy, przygotowaniem epidemiologicznym. To grupa 1,4 tys. osób, z czego około tysiąc wykonuje zadania w Zespołach Kontroli Zakażeń Szpitalnych (szpitale). Pielęgniarka zajmująca się zawodowo kontrolą zakażeń opracowuje, wdraża i nadzoruje procedury przeciwepidemiczne, współpracuje z działem BHP, mikrobiologiem, zespołami ds. antybiotyków i wykonuje wiele innych zadań. Epidemiologia zakażeń to dzisiaj także jakość. Najcenniejszą wartością i domeną pracy fachowej specjalistki jest edukacja. Edukacja wielokierunkowa, obejmująca szeroki panel odbiorców, to w wykonaniu specjalistki ds. epidemiologii edukacja nowoczesna, której filarem jest promocja zdrowia. Od ponad 20 lat w kontekście ekspozycji zawodowych i narażenia zawodowego na szkodliwe czynniki biologiczne kadra epidemiologiczna szpitali przygotowuje personel do bezpiecznej pracy w ramach ustawicznego kształcenia wewnątrzszkolowego. Epidemiolodzy sygnalizują obserwowany w społeczeństwie wzrost tendencji do podejmowania zachowań ryzykownych, lekceważenia zagrożenia, określanego „teorią ignorancji”. Wśród osób podejmujących ryzykowne zachowania obserwowane jest przekonanie, że istniejące leki są w stanie poradzić sobie z zakażeniem, są dostępne dla każdego, lecznictwo stoi na wysokim poziomie i jest bezpłatne także dla osób nieubezpieczonych. W części społeczeństwa funkcjonuje pogląd, że problem HIV dotyczy tylko osób o orientacji homoseksualnej lub przyjmujących środki psychoaktywne drogą iniekcji. Przekonanie to skutkuje wzrostem liczby zakażeń wśród osób o orientacji heteroseksualnej i nieprzyjmujących narkotyków drogą iniekcji oraz zwiększeniem w ostatnich latach odsetka osób zakażonych z nieustaloną prawdopodobną drogą zakażenia. Jest to sytuacja niekorzystna, która wymaga podjęcia działań ze strony wszystkich osób współpracujących przy monitorowaniu sytuacji epidemiologicznej HIV/AIDS w Polsce. Niedostateczna wiedza dotycząca dróg szerzenia się HIV w Polsce pozostawia bez odpowiedzi pytanie o przyczynę wzrostu liczby zakażeń

HIV w ostatnim dziesięcioleciu i ogranicza możliwość odpowiedniego ukierunkowania działań profilaktycznych.

Od lat prowadzę wykłady ze specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego i jestem przekonana, że sprawdza się jeden model pielęgniarki specjalistki ds. epidemiologii, która swą wiedzę przekazuje w stały kontakt z pacjentem i mądre uczące słowo.

W mojej opinii, pielęgniarki dysponujące właściwym poziomem wiedzy o HIV/AIDS z zaangażowaniem uczestniczą w procesie opieki nad osobami żyjącymi z HIV, służą pomocą, podchodzą do wykonywania swego zawodu w sposób profesjonalny. Personel pielęgniarski wyposażony w prawidłową i aktualną wiedzę na temat zakażenia HIV i metod prewencji może korzystnie wpływać na ogół społeczeństwa w aspekcie odpowiedzialności za własne zdrowie i życie. Moją misją od lat jest propagowanie idei, aby pracownicy medyczni w kraju dzięki doskonaleniu swojej wiedzy i postaw nie obawiali się pacjentów żyjących z HIV/AIDS. Jestem przekonana, że poruszanie tej tematyki, w coraz bardziej skomplikowanych epidemiologicznie i przez to niebezpiecznych czasach, przekłada się na jakość świadczonej opieki i możliwość realizacji celów *Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS*, m.in. włączenia do programów kształcenia pielęgniarek treści dotyczących problematyki HIV/AIDS oraz profilaktyki zakażeń przenoszonych drogą płciową.

Oczekiwania społeczne dotyczące zdrowia publicznego muszą przekładać się na zapewnienie personelowi medycznemu systemu kształcenia, który umożliwi zdobycie umiejętności najwyższej jakości, które będą służyły ochronie zdrowia przed chorobami i zakażeniami zarówno w życiu z chorobą, jak i w zdrowiu.

*dr n. med. Beata Ochocka
Konsultant Krajowy w dziedzinie
Pielęgniarstwa Epidemiologicznego*

Najciekawsze publikacje prasowe z ostatnich miesięcy

Dlaczego wciąż nie ma szczepionki przeciw HIV?

HIV ma kilka cech, które czynią z niego niezwykle skomplikowanego przeciwnika. Utrudniały one wynalezienie skutecznej terapii, a obecnie powstrzymują wynalezienie szczepionki. Większość infekcji, które znamy, powoduje wypracowanie przez organizm swoistej odporności, która jest w stanie odeprzeć atak drobnoustrojów, jak i umożliwić ochronę przed przyszłym zakażeniem. HIV jest bardzo zmienny i skutecznie unika odpowiedzi immunologicznej organizmu, ponadto powoduje postępującą degenerację układu odpornościowego. Niestety w przypadku HIV nieznane są skuteczne mechanizmy odpowiedzi immunologicznej, które mogłyby zostać uruchomione przez szczepionkę. Eksperci zastanawiają się, czy opracowanie skutecznego szczepienia leży poza zasięgiem współczesnej nauki. Choć, dzięki przyjmowaniu leków antyretrowirusowych, można skutecznie zahamować replikację HIV, to usunięcie wirusa z organizmu nie jest obecnie możliwe. Po zaprzestaniu leczenia ukryty w organizmie wirus zaczyna się aktywnie namnażać.

(Adam Tuszyner, Dlaczego wciąż nie mamy szczepionki na HIV?,

www.biotechnologia.pl z dnia 03.03.2015 r.)

Nowe nadzieje w badaniach nad HIV i HCV

Zespół naukowców z University of Leeds i University of York dokonał rozłamania sekwencji RNA w części odpowiedzialnej za zakaźność w wirusach z jednociowym RNA. Procedurę wykonano na podstawowym wirusie mozaiki tytoniowej. Stanowi on model dla agresywnych wirusów ludzkich, poczynając od wirusów przebiegów sezonowych, przez polio, norowirusy, po HIV i HCV.

Jak wyjaśnili badacze, nic RNA w tego typu wirusach musi być zapakowana do niewielkiej otoczki białkowej – kapsydu. Uczeń twierdzą, że wytworzenie substancji, która zablokuje proces optymalnego

pakowania wirusa do kapsydu „unieczyni” jego działania inwazyjne. Stwarza to dużą nadzieję na postęp w badaniach nad wirusami HIV i HCV.

(Jednociowe wirusy RNA mają ukryte funkcje w kodzie, „Puls Medycyny” z dnia 04.03.2015 r.)

Nowe wyzwania. Seropozytywni 50+

Osoby zakażone HIV będące w wieku 50 lat i starsze są dowodem na niebywały postęp dokonujący się w terapii zakażenia wirusem nabytego niedoboru odporności – chorobie jeszcze nie tak dawno nierokującej prawie żadnych szans na skuteczne leczenie. Na początku lat 80. ubiegłego wieku, czyli w czasie pojawienia się epidemii przeciętna długość życia osób zakażonych HIV nie przekraczała na ogół kilku lat. Jednak od czasu wprowadzenia skojarzonej terapii antyretrowirusowej przeciętna długość życia osób seropozytywnych jest zbliżona do średniej w populacji ogólnej.

Według danych amerykańskiego Centrum Zwalczenia i Zapobiegania Chorobom (CDC) w USA w latach 2000-2004 osoby w wieku 50+ stanowiły 19-27 proc. wszystkich żyjących z HIV. Zgodnie z prognozami na bieżący rok odsetek ten może stanowić nawet 50 proc. Zdaniem ekspertów zjawisko „starzenia się na leczeniu”, które występuje coraz częściej w grupie osób zakażonych HIV i chorujących na AIDS, to zapowiedź całkiem nowych problemów zdrowotnych, z którymi przychodzi mierzyć się już dziś. Wiek stanowi bowiem jeden z najważniejszych czynników prognostycznych osób żyjących z HIV – wpływa na tempo progresji infekcji do pełnoobjawowego AIDS i ogólną wydolność immunologiczną.

Oprócz starzejącej się populacji z wcześniej rozpoznany HIV i/lub chorujących na AIDS, w społeczeństwie istnieje także grupa starszych osób, które po raz pierwszy dowiadują się o swojej infekcji. Szacuje się, że ok. 30 proc. nowych zakażeń HIV jest efektem zbyt późnego wykrycia zakażenia u osób aktywnych seksualnie.

Uważa się, że na ryzyko zakażenia HIV w wieku powyżej 50. roku życia wpływ mogą mieć takie czynniki, jak podejmowane przez kobiety kontakty seksualne, zmiany w obrębie narządów płciowych w okresie menopauzalnym sprzyjające łatwiejszemu zakażeniu HIV, a także sprzyjające warunki do podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych (użytkiwana na ogół w tym wieku stabilizacja materialna i zawodowa, a także zmniejszenie obciążeń rodzicielskich na skutek usamodzielnienia się dzieci).

(Mariusz Kielar, Wyzwania pozytywniej starości, „Służba Zdrowia” z dnia 09.04.2015 r.)

Wydarzenie upamiętniające zmarłych na AIDS

Co roku w trzecią niedzielę maja, na całym świecie, obchodzony jest Dzień Pamięci o Zmarłych na AIDS. W Warszawie przed stacją metra Centrum zorganizowano happening poświęcony osobom zmarłym na AIDS. Podczas wydarzenia zaprezentowano fotopatchwork upamiętniający osoby zmarłe na AIDS składający się ze zdjęć 100 osób, które wspominają tych, którzy odeszli oraz solidaryzują się z osobami żyjącymi z HIV.

W Polsce liczba osób zakażonych HIV systematycznie wzrasta. Najwięcej nowych zakażeń odnotowuje się wśród osób poniżej 30. roku życia. Wynika to z obniżenia wieku inicjacji seksualnej, ale też z większej niż kiedyś tendencji młodych ludzi do podejmowania ryzykownych zachowań. Dlatego w czasie obchodów Dnia Pamięci o Zmarłych na AIDS położono szczególny nacisk na profilaktykę i edukację. W czasie happeningu wolontariusze Zjednoczenia Pozytywni w Tęczy rozdawali prezerwatywy przymocowane do magnetycznej tablicy promującej adres strony edukacyjnej www.leczhiv.pl.

(Agnieszka Pochrząst-Motyczyńska, Pacjenci zakażeni HIV szukają pomocy w stolicy, „Gazeta Wyborcza – Warszawa” z dnia 16.05.2015 r.)

Ryzykowne zachowania seksualne w aspekcie szerzenia się chorób przenoszonych drogą płciową

Seksualność i wszystkie aspekty z nią związane zawsze były ważnym elementem życia młodego człowieka. Wkraczanie w dorosłość nierozdzielnie wiąże się z poszukiwaniem nowych doznań i przeżyć. To, co przez wiele lat było dla młodego człowieka tematem tabu, czymś, co kusilo, ale było niedozwolone, w okresie dojrzewania i w każdym późniejszym okresie życia, w końcu staje się osiągalne. Wreszcie marzenia i fantazje mogą zostać spełnione. W końcu to, co podpatrzone we wszechobecnej pornografii może stać się realne, a marzenia stają się rzeczywistością. Tylko, czy realizacja marzeń oparta jest na wiedzy? Czy młodzi ludzie w XXI wieku są świadomi zagrożeń związanych z ryzykownymi zachowaniami seksualnymi? Czy realizacja marzeń nie zakończy się nieplanowaną ciążą, czy chorobą przenoszoną drogą płciową? Czy to, co w końcu młodzi ludzie mogą uczynić w swoim życiu seksualnym nie zakończy się uszkodzeniem ciała i utratą zdrowia? Takie i wiele innych podobnych pytań stawiają rodzice nastolatków, nauczyciele, terapeuci, lekarze. Podążając dalej można zadać sobie pytania: Czy rewolucja seksualna naprawdę się skończyła? A może rozpoczęła się kolejna? Prasa, telewizja, internet przesycone są seksem. Można odnieść wrażenie, że to właśnie seks kreuje rzeczywistość. Nie interesuje Cię seks, nie eksperymentujesz, nie poszukujesz nowych doznań, nie ryzykujesz – nie istniejesz, a przynajmniej nie istniejesz w grupie rówieśniczej. A przecież młodym ludziom zależy na tym, aby uczestniczyć w życiu rówieśników, aby być członkiem grupy rówieśniczej. W okresie dojrzewania młodzi ludzie identyfikują się właśnie z grupą rówieśniczą. To nie rodzice, nie nauczyciele są ważni, tylko koledzy i koleżanki. To między innymi właśnie koledzy i koleżanki mają wpływ na to, jakie zachowania seksualne, z kim, i w jakim wieku podejmujemy nasze dziecko.

Jednak, aby podjąć temat ryzykownych zachowań seksualnych należy wiedzieć, czym tak naprawdę jest zdrowie seksualne. Zgodnie z definicją WHO z 1986 roku jest ono uważane za integrację biologicznych,

emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego człowieka, ważnych dla pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości [1]. W 2002 roku Światowa Organizacja Zdrowia zdefiniowała zdrowie seksualne, jako stan fizycznego, psychicznego i społecznego samopoczucia w odniesieniu do seksualności. Na tym etapie definiowania zdrowia seksualnego zwrócono uwagę na aspekt pozytywnego i pełnego szacunku podejścia do seksualności i relacji seksualnych, a także możliwość posiadania przyjemnych i bezpiecznych doświadczeń seksualnych, wolnych od przymusu, dyskryminacji i przemocy [2]. Zdrowie seksualne jest wyznacznikiem sprawnego funkcjonowania człowieka na wielu płaszczyznach życia, a braki w zakresie zdrowia seksualnego mogą skutkować pojawieniem się zaburzeń na każdej z tych płaszczyzn. Zaburzenia mogą dotyczyć zdrowia psychicznego, poczucia niskiej wartości a także chorób przenoszonych drogą płciową. Należy pamiętać, iż osoba zdrowa seksualnie akceptuje swoją płć, przyjmuje role z nią związane, bez lęku wyraża swoją seksualność w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym, a także jest odpowiedzialna za skutki swojej seksualności, dotyczące zarówno siebie, jak i partnera, a także społeczeństwa [3]. W tym miejscu nasuwa się kolejne pytanie: Czy współczesna młodzież jest odpowiedzialna za skutki swojej seksualności? Czy jest świadoma zagrożeń? Pomimo dostępu do wiedzy, pomimo edukacji seksualnej, niestety na powyższe pytania należy udzielić odpowiedzi przeczącej, co znaczy, iż młodzież w XXI wieku podejmuje ryzykowne zachowania seksualne, nie zdając sobie sprawy z groźących konsekwencji. Wiadomo, iż młodzież podejmuje różnego rodzaju zachowania seksualne, często eksperymentując od bezpiecznych, po te, które wiążą się z dużym ryzykiem. Czy eksperymentowanie wynika tylko z chęci zaspokojenia potrzeby seksualnej? A może młodzież nie wie, iż kontakty seksualne bez zabezpieczenia, kontakty seksualne z wieloma partnerami, przygodne kontakty seksualne z nieznanymi osobami, kontakty seksualne pod wpływem środków zmieniających świa-

domość, kontakty seksualne ze starszymi osobami a także kontakty seksualne za wynagrodzeniem należą do kontaktów ryzykownych, przez co zwiększają prawdopodobieństwo zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową? W czasie wykonywania następujących form aktywności seksualnej istnieje największe ryzyko zakażenia: seks analny, kontakt seksualny z osobą zażywającą narkotyki dożylnie, stosunki seksualne z wieloma partnerami, wspólne używanie gadżetów erotycznych, stosunki seksualne bez użycia prezerwatywy [4]. Współczesna młodzież ma dostęp do różnych źródeł wiedzy, ale badania naukowe jednoznacznie potwierdzają, iż wiedza młodzieży na temat chorób przenoszonych drogą płciową jest bardzo niska. Dla przykładu w obecnej chwili znanych jest około 40 różnych rodzajów drobnoustrojów, które mogą się przenosić drogą płciową [5]. Młodzież jest w stanie wymienić trzy, czasami cztery choroby przenoszone drogą płciową. Jakie drobnoustroje wywołują infekcje przenoszone drogą płciową? Do drobnoustrojów tych zalicza się: wirusy, bakterie, grzyby, pierwotniaki, niektóre pasożyty skóry (wesz łonowa, świerzb) oraz owsiki, które pasożytują w przewodzie pokarmowym [6]. Niestety wiedza młodzieży najczęściej kończy się na wirusach i grzybach. Młodzi ludzie bardzo często kojarzą zmiany wywołane przez zakażenia szerzące się drogą płciową tylko z narządami płciowymi i skórą wokół nich, podczas gdy niektóre drobnoustroje powodują zmiany w innych, często odległych narządach. W kwestii leczenia młodzież nie zawsze wie, iż należy leczyć obydwu partnerów, a infekcje przenoszone drogą płciową dotyczą zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Pomimo tego, iż u partnera brak jest jakichkolwiek objawów, on również powinien zostać poddany leczeniu. Pociuszający jest fakt, iż większość infekcji przenoszonych drogą płciową można szybko i skutecznie wyleczyć. Bardzo ważne jest jednak, aby nie czekać na rozwój infekcji. Już w momencie zauważenia pierwszych objawów lub wiedząc, że nastąpił kontakt seksualny z osobą zakażoną należy natychmiast zgłosić się do lekarza ginekologa, wenerologa, urologa, dermatologa lub specjalisty chorób

zakaźnych! Jeżeli jest jakikolwiek problem z dotarciem do lekarzy powyższych specjalności należy udać się do lekarza rodzinnego. Zwleknięcie z wizytą u specjalisty wiąże się z pogłębianiem procesu chorobowego i rozwojem wielu groźnych powikłań.

Należy zastanowić się, czy młodzi ludzie podejmowaliby ryzykowne zachowania seksualne, gdyby byli odbiorcami efektywnej edukacji seksualnej? Z całą pewnością tak, jednak młodzież świadomie stosowałaby środki ochrony, chociażby właściwe prezerwatywy męskie i żeńskie. Ilu młodych ludzi w chwili obecnej wie, iż istnieją prezerwatywy dla kobiet? Garstka. A jaki procent je stosuje? To właśnie niewiedza jest jednym z czynników podejmowania bez zabezpieczenia tych zachowań seksualnych, które pociągają za sobą znacznie większe ryzyko zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową. Badania podają, że to właśnie młodzież jest jedną z populacji szczególnie narażonych na zakażenia przenoszone drogą płciową [7]. To nastolatki i młode kobiety są bardziej narażone na choroby przenoszone drogą płciową, niż kobiety dojrzałe. Przyczyną tkwi w niedojrzałości szyjki macicy, która wykazuje większą wrażliwość na czynniki chorobotwórcze [5]. Według badań epidemiologicznych prowadzonych w USA, infekcje przenoszone drogą płciową są, zaraz po grypie, najczęściej diagnozowanymi chorobami u młodzieży [8]. Zatrważający jest fakt, iż w ostatnim czasie zarówno w wielu krajach Europy, jak i w Stanach

Zjednoczonych obserwuje się wzrost częstości ryzykownych zachowań seksualnych wśród mężczyzn uprawiających seks z innymi mężczyznami [9,10]. Natomiast wśród par heteroseksualnych obserwowany jest spadek częstości stosowania prezerwatyw [11]. Badania naukowe jednoznacznie dowodzą, iż konsekwentne stosowanie prezerwatyw w czasie stosunku seksualnego jest jedyną skuteczną metodą zapobiegania infekcjom przenoszonym drogą płciową [12]. Niestety wielu młodych ludzi nie zdaje sobie sprawy z tego, iż choroby przenoszone drogą płciową, w zależności od rodzaju zakażenia, są przyczyną wielu groźnych powikłań, takich jak: zapalenie stawów, choroby ośrodkowego układu nerwowego, zapalenie narządów miednicy mniejszej, ciąża pozamaciczna, przewlekłe bóle miednicy mniejszej, zwiększone prawdopodobieństwo poronień, śmierci wewnątrzmacicznej płodu i porodu przedwczesnego, wad wrodzonych u noworodków, niepłodności, a także nowotworów, takich jak rak szyjki macicy, sromu, pochwy, penisa i odbytu [13,14,15].

Debaty naukowe nie wystarczą, żeby ustrzec młodzież przed konsekwencjami ryzykownych zachowań seksualnych. Konieczna jest mądra i skuteczna edukacja seksualna, aby młodzież świadomie mogła dokonywać wyborów w życiu, także tych związanych z zachowaniami seksualnymi. Strasznie i zakazy nie przyniosą skutku, a wręcz mogą przynieść skutek odwrotny, bo przecież owoc zakazany smakuje najlepiej.

W tym miejscu po raz kolejny należy podkreślić ogromną rolę edukacyjną rodziców i nauczycieli, którzy powinni rozmawiać ze swoimi dziećmi i podopiecznymi, prowadzić edukację seksualną. Rodzice, nauczyciele powinni być świadomi, iż zawsze istnieje prawdopodobieństwo, że ich podopieczni są aktywni seksualnie. Należy pamiętać, że dzięki wiedzy można uniknąć zagrożeń. Jeżeli dziecko nie wie, czym grożą ryzykowne zachowania seksualne i nie wie o chorobach przenoszonych drogą płciową, to w jaki sposób ma się przed nimi ustrzec? Drodzy rodzice, nie bójcie się pokazać swoim dzieciom prezerwatywy, niech ją zobaczą, dotkną i nauczą się w bezpieczny sposób ją stosować. Niech prezerwatywa przestanie być tematem drwin i uśmiechu. Niech będzie gwarantem zdrowia seksualnego.

Reasumując można dojść do wniosku, iż współczesnej młodzieży wcale nie jest łatwo wkraczać w dorosłość. Z jednej strony wszechobecne seks, nagość, hedonizm, wyzwolenie, a z drugiej brak wiedzy jak przeżyć życie i zaspokajając potrzeby seksualne, i zachowując wszystkie aspekty zdrowia seksualnego.

**dr n. o zdr. Izabela Mężyk,
prof.dr hab.n.med. Violetta Skrzypulec-Plinta
Zakład Profilaktyki Chorób Kobiety
i Seksuologii Katedry Zdrowia Kobiety
Wydziału Nauk o Zdrowiu Śląskiego
Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

Piśmiennictwo:

1. Z. Lew-Starowicz, A. Długolecka, *Edukacja Seksualna*, Świat Książki, Warszawa 2006.
2. http://www.who.int/topics/sexual_health/en/
3. L. Gapik, *Rozwój psychoseksualny człowieka* [w:] *Zagadnienia prorodzinnej edukacji seksuologicznej i profilaktyki HIV/AIDS*, J. Rzepka (red.), Agat, Katowice 1998; 361-365.
4. A. Andruszkiewicz, M. Banaszkiewicz, *Promocja zdrowia*, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2010, s. 10-14.
5. D.A. Cohen, M. Nsuami, D.H. Martin, T.A. Farley, *Reputed school – based screening for sexually transmitted diseases a feasible strategy for reaching adolescents*, Pediatrics 1999;6(104):1281-1285.
6. T.F. Mroczkowski, *Choroby przenoszone drogą płciową*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006.
7. J.R. Udry, P.S. Bearman, *New Methods for New Research on adolescent Sexual Behavior* [w:] *New Perspectives on Adolescent Risk Behavior*, R. Jessor (red.), Cambridge University New York 1998, pp. 241-269.
8. D. Kirby, *No Easy Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy*. National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 1997.
9. CDC (U.S. Centers for Disease Control and Prevention), *Increases in Fluoroquinolone-Resistant Neisseria gonorrhoeae among Men Who Have Sex with Men: United States 2003 and Revised Recommendations for Gonorrhea Treatment 2004*, Morbidity and Mortality Weekly Review. 2004;53(16):335-38.
10. L. Doherty, K. A. Fenton, J. Jones, T.C. Paine, S.P. Higgins, D. Williams, A. Palfreman, *Syphilis: Old Problem, New Strategy*, British Medical Journal. 2002;325(7356):153-156.
11. I. Grémy, N. Beltzer, *HIV Risk and Condom Use in the Adult Heterosexual Population in France between 1992 and 2001: Return to the Starting Point?*, AIDS 2004;18(5):805-809.
12. L. Warner, M.F. Gallo, M. Macaluso, *Condom use around the globe: how can we fulfill the prevention potential of male condoms?*, Sex Health 2012;9:4-9.
13. Holmes, K. K., S. O. Aral. *Behavioral Interventions in Developing Countries*. In *Research Issues in Human Behavior and STD in the AIDS Era*, J. N. Wasserheit, S. O. Aral, K. K. Holmes (ed.), Washington, DC 1991: American Society of Microbiology Publications, 318-344.
14. Meheus, A., K. F. Schulz, Cates W.Jr. *Development of Prevention and Control Programs for Sexually Transmitted Diseases in Developing Countries*. [w:] *Sexually Transmitted Diseases*, 2nd ed., K. K. Holmes, P.-A. Mardh, P. F. Sparling (ed.), New York: McGraw-Hill. 1990, 1041-1046.
15. van Dam, C. J., G. Dallabetta, P. Piot, *Prevention and Control of Sexually Transmitted Diseases in Developing Countries* [w:] *Sexually Transmitted Diseases*, 3rd ed., K. K. Holmes, P. F. Sparling, P.-A. Mardh, S. M. Lemon, W. E. Stamm, P. Piot, and J. N. Wasserheit (ed.), New York: McGraw-Hill. 1999, 1381-1390.

Problemy par, w których jedna osoba jest zakażona HIV



Szacuje się, że około 50 proc. osób zakażonych HIV żyje w długoterminowych związkach z osobami niezakażonymi tym wirusem [1]. Nancy Beckerman [2], na podstawie przeprowadzonych przez siebie badań, zaprezentowała listę problemów, z jakimi zmagają się pary o odmiennym statusie serologicznym. Zbadała ona 44 pary, z czego 20 par było parami heteroseksualnymi, a 24 – homoseksualnymi. Dzięki temu mogła zadać pytanie o specyfikę trudności w parach osób o różnej orientacji seksualnej. Co więcej, badanie to umożliwiło także porównanie, jak kobiety i mężczyźni będący w związkach mogą w różny sposób doświadczać trudności związanych z zakażeniem HIV.

Otwartość

Osoby HIV+ borykają się głównie z problemem otwartości, tj. komu powiedzieć o tym, że jest się zakażonym. Problem ten staje się szczególnie istotny, gdy osoba seropoztywna poznaje kogoś, z kim chciałaby zbudować związek. Im później informacja o HIV jest ujawniana, tym para gorzej radzi sobie z dalszymi konsekwencjami życia z wirusem [2]. Celowe zatajenie informacji o swoim statusie serologicznym bywa interpretowane nie tylko jako wyraz lęku, lecz także braku zaufania wobec partnera i oszukiwania go.

Jeśli zakażenie HIV jest rezultatem zdrady, w tym przypadku przyznanie się do niego oznacza zarazem przyznanie się do niewierności. Problem braku zaufania wydaje się mieć większe znaczenie dla par heteroseksualnych niż homoseksualnych. Beckerman [2] uważa, że generalnie związki gejowskie charakteryzują się większą swobodą dotyczącą zachowań seksualnych, a w konsekwencji problem zdrady jest w nich traktowany inaczej niż w parach heteroseksualnych. Również kobiety silniej odczuwają brak zaufania niż mężczyźni. Nie dziwi też, że kwestia braku zaufania jest podnoszona w głównej mierze przez osoby HIV- (a więc potencjalnie te zdradzone).

Otwartość w sprawie statusu serologicznego ma jednak jeszcze jeden aspekt. Partnerzy HIV-, w sytuacji ujawnienia, że wiążą się z kimś zakażonym, mogą spotkać się co najmniej ze zdziwieniem, o ile nie oburzeniem, ze strony swojego otoczenia. Częściowo taka reakcja wynika zapewne z troski o bliskiego, a troska ta zasadza się na niewiedzy. Osoby HIV- mogą się spotkać z pytaniami: „Czy wiesz co robisz?” lub „Czy warto się dla niej/dla niego narażać?”. Oczywiście próba odpowiedzi na te pytania nie ma sensu, gdyż nie ma dobrej odpowiedzi.

Lęk przed zakażeniem

Lęk przed zakażeniem jest traktowany jako najważniejsze zagadnienie przez pary o odmiennym statusie serologicznym. Lęk ten dotyczy obu partnerów, zarówno osoby zakażonej, jak i niezakażonej. Wszystkie osoby biorące udział w badaniu Beckerman [2] zgodziły się, że odczuwają tego typu lęk (określając go jako szczególnie istotny w swojej relacji z partnerem). W parach heteroseksualnych lęk przed zakażeniem wydaje się od-

grywać większą rolę. 80 proc. badanych kobiet HIV+ obawiało się zakażenia partnera w porównaniu z 20 proc. mężczyzn HIV+, którzy bali się zakażenia partnerki. Jednocześnie 80 proc. mężczyzn HIV+ bało się zakażenia przez partnerkę HIV+ w porównaniu do 20 proc. kobiet HIV- bojących się zakażenia przez partnera HIV+. Im dłuższej trwa relacja, tym obawa przed zakażeniem wydaje się mniejsza.

Z badań jednocześnie wynika też, że pewna grupa par o różnym statusie serologicznym nie przestrzega zasad bezpiecznego seksu i nie jest to związane z używaniem przez nie alkoholu lub narkotyków w trakcie seksu ani poziomem ekstrawertyczności. Takie zachowanie łączy się z potrzebą poszukiwania wrażeń przez partnerów (z ang. *sensation seeking*) [3].

Zmiany w bliskości emocjonalnej

Zadajmy sobie pytanie, czy HIV zbliża, czy oddala ludzi? Pytanie to jest tylko z pozoru banalne. Trudno znaleźć badania, które analizowałyby, jak trwałe są związki osób o odmiennym statusie serologicznym. Wiadomo, że ryzyko rozwodu rośnie, jeśli jeden z partnerów cierpi z powodu przewlekłej choroby somatycznej lub gdy dziecko ma zagrażającą życiu przewlekłą chorobę [4]. Z drugiej strony, niektóre osoby badane przez Beckerman [5] mówiły o tym, że wspólne zmaganie się z problemami wynikającymi z zakażenia HIV zbliżyło je.

Pary heteroseksualne zgłaszają więcej zmian dotyczących bliskości jako konsekwencji zakażenia HIV niż pary homoseksualne [2]. Wydaje się, że w parach homoseksualnych wykrycie zakażenia może powodować zbliżenie partnerów, a w parach heteroseksualnych raczej odwrotnie – dystansowanie się od siebie.

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

W parach heteroseksualnych kobiety i mężczyźni z podobną częstością wskazywali, że zmiany dotyczące bliskości są istotnym zagadnieniem w ich związku. Pary będące ze sobą dłużej niż 5 lat lepiej radziły sobie z emocjonalnymi wyzwaniami związanymi z rozpoznaniem, niż pary będące ze sobą krócej. Lepiej radziły sobie również pary, które zaczynały związek ze świadomością swojego odmiennego statusu serologicznego.

Niepewność

Zakażenie wiąże się z doświadczaniem niepokoju o stan zdrowia (zarówno własnego, jak i partnera). Osoba seropoztywna może martwić się też, na ile jej/jej partner/ka wytrzyma dodatkowy stres towarzyszący związkowi, czy nie zacznie szukać osoby w pełni zdrowej, czy nie będzie chciał(a) uwolnić się od dodatkowych obowiązków.

Dla 74 proc. badanych niepewność była szczególnym wyzwaniem zarówno dla ich relacji w parze, jak i własnego życia psychicznego [2]. Osoby HIV+ częściej odczuwają niepewność niż osoby HIV-. Podobnie jak w poprzednich analizach, pary dłużej będące ze sobą oraz te, które nie doświadczyły chorób związanych z HIV, lepiej sobie radzą z niepewnością.

Jedną ze specyficznych form radzenia sobie zarówno z niepewnością, jak i lękiem przed zarażeniem, paradoksalnie bywa dążenie partnera HIV- do celowego zakażenia się. Zachowanie to można interpretować dwojako. Z jednej strony, osoba żyjąca w stałym zagrożeniu pragnie, aby zagrożenie to zrealizowało się, co uwalnia ją od poczucia niepewności. Osoba zdrowa

może też przez zakażenie chcieć zbliżyć się do swojej partnerki/swojego partnera.

Planowanie rodziny

W przypadku par heteroseksualnych pojawia się problem planowania rodziny. Jeśli kobieta jest zakażona HIV, jej potomstwo może również (choć nie musi) zostać zakażone. W przypadku ojca zakażonego wirusem problemem bywa to, że w pewnym momencie matka może zostać pozbawiona wsparcia męża, a nawet będzie zmuszona dodatkowo podjąć opiekę nad nim. Planowanie rodziny w przypadku pary o odmiennym statusie serologicznym wiąże się więc z jednej strony z lękiem o możliwość zakażenia dziecka, a z drugiej z koniecznością rozwiązania kwestii opieki nad potomstwem.

Wyniki badań Beckerman [2] pokazują, że problem planowania rodziny jest szczególnie istotny dla kobiet (zwłaszcza tych HIV+). W przypadku mężczyzn (niezależnie od ich statusu serologicznego) planowanie rodziny nie odgrywa pierwszoplanowej roli. Dla niektórych kobiet zakażenie HIV zagraża realizacji ich potrzeb macierzyńskich, a przez to umniejsza ich poczucie kobiecości. Problem planowania rodziny nie jest jednak wskazywany jako główny przez większość heteroseksualnych par. Podobnie jak w przypadku wcześniej omawianych zagadnień, im szybciej partnerzy dowiadują się o swoim statusie serologicznym, tym w mniejszym stopniu planowanie rodziny staje się dla nich problemem.

Konkluzje

Podsumowując badania Beckerman [2], można postawić tezę, że pary heteroseksualne o odmiennym statusie serologicz-

nym wydają się doświadczać większego stresu związanego z wirusem HIV niż pary homoseksualne. Jednym z wyjaśnień tego rezultatu jest to, iż geje są bardziej świadomi zagadnień związanych z HIV – nie chodzi tylko o wiedzę na temat AIDS, ale też to, że HIV nie jest dla nich obcym tematem, porusza się go często na portalach internetowych oraz w publikacjach przeznaczonych dla osób homoseksualnych. Geje o HIV rozmawiają i niejako „oswajają temat”.

Kobiety oraz heteroseksualni mężczyźni HIV- są dwiema kolejnymi grupami, w przypadku których rozpoznanie zakażenia może rodzić szczególne problemy w ich związku. W przypadku kobiet zakażenie nasila lęk o partnera, mężczyźni za to (w świetle uzyskanych badań) wydają się bardziej skupieni na swoich własnych przeżyciach.

HIV odślania czasami wszystkie dotychczasowe trudności, z jakimi zmagala się para. Przewlekłe choroby „wrastają” w problemy rodzinne i wokół nich zaczyna się kształtować dynamika pary [4]. HIV nie musi jednak w sposób nieunikniony prowadzić do trudności w związku – tylko czasami tak się dzieje. Dobre funkcjonowanie pary i rodziny stanowi wsparcie dla osoby zakażonej. Wyniki badań nie przesądzają, na ile pozostawanie w udanym związku korzystanie wpływa na zdrowie fizyczne osób HIV+, ale zapewne przekłada się na wyższą jakość życia tych osób.

dr n. hum. Szymon Chrzastowski
Katedra Psychologii Klinicznej
Dziecka i Rodziny
Wydział Psychologii UW

Piśmiennictwo:

1. World Health Organisation Guidance on couples HIV testing and counselling including antiretroviral therapy for treatment and preventing in serodiscordant couples. Recommendations for a public health approach, Genewa, WHO 2012.
2. N. Beckerman, *Couples of Mixed HIV Status. Clinical Issues and Interventions*, Routledge. Taylor & Francis Group, New York. London 2008. Kindle Edition.
3. H. Israel, J. Romeis, T. Spitz, *Sensation Seeking and HIV Serodiscordant Couples*. AIDS Care. 2005; 16 (6): 3-11.
4. L. Sperry, *Effective Treatment of Individual and Families with Medical Conditions*. Routledge; 2013. (Kindle Edition).

kontra 

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

Adres redakcji:
 ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa
 tel. (+22) 331 77 82, fax (+22) 331 77 76
 e-mail: kontra@aims.gov.pl
 www.aims.gov.pl

Egzemplarz bezpłatny
 Redakcja zastrzega sobie prawo
 adjustacji i skracania artykułów.

aspekty

Dodatek do Biuletynu Krajowego Centrum ds. AIDS

Kampania Jeden test. Dwa życia.TM Kobiety wobec HIV.

Kampania Jeden test. Dwa życia. Zrób test na HIV. Dla siebie i swojego dziecka.TM realizowana przez Krajowe Centrum ds. AIDS od jesieni 2014 r. właśnie dobiegła końca. Miała na celu promowanie wczesnej diagnostyki HIV, a przez to zapobieganie zakażeniom wertykalnym, czyli przeniesieniu zakażenia HIV z matki na dziecko w czasie ciąży, porodu lub karmienia piersią. Działania skierowane do kobiet w wieku prokreacyjnym i ginekologów niosły informację, że lekarz ma obowiązek zaproponować każdej pacjentce będącej w ciąży badanie w kierunku HIV, zaś w najlepszym interesie pacjentki jest żeby je wykonać. Test powinien zostać wykonany przed 10. oraz między 33. a 37. tygodniem ciąży. Dwukrotne badanie w kierunku HIV w czasie ciąży pozwala

na wczesne wykrycie zakażenia, co umożliwia poddanie się leczeniu, dzięki któremu praktycznie każda zakażona kobieta może urodzić zdrowe dziecko.

Realizację kampanii wsparły dwie kobiety, które nie ujawniają swojej tożsamości, ale pragną podzielić się swoimi doświadczeniami związanymi z ciążą, macierzyństwem i HIV. Zaangażowały się w to przedsięwzięcie, by przekonać wszystkie kobiety planujące macierzyństwo i będące w ciąży, które nie zbadaly się jeszcze w kierunku HIV, żeby wykonały test.

Dwie matki – Katarzyna oraz występująca pod pseudonimem „Pogodzona” opowiadają o ciąży, macierzyństwie i HIV.

Katarzyna wiedziała o swoim zakażeniu i urodziła zdrowe dziecko. „Pogodzona” nie zdawała sobie sprawy ze swojego statusu serologicznego. Ich historie przekonują, że warto wykonać test w kierunku HIV, aby zminimalizować ryzyko przeniesienia zakażenia z matki na dziecko.

Wywiady z seropozytywnymi mamami poprzedza tekst autorstwa Pani profesor Magdaleny Marczyńskiej, która jako ordynator Oddziału Zakaźnego Pediatrycznego w Wojewódzkim Szpitalu Zakaźnym w Warszawie walczy o zdrowie dzieci, których mamy zbyt późno dowiedziały się o swoim zakażeniu.

Redakcja

Test nie ocenia Twojego życia. Jest szansą dla Twojego dziecka.

W Polsce pierwsze dziecko kobiety zakażonej HIV urodziło się w 1990 r. W 1994 r. Polska przystąpiła do programu zapobiegania odmatczynym zakażeniom HIV. Wiadomo, że warunkiem zastosowania profilaktyki jest wiedza o chorobie matki, jednak przez szereg lat nie udało się upowszechnić testowania w kierunku wirusa wśród kobiet ciężarnych. To może i powinno się zmienić.

W 2010 r. zostało opublikowane rozporządzenie określające standardy postępowania medycznego dotyczące udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem. Z tego rozporządzenia wynika obowiązek oferowania każdej kobiecie w pierwszym i trzecim trymestrze ciąży testu w kierunku HIV.

Od tego czasu liczba badanych kobiet wzrosła, ale niestety odsetek testowanych ciężarnych w całym kraju jest nadal zbyt niski. Liczba kobiet zakażonych HIV objętych programem profilaktyki w trakcie ciąży, od lat utrzymuje się na podobnym poziomie i wynosi mniej niż 100 przy całkowitej liczbie porodów ok. 380 tys. rocznie.

Zaproponowanie testu pacjentce wymaga wytłumaczenia celu tego badania. Przekazanie rzetelnej informacji o możliwości skutecznego zapobiegania zakażeniom HIV u dziecka oraz umiejętność nawiązania kontaktu z kobietą gwarantuje jej zgodę. Pytanie o zgodę pacjentki na wykonanie testu w kierunku zakażenia HIV jest ofertą pomocy, nie stanowi próby oceny dotychczasowego życia, ani w kwestii stosowanych używek ani w sferze intymnej. Polacy – zarówno pacjenci jak

i lekarze – unikają tzw. trudnych pytań. Ze strony lekarzy istnieje obawa przed rezygnacją pacjentek z opieki specjalistów zalecających wykonanie badania. To powoduje, że część położników nigdy nie oferuje tego testu.

Jedną z metod zmniejszenia barier w proponowaniu i wykonywaniu testu diagnostycznego w kierunku HIV jest edukacja personelu medycznego i pacjentek, której służy kampania Jeden test. Dwa życia.TM. Należy informować, że to badanie jest rutynowym postępowaniem diagnostycznym, które nie powinno wzbudzać dodatkowych emocji. Mam nadzieję, że edukacja kobiet wpłynie także na zwiększenie się odsetka młodych osób robiących testy w kierunku HIV, a kobiety planujące ciążę lub już w niej będące, same będą się domagały wykonania badania.

Zrób test
na HIV.
Dla siebie
i swojego
dziecka.



**JEDEN TEST
DWA ŻYCIA™**

Ważną rolę mają tu do odegrania media. Aktualnie prowadzone są akcje przeciw dyskryminacji osób zakażonych HIV. Powinny one przyczynić się do zmniejszenia lęku przed osobami zakażonymi, ale także zwiększyć świadomość społeczną na ten temat.

Dodatni wynik testu, potwierdzający seropozytywny status u kobiety, umożliwia rozpoczęcie leczenia antyretrowirusowego. Zahamowanie przez leki mnożenia się wirusa powoduje, że ryzyko zakażenia dziecka spada poniżej 1%. Natomiast kobieta,

która nie zdaje sobie sprawy z zakażenia, naraża się na stały rozwój choroby, a swoje dziecko na zakażenie w czasie ciąży i porodu, a później podczas karmienia piersią.

Ryzyko transmisji wertykalnej, tj. przeniesienia wirusa z matki na dziecko podczas ciąży i porodu wynosi ok. 15 – 30%. Przy karmieniu piersią przez ponad 6 miesięcy wzrasta do blisko 50%. Natomiast zastosowanie pełnej profilaktyki sprawia, że dziecko na ponad 99% urodzi się zdrowe. Świadome kobiety pragnące zapewnić swoim dzieciom bezpieczeństwo, zaakceptują zakres badań obejmujący test na HIV i rozumieją, że nie chodzi tu o ocenę ich dotychczasowego życia, lecz wyłącznie o możliwość uchronienia dziecka przed przewlekłą i nieuleczalną chorobą.

Seropozytywna kobieta w ciąży jest objęta specjalistyczną opieką medyczną. Otrzymuje leki, inaczej prowadzi się jej poród, a noworodek jest jak najszybciej myty z mazi płodowej, krwi i wydzielin kanału rodowego. Nie jest karmiony piersią,

a od pierwszej doby życia przez 4 tygodnie dostaje leki antyretrowirusowe. Wszystko to ma wyeliminować możliwe czynniki ryzyka transmisji wirusa od matki.

90% wszystkich zakażonych dzieci na świecie uległo transmisji wertykalnej HIV, podczas gdy tej drodze zakażenia możemy skutecznie, niemal w 100%, zapobiegać. W krajach rozwijających się brakuje środków finansowych na leki antyretrowirusowe i nawet świadomość choroby matki nie zawsze oznacza objęcie jej profesjonalną opieką medyczną. W Polsce mamy ogromne szanse na ograniczenie liczby nowych zakażeń wśród dzieci. Mam nadzieję, że świadomi lekarze i przede wszystkim świadome kobiety, będą z tych możliwości korzystać, bez obawy przed odrzuceniem.

prof. dr hab. n. med.

Magdalena Marczyńska

Warszawski Uniwersytet Medyczny,

Wojewódzki Szpital Zakaźny

w Warszawie

Brałam cały czas leki. Ryzyko zakażenia wynosiło mniej niż 1%.

Córka Katarzyny właśnie poszła do szkoły, ma 6 lat. Jest energicznym, zdolnym dzieckiem, rozwija się bardzo szybko. Niedawno zaczęła sama czytać. Jest jedynaczką, bardzo towarzyską.

Pani jest zakażona HIV, ale córka jest zdrowa. Czy wiedziała Pani o zakażeniu przed zajściem w ciążę czy dowiedziała się Pani o nim w oparciu o badania w kierunku HIV, które lekarz zalecił w czasie ciąży?

Jestem zakażona od 17 roku życia, a dziecko urodziłam mając lat 34. Zdecydowałam się na dziecko, kiedy poczułam, że je chcę mieć, tak jak w przypadku zdrowych kobiet... Rozmawiałam o tym wcześniej z lekarzem, który przedstawił mi moją sytuację zdrowotną. Leki antyretrowirusowe, które biorę by powstrzymać rozwój wirusa, są tymi samymi, które chronią dziecko przed zakażeniem.

Życzeniem wszystkich przyszłych matek jest żeby dziecko było zdrowe. Pani wiedziała o konkretnym ryzyku dla zdrowia przyszłego dziecka i zdecydowała się na ciążę – co zaważyło na tej decyzji?

Kobieta w ciąży, zwłaszcza pierwszej, boi się bardzo wielu rzeczy, ja się po prostu bałam jednej więcej. Brałam regularnie leki, więc akurat ten lęk nie był jakoś szczególnie silny. Wiedziałam, że jeśli w ciąży przyjmuje się leki antyretrowirusowe ryzyko zakażenia dziecka wynosi mniej niż 1 proc. (Od 20 do 50 proc. wynosi ryzyko zakażenia dziecka, gdy kobieta w ciąży nie wie, że jest zakażona i nie przyjmuje leków – przyp. red.)

Czy Pani i Pani mąż musieliście specjalnie przygotowywać się do okresu ciąży, żeby zminimalizować ryzyko zakażenia ojca i dziecka?

Kobieta HIV plus o normalnej płodności nie musi stosować żadnych metod, wymagających szczególnego nakładu wysiłków czy kosztów. Zaszłam w ciążę po pierwszym miesiącu starań o dziecko.

Jaką opiekę medyczną otrzymywała Pani w czasie ciąży?

Bardzo dobrą, poza ginekologią mój stan monitorował mój lekarz prowadzący.

Jak przebiegała ciąża? Jak wyglądała Pani terapia w tym czasie?

W ciąży nie miałam żadnych zdrowotnych problemów i wyglądałam w jej trakcie kwitnąco. Nieprzyjemne było to, że cały czas, aż do momentu porodu, mdliło mnie, ale zdarza się to wielu kobietom, które nie przyjmują leków antyretrowirusowych (leków ARV – przyp. red.). Za to nie miałam rozstępów, nie puchły mi stopy i od razu po

porodzie schudłam do stanu sprzed ciąży, co także zawdzięczam cechom swojego ciała, leki tu nie miały żadnego znaczenia. Choć prawdą jest również, że terapia ARV była dla mnie w tym czasie bardziej nieprzyjemna niż bez ciąży; organizm miał więcej do udźwignięcia. Ale dało się to udźwignąć i warto było.

Czy miała Pani wsparcie rodziny i przyjaciół? Czy korzystała Pani z pomocy organizacji społecznych albo ze wsparcia innych matek zakażonych HIV, które były w ciąży lub urodziły dziecko?

Miałam duże wsparcie rodziny i przyjaciół, rozmawiałam z innymi matkami HIV plus o ich doświadczeniach.

Czy od razu po porodzie wiadomo, że dziecko jest zdrowe? Czy dopuszczała Pani do siebie myśl, że córka mogła się zakażić?

Nie od razu wiadomo czy dziecko nie jest zakażone i dopuszczałam tę myśl, ale się jej zbytnio nie bałam. Przy porodzie kobiety seropozytywnej stosuje się metodę dodatkowego wysycenia ciała lekami ARV, by nie doszło do zakażenia przy kontakcie dziecka z krwią. Akurat ten zabieg wspominam jako bardzo nieprzyjemny, podłączono mnie do kroplówki, z której sączyły się leki starej generacji,

czyli takie, których działanie wyraźnie się odczuwa. Tym bardziej w takim stężeniu...

Kobieta zakażona HIV nie może karcić piersią – czy są jeszcze inne zalecenia, których powinna przestrzegać po porodzie?

Dziecko przez trzy miesiące od narodzin otrzymuje leki antyretrowirusowe. Chodzi tu o tę samą zasadę, co przy tak zwanej terapii poekspozycyjnej, czyli przyjmowanie leków ARV przez osoby, które były narażone na zakażenie. U dorosłych trwa to zwykle miesiąc, wirus w tym czasie jest zwykle na tyle słaby, że daje się go pokonać. Tak samo jest u dziecka. Ryzyko jego zakażenia, jeśli matka wie o swoim, jest zatem minimalne.

Czy córka wie, że Pani jest zakażona?

Moja córka jest jeszcze zbyt mała, by do wiedzieć się, że jestem seropozytywna. Prawdopodobnie zdecyduję się jej o tym powiedzieć, kiedy będzie starsza. Poprzedzę to rozmową z psychologiem.

Jak zachęciłaby Pani przyszłe matki i przyszłych ojców do wykonania testu w kierunku HIV?

HIV jest obecnie chorobą przewlekłą, ja sama choruję od 23 lat, a wyglądam zdro-

wo i młodo, nie mam też więcej kłopotów ze zdrowiem niż moje koleżanki w tym samym wieku... Zawdzięczam to przede wszystkim dobrej opiece medycznej. Zakażenie HIV w obecnych czasach jest niebezpieczne głównie wtedy, kiedy osoba zakażona o nim nie wie. Nie tylko jeśli chodzi o ciążę, także jeśli chodzi o partnerów seksualnych.

Co jeszcze chciałaby Pani przekazać Czytelnikom?

Warto się testować. Warto wiedzieć o zakażeniu. Tak jak z dzieckiem, nasz partner ma praktycznie stuprocentową pewność, że się nie zakaży czy to przy kontaktach jednorazowych, czy długotrwałych. Mój mąż jest ujemny a byliśmy razem 18 lat. W wyniku działania leków poziom wirusa spada bowiem do takich wartości, przy których zakażenie drugiej osoby staje się bardzo, bardzo trudne. Warto też wiedzieć, że leki ARV zmniejszają ryzyko także wtedy, gdy zdarzą się kontakty niezabezpieczone (bez zabezpieczenia prezerwatywą lub gdy zostanie ona uszkodzona, zsunie się – przyp. red.). A jeśli mamy wiedzę o swoim czy partnera zakażeniu, zawsze możemy się zdecydować na terapię poekspozycyjną, która zapobiega zakażeniu w przypadku wystąpienia takiego ryzyka.

Dwa lata po porodzie lekarz zaproponował mi badanie w kierunku HIV. Pomyślałam, że to absurdalny pomysł, ale wykonałam test.

„Pogodzona” jest mamą 11-letniego chłopca. Syn chodzi do 4 klasy szkoły podstawowej. Uczy się bardzo dobrze i ma mnóstwo zainteresowań. Należy do klubu piłkarskiego, uczestniczy w różnych zajęciach dodatkowych.

Jak przebiegała ciąża? Jaki nastrój towarzyszył oczekiwaniu narodzin?

Moja ciąża od początku była ciążą wysokiego ryzyka. Wiele czasu spędziłam leżąc w szpitalu, a rozwiązanie zakończyło się cesarskim cięciem. Syn urodził się o czasie z 10 punktami w skali Apgar.

W czasie ciąży z mężem dużo czytaliśmy i wspólnie przygotowywaliśmy się do rodzicielstwa. Pojawienie się malucha na świecie było i jest naszym największym szczęściem.

Jak dowiedziała się Pani o zakażeniu?

Gdy mały przyszedł na świat, jak każda mama, karmiłam piersią. Po paru miesiącach zaczęłam się źle czuć. Miałam coraz gorsze wyniki badań krwi, zaczęły wypadać mi włosy, byłam bardzo osłabiona. Rozpoczęła się wędrówka od lekarza do lekarza, od szpitala do szpi-

tala. Pobrano mi nawet szpik, bo przypuszczano, że może to być białaczka. Po 2 latach szukania pomocy, trafiłam do prywatnego gabinetu lekarskiego, gdzie lekarz zaproponował mi badanie w kierunku HIV. Pomyślałam, że to absurdalny pomysł, ale wykonałam test. Okazało się, że wynik wyszedł dodatni. Ze względu na zły stan zdrowia trafiłam do szpitala zakaźnego.

Czy Pani syn i mąż również są zakażeni?

Dziecko i mąż zostali również przebadani i tu także wyniki wyszły dodatnie. Nieste-

ty o zakażeniu dowiedzieliśmy się zbyt późno. W ciąży nikt nie zaproponował mi zrobienia testu w kierunku HIV. Sama nie wpadłabym na pomysł, żeby takie badanie wykonać. Nie przypuszczałam, że mogę być zakażona. Nigdy nie zażywałam narkotyków, nie prostytuowałam się - prowadziłam całkiem zwyczajne życie. Podejrzewam, że mój pierwszy „poważny” chłopak miał „dziwnych” znajomych, może zakażyłam się od niego – tego się już nigdy nie dowiem.

Dlaczego w czasie ciąży nie wykonano Pani testu w kierunku HIV?

Gdybym wiedziała o chorobie wcześniej, mój syn mógłby być zdrowy. Najprawdopodobniej zakażyłam go karmiąc piersią. Pokarm matki jest zakaźny. W ciąży robiłam wszystkie zalecane badania, nikt jednak nie zaproponował mi badania w kierunku HIV. Jestem pewna, że gdybym miała taką możliwość, zrobiłabym test i syn byłby zdrowy.

Czy pamięta Pani jaka była Pani pierwsza reakcja po poznaniu wyniku?

Ja, mój mąż i dziecko jesteśmy seropozytywni. Małżeństwo zawisło na włosku, razem z mężem przeszliśmy załamanie. Na tamten czas, byłam pewna, że jest to wyrok śmierci dla całej naszej trójki. Na szczęście trafiliśmy na wspierających lekarzy, którzy nam wszystko wyjaśnili i postawili nas na nogi.

Jaką opiekę medyczną otrzymujecie Państwo?

Ja i syn leczymy się, przyjmujemy leki antyretrowirusowe. Mąż nadal ma na tyle dobre wyniki, że nie ma potrzeby przyjmowania leków. Powtarza tylko systematycznie badania – raz na pół roku.

Czy funkcjonowanie rodziny żyjącej z HIV różni się od funkcjonowania rodziny, w której nie ma HIV?

Na dzień dzisiejszy nasze życie wygląda zupełnie normalnie. Pracujemy, uczymy się, wyjeżdżamy na wakacje. Jedyne co nas różni to przyjmowanie codziennie tabletek (nie można o tym zapomnieć) i 3-4 wizyty w roku u lekarza, kontrolne badania. Czujemy się świetnie, korzystamy z życia i bardziej dbamy o zdrowie.

Czy korzystacie Państwo ze wsparcia innych rodzin żyjących z HIV lub z pomocy organizacji pozarządowych?

Korzystamy z pomocy fundacji, które wspomagają na co dzień osoby z tym problemem. Mamy dzięki nim kontakt z innymi rodzinami takimi jak my, spotykamy się z lekarzami, mamy dostęp do nowinek w tej dziedzinie. Poprzez fundację syn poznał wiele innych dzieci z tą chorobą, przyjaźnią się, wspierają. Wspólnie wyjeżdżają na organizowane poprzez te organizacje wycieczki, wakacje. Jestem pewna, że dzięki temu be-

dzie mu łatwiej przyjąć i pogodzić się ze swoją chorobą.

Czy syn wie, że jesteście zakażeni HIV?

Syn wie, że jest chory na nieuleczalną chorobę, nie wie jednak jak ta choroba się nazywa. W odpowiednim momencie z pomocą lekarzy i zaufanych ludzi z fundacji pozna prawdę. Boję się jak to przyjmie, ale musimy stawić temu czoła.

Czy poinformowała Pani kogoś z najbliższego otoczenia o zakażeniu swoim lub dziecka?

Moje otoczenie nie wie o naszej chorobie. Tylko raz podzieliłam się tą informacją – z moimi rodzicami. Do dzisiaj żałuję tej decyzji. Ojciec się od nas odwrócił, zaczął rozpowiadać o tym po okolicy. Na szczęście mieszkamy w różnych miejscowościach.

Jak zachęciłaby Pani przyszłe matki i przyszłych ojców do wykonania testu w kierunku HIV?

Chciałam zachęcić wszystkich do robienia badań w kierunku HIV. Jest to krótkie anonimowe badanie krwi, dzięki któremu możecie pomóc sobie i innym (badanie jest anonimowe w punktach konsultacyjno-diagnostycznych – przyp. red.). Wiem, że pomyślicie – mnie to nie dotyczy – nic bardziej mylnego! Nie bójcie się. Niech moja historia będzie dla Was ostrzeżeniem.

Więcej informacji o kampanii Jeden test. Dwa życia. Zrób test na HIV. Dla siebie i swojego dziecka™ znajduje się na stronie www.aids.gov.pl/kampanie/1test.2zycia

Kampania została objęta patronatem honorowym przez Ministra Zdrowia, Głównego Inspektora Sanitarnego, Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS, Konsultanta krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz Konsultanta krajowego w dziedzinie perinatologii.

Akcję wsparły ponadto Ada Fijał, Agnieszka Cegielska oraz Maria Seweryn.

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

zainspirował program profilaktyczny One test. Two lives. Get tested for HIV. For you and baby™, który był realizowany przez agencję rządu federalnego Stanów Zjednoczonych Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

kontra 

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

Adres redakcji:
ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa
tel. (+22) 331 77 82, fax (+22) 331 77 76
e-mail: kontra@aims.gov.pl
www.aims.gov.pl

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.