



Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS

W numerze:

Konferencja „Rola i znaczenie polityki społecznej w przeciwdziałaniu HIV/AIDS”

Sylvia Salgut-Krzemińska

Str. 1

Najciekawsze publikacje prasowe z ostatnich miesięcy

Małgorzata Olczyk

Str. 2

Nowatorskie rozwiązania dotyczące profilaktyki HIV wśród MSM w Katalonii

Iwona Wawer

Str. 3-4

Jakie problemy skłaniają pacjentów żyjących z infekcją HIV do szukania pomocy u psychologa?

Bogna Szymańska

Str. 5-6

Wybrane informacje z 8szej konferencji IAS 2015

Redakcja

Str. 7-8

Aspekty

Specyfika poradnictwa okołotestowego

Agnieszka Walendzik-Ostrowska

Testowanie w kierunku HIV

Magdalena Ankiersztejn-Bartczak

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

Ósrodek Informacji o HIV/AIDS

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

Poradnia Internetowa HIV/AIDS

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

Konferencja „Rola i znaczenie polityki społecznej w przeciwdziałaniu HIV/AIDS”

W dniach 2–3 września 2015 r. Krajowe Centrum ds. AIDS zorganizowało w Warszawie konferencję pt. „Rola i znaczenie polityki społecznej w przeciwdziałaniu HIV/AIDS” skierowaną do właściwych merytorycznie w zakresie zdrowia i pomocy społecznej dyrektorów w urzędach marszałkowskich, regionalnych ośrodkach polityki społecznej, urzędach wojewódzkich oraz urzędach miast.

Wśród gości biorących udział w konferencji były obecne m.in.: dr n. med. Beata Małecka-Libera, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, Pełnomocnik Rządu do spraw projektu ustawy o zdrowiu publicznym, Elżbieta Seredyn, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej, prof. dr hab. n. med. Anna Boroń-Kaczmarzka, Kierownik Katedry i Oddziału Klinicznego Chorób Zakaźnych w Szpitalu Specjalistycznym Nr 1 w Bytomiu.

Spotkanie miało na celu wypracowanie efektywnych mechanizmów współpracy w zakresie profilaktyki HIV/AIDS, zwrócenie większej uwagi przedstawicieli podmiotów na podejmowane działania dotyczące profilaktyki oraz wzrost zrozumienia dla problematyki HIV/AIDS wśród osób podejmujących decyzje na poziomie instytucji.

Podczas konferencji prezentowano najlepsze praktyki i wymieniano się doświadczeniami z realizacji zadań wskazanych w Krajowym Programie Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS.



Dzięki bezpośredniemu spotkaniu ma szansę ulec dalszemu zacieśnieniu współpraca pomiędzy instytucjami funkcjonującymi na terenie danego województwa oraz Krajowym Centrum ds. AIDS - Koordynatorem Krajowego Programu. Reprezentowane przez zaproszonych przedstawicieli instytucje są ważnymi partnerami w realizacji Krajowego Programu – intensyfikacja ich działań w zakresie profilaktyki HIV/AIDS jest pożądana.

Wśród wniosków z konferencji znalazło się zwiększenie liczby podmiotów będących realizatorami działań w zakresie HIV/AIDS w kolejnej edycji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS oraz analiza i ewentualne uaktualnienie przepisów prawnych w zakresie HIV/AIDS.

Sylvia Salgut-Krzemińska



Najciekawsze publikacje prasowe z ostatnich miesięcy

HIV/AIDS – dane z ostatniego raportu ECDC

HIV i AIDS nie budzą już takich emocji, jak jeszcze 10–20 lat temu. Obecna wiedza na temat patofizjologii zakażenia HIV, dróg szerzenia się i naturalnego przebiegu choroby jest dziś na zupełnie innym poziomie niż w latach 80. czy 90. ubiegłego wieku. Obecne schematy leczenia zakażenia (pod warunkiem, że pacjent przestrzega zasad terapii) zapewniają długość życia porównywalną do populacyjnej. Pozytywne zmiany, jakie nastąpiły w tym obszarze, nie zmieniły jednak faktu, że HIV i AIDS pozostają nadal istotnym problemem epidemiologicznym i zdrowotnym w całej Europie.

Według raportu Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) w 2013 r. w państwach objętych nadzorem epidemiologicznym odnotowano 29 157 nowych zakażeń HIV. W większości państw europejskich liczba nowych zakażeń wynosiła 2–10/100 tys. osób (w tym również w Polsce). Najpoważniejsza sytuacja epidemiologiczna dotyczy Estonii (>20/100 tys. osób). Wyróżniają się również Portugalia, Łotwa oraz Belgia (10–20/100 tys.). Wśród mężczyzn kontakty heteroseksualne są przyczyną 21 proc. zakażeń, kontakty homoseksualne – 54 proc., a przyjmowanie dożylnie środków psychoaktywnych – 5 proc. zakażeń. W przypadku kobiet kontakty heteroseksualne odpowiadają za 72 proc. zakażeń, a iniekcje dożylnie środków odurzających za 4 proc. Autorzy raportu wyraźnie podkreślają spadek nowych zakażeń w populacji przyjmującej dożylnie substancje psychoaktywne (o 36 proc. w stosunku do danych z 2011 roku) oraz wzrost liczby zakażeń w populacji mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami (o 33 proc.). Warto zaznaczyć, iż 37 proc. nowo zdiagnozowanych przypadków zakażenia HIV dotyczy osób pochodzących spoza państw objętych raportem. Ponadto aż 47 proc.

przypadków zakażenia HIV rozpoznawano późno, przy liczbie limfocytów CD4+ poniżej 350/mm³. Polska należy do krajów raportujących. Nasza sytuacja epidemiologiczna nie odbiega od średniej europejskiej.

(Marcin Welnicki, HIV/AIDS co się zmieniło na przestrzeni ostatnich lat?, „Służba Zdrowia” z dnia 11.06.2015 r.)

Rosyjska „katastrofa”

Podczas, gdy w Europie, Australii, Ameryce, a nawet Afryce Subsaharyjskiej liczba zachorowań na AIDS spada (ostatni raport UNAIDS), to w tym samym czasie wskaźniki zachorowań w Rosji bezlitośnie rosną. Według oficjalnych, mocno zaniżonych, danych obecnie z HIV żyje w Rosji około miliona osób. Tylko w ubiegłym roku liczba zakażonych wzrosła o 90 tys.

Każdego dnia HIV zakaża się od swoich partnerów 80–100 Rosjanek, najwięcej w wieku 25–35 lat. Prawie 60 proc. seropozytywnych Rosjan zakaża się przez zanieczyszczone igły i strzykawki. W Rosji zabronione jest leczenie osób przyjmujących dożylnie środki psychoaktywne popularnym na Zachodzie metadonem. Używanie i dystrybucja metadonu może skutkować nawet 20-letnim wyrokiem więzienia.

(Rosyjska katastrofa, „Angora” z dnia 31.05.2015 r.)

HIV wciąż groźny

Według danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny w Polsce od początku epidemii (od 1985 r.) do końca ubiegłego roku odnotowano 18 646 przypadków zakażeń HIV i 3200 zachorowań na AIDS, 1288 osób zmarło. W ciągu ostatnich sześciu lat liczba zakażonych podwoiła się. Co roku przybywa 13 proc. nowych zakażeń.

W Polsce szybko rośnie liczba zakażeń HIV wśród mężczyzn mających kontakt seksualny z mężczyznami. Według ekspertów taka sytuacja w dużej mierze wynika z tego, że osoby te przestały się obawiać zakażenia. Zdobyte współczesnej medycyny, terapia antyretrowirusowa, która oferuje zakażonym obietnicę życia w dobrym komforcie do starości bez większych kłopotów zdrowotnych sprawiają, że dziś wiele osób nie widzi powodów, aby obawiać się zakażenia. Coraz częściej HIV zakażają się też osoby heteroseksualne, które podejmują przygodne kontakty seksualne.

(Leon Berger, Lawina HIV wśród polskich homoseksualistów, „Gazeta Polska Codziennie” z dnia 11.07.2015 r.)

Na Kubie matki nie przenoszą już HIV na dziecko

Pod koniec czerwca Światowa Organizacja Zdrowia poinformowała, że Kuba jest pierwszym krajem na świecie, w którym udało się wyeliminować przenoszenie z matki na dziecko HIV oraz kiły. Z danych oficjalnych wynika, że na Kubie w mniej niż 2 proc. przypadków dochodzi do przeniesienia HIV z matki na dziecko. To najniższy poziom, jaki jest możliwy do osiągnięcia dzięki zabiegom prewencyjnym. Dyrektor WHO twierdzi, że jest to jedno z największych osiągnięć w zmaganiach z HIV i epidemią AIDS oraz chorobami przenoszonymi drogą płciową.

Liczba dzieci, które przychodzą na świat zakażone HIV, spadła z 400 tys. w 2009 roku do 240 tys. w 2013. Według WHO w tym roku liczba zakażeń może się zmniejszyć do 40 tys. Na 22 kraje, na które przypada 90 proc. przypadków zakażenia HIV drogą wertykalną, w ośmiu liczba tych infekcji została zredukowana o 50 proc.

(Sukces Kuby w walce z HIV, „Świat i Ludzie” z dnia 23.07.2015 r.)

Nowatorskie rozwiązania dotyczące profilaktyki HIV wśród MSM w Katalonii



Katalonia – niewielka wspólnota autonomiczna Hiszpanii zajmuje powierzchnię 32 114 km². Na stałe zamieszkuje ją zaledwie 7,5 miliona osób. Warto jednak zaznaczyć, że rokrocznie kolejne 7 milionów zagranicznych turystów odwiedza samą tylko stolicę regionu – Barcelonę. Katalonia jak magnes przyciąga wielbicieli świetnej kuchni (tapas), wielowiekowych zabytków (zamek Montjuic), pięknej architektury (Gaudi), gór i morza (Pireneje i Morze Śródziemne). Niemalą rolę w jej popularności wśród obcokrajowców odgrywa panujący tam przyjazny klimat meteorologiczny, społeczny i wolnościowy. Obecnie autonomia Katalonii jest zorganizowana w ramach systemu instytucjonalnego zwanego *Generalitat de Catalunya*, gdyż po śmierci generała Franco i przyjęciu nowej konstytucji Hiszpanii w roku 1978, region ten odzyskał dużą swobodę kulturalną i polityczną, co zapewniło sprzyjające warunki do podejmowania nowatorskich rozwiązań dot. m.in. problemu nasilonej epidemii HIV w regionie. Jednym z nich było ogłoszenie w 2004 roku dnia 20 października Narodowym Dniem Testowania w Kierunku HIV. Ta inicjatywa organizacji pozarządowej Projecte dels NOMS-Hispanosida dała inspirację do organizowania co roku tak obecnie popularnego Europejskiego Tygodnia Testowania. W 2006 roku ci sami aktywiści otworzyli w popularnej wśród gejów dzielnicy Barcelony pierwszy w Europie punkt konsultacyjno-diagnostyczny – BCN Checkpoint. Punkt jest prowadzony przez i dla członków społeczności LGBT. Oferuje się szybkie i tradycyjne testy w kierunku HIV oraz kiły, chlamydii, rzeżączki, HCV, jak również szczepionki przeciw WZW A i B. 2 października 2014 roku w Katalonii zdecydowano się na przyjęcie pionierskiego prawa przeciw homofobii (uznając to zjawisko za główną barierę skutecznej profilaktyki HIV kierowanej do MSM). Przewidziano w nim kary finansowe za prześladowanie

osób wywodzących się ze środowiska LGBT w wysokości do 14 tys. euro.

Prewalencja HIV (proc.)

Katalonia	0,46
Francja	0,40
Hiszpania	0,40
Wielka Brytania	0,30
Niemcy	0,10

Obraz epidemii HIV w Katalonii¹

Do końca roku 2013 w Katalonii mieszkało ok. 34 200 osób seropozytywnych, a prewalencja HIV wynosiła tam 0,46 proc. i należała do najwyższych w Europie. Dane zbierane na przestrzeni lat 2008–2011 pokazują znaczący wzrost liczby zakażeń wśród mężczyzn mających seks z mężczyznami (MSM) – z 1,2/100 osób w roku 2009 do 3,1/100 w roku 2011. W okresie od 2001 do 2011 roku liczba nowych przypadków HIV wśród MSM wzrosła o 7,6 proc. Rośnie także liczba zakażeń wśród migrantów – wzrost z 24,4 proc. w roku 2001 do 46,1 proc. w roku 2011, maleje natomiast wśród osób stosujących środki odurzające w iniekcji. Poziom zakażeń wśród osób sprzedających usługi seksualne pozostaje stały i w latach 2005–2011 wynosił 1,5 proc. Niezmiennie największą populację zakażonych stanowią osoby heteroseksualne. Niestety, na wysokim poziomie kształtuje się liczba późnych rozpoznań zakażenia HIV (już w fazie AIDS) (CD4<350) i stanowi 41 proc. dla kobiet i 42 proc. dla mężczyzn, a zwiększa się wraz z wiekiem pacjentów (20 proc. dla osób poniżej 25 r.ż. i 64 proc. dla osób powyżej 45 r.ż.).

Do końca roku 2013 w Katalonii odnotowano 10 815 zgonów z powodu AIDS (w samym 2013 roku było ich 150 co daje 2,1 przypadków na 100 000 mieszkańców (średnia europejska utrzymuje się na poziomie 0,9 na 100 000 mieszkańców)). W Katalonii, podobnie jak w całej Europie, udział osób zakażonych, które nie znają swojego statusu serologicznego w populacji osób żyjących z HIV, stanowi 25-30 proc.

Szacuje się, że w roku 2017 w Katalonii będzie mieszkało 34 700 seropozytywnych osób, prewalencja HIV osiągnie tam pułap 47 przypadków na 10 000 mieszkańców, a 23 600 pacjentów będzie korzystało z terapii ARV. Przygotowywana obecnie przez UNAIDS strategia na lata 2016–2021 pn. *Fast-tracking to zero* wymienia Barcelonę jako miasto priorytetowe do wdrażania działań. Jak obliczono mieszka tam aż 15 proc. wszystkich zakażonych.

O lokalizacji BCN Checkpoint w centrum gejskiej dzielnicy Barcelony zadecydował argument, że to miasto jest zamieszkałe lub odwiedzane przez dużą społeczność mężczyzn mających seks z mężczyznami, a w niedalekim jego sąsiedztwie, w wypoczynkowej miejscowości Sitges, znajduje się popularna wśród MSM plaża znana jako Gay Beach Area. Wskaźnik prewalencji HIV wśród członków tej populacji w Katalonii przewyższa 5 proc., stąd dobrze prowadzona wczesna diagnostyka HIV jest ważna nie tylko z indywidualnego, ale też z epidemiologicznego punktu widzenia. Decydujące znaczenie przy wyborze formuły checkpoint do prowadzenia punktu konsultacyjno-diagnostycznego (checkpoint w rozumieniu: skierowanego do i zarządzanego przez członków społeczności LGBT) miały badania pokazujące, że najefektywniejszą metodą profilaktyki jest edukacja rówieśnicza (*peer education*). Dlatego też w BCN Checkpoint pracują wyłącznie osoby wywodzące się ze społeczności MSM. Niektóre z nich żyją z wirusem. To one umawiają wizyty klientów (których jest średnio 50 dziennie), pracują na recepcji, wykonują tzw. szybkie testy,



1. Dane pochodzą z najnowszego dwuletniego raportu SIVES 2015 (Zintegrowany System Nadzoru Epidemiologicznego nad Zakażeniami Przenoszonymi Drogą Płciową oraz HIV w Katalonii) pod redakcją Jordi Casabona (CEEISCAT).



WYNIK DZIAŁALNOŚCI BCN CHECKPOINT

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1. Liczba wykonanych testów	1 065	1 228	2 485	3 425	3 837	5 051	5 062	6 133
2. Liczba przetestowanych osób	903	1 124	2 201	2 896	3 198	4 049	4 030	4 761
3. Liczba wyników pozytywnych	37	72	113	126	132	138	138	142
4. % wyników pozytywnych	4,1	6,4	5,1	4,4	4,1	3,4	3,4	3,0
5. Liczba klientów odwiedzających po raz pierwszy BCN Check	850	957	1 583	1 722	1 689	1 717	1 682	2 080
6. Liczba wyników pozytywnych uzyskanych podczas pierwszej wizyty	36	53	91	100	90	92	78	85
7. % wyników pozytywnych uzyskanych podczas pierwszej wizyty	4,2	5,5	5,7	5,8	5,3	5,4	4,6	4,1

udzielają poradnictwa, wydają wyniki i, o ile zachodzi taka potrzeba, kierują do publicznego systemu opieki zdrowotnej oraz udzielają wsparcia emocjonalnego. Nawet w liberalnej Katalonii MSM napotykają bariery utrudniające korzystanie z testowania w kierunku HIV oferowanego przez tradycyjny system służby zdrowia. Oferta BCN Checkpoint stanowi dla nich atrakcyjną alternatywę. Z uwagi na naturalne osadzenie wśród członków społeczności pracownicy BCN Checkpoint biorą też aktywny udział w promowaniu badań naukowych z udziałem MSM, prowadzonych m.in. przez CEEISCAT - Zintegrowany System Nadzoru Epidemiologicznego nad Zakażeniami Przenoszonymi Drogą Płciową oraz HIV w Katalonii. Informacje o badaniach rozpowszechnia się wśród osób odwiedzających kluby gejowskie, dyskoteki, inne popularne miejsca spotkań, jak również przez kampanie skierowane do mężczyzn mających seks z mężczyznami.

Korzystanie ze świadczeń oferowanych w BCN Checkpoint w robocze dni tygodnia jest dobrowolne, anonimowe, bezpłatne oraz w pełni poufne. Pierwsza wizyta zajmuje ok. 60 minut, kolejne są zwykle o połowę krótsze. Klienci odwiedzający BCN Checkpoint mogą mówić otwarcie o swojej seksualności, subiektywnym postrzeganiu stopnia ryzyka oraz o technikach bezpieczniejszego seksu nie obawiając się krytyki, uprzedzeń czy stygmatyzacji. W przypadku uzyskania negatywnego wyniku testu w kierunku HIV klientowi udziela się poradnictwa dotyczą-

cego obniżenia stopnia ryzyka zakażenia, edukuje się go w kierunku przyjmowania postaw antydyskryminacyjnych wobec osób zakażonych będących członkami społeczności MSM oraz zaleca się powtórzenie wykonania testu w przeciągu kolejnych 3 miesięcy. W przypadku reaktywnego wyniku testu przesiewowego wykonuje się test potwierdzenia Western blot, udziela natychmiastowego wsparcia emocjonalnego, proponuje się włączenie takiej osoby do systemu służby zdrowia oraz obejmuje się ją opieką długoterminową w postaci oferty edukacyjnej skierowanej do osób zakażonych, prowadzonej w ramach działalności organizacji pozarządowej Projecte dels NOMS-Hispanosida. Tematyka warsztatów organizowanych w siedzibie Checkpoint poza godzinami przyjmowania klientów jest szeroka, obejmuje kwestie dotyczące odpowiedniego komponowania posiłków przy przyjmowa-

niu leków ARV, efektywnego radzenia sobie ze stresem, postawami dyskryminującymi oraz osławiania się z nowymi wyzwaniami jakie niesie ze sobą zakażenie HIV.

Z uwagi na wymierne sukcesy osiągnięte przez BCN Checkpoint, do których należą: zapobieganie nowym zakażeniom (duża liczba wykrytych zakażeń, w tym 33 proc. z blisko tysiąca wykrytych określanych jako wczesne), efektywne włączanie osób seropozytywnych do systemu służby zdrowia, jak również ekonomiczne dysponowanie środkami finansowymi przez testowanie członków populacji kluczowej, model punktu konsultacyjno-diagnostycznego określany jako checkpoint uzyskał aprobatę WHO oraz ECDC i jest wdrażany na terenie Europy, np. w Atenach, Lizbonie, Bolonii i Zagrzebiu.

Iwona Wawer

WŁĄCZANIE OSÓB HIV+ DO SYSTEMU SŁUŻBY ZDROWIA (2009-2013)



Jakie problemy skłaniają pacjentów żyjących z HIV do szukania pomocy u psychologa?

Mimo coraz szerszej wiedzy na temat HIV wzrasta w Polsce liczba osób zakażonych HIV. Każda osoba, niezależnie od sytuacji materialnej, preferencji seksualnej, wykształcenia lub sytuacji zawodowej, może być zakażona. Wirus HIV nie dzieli ludzi na lepszych i gorszych, nie wybiera płci, nie dotyczy pracujących bądź bezrobotnych. Różnorodność osób żyjących z HIV jest tak duża, że nie można jednoznacznie określić ich problemów. Fakt występowania dodatniego statusu serologicznego, a przez to choroby przewlekłej, może sprzyjać występowaniu dodatkowych psychopatologii. Poza dobrze poznаныmi aspektami medycznymi, dotyczącymi zdrowia somatycznego i leczenia, wirus ukazuje obecnie inne oblicze. Zagadnienie to można rozpatrywać w kontekście problemu psychologicznego, który wkracza w intymne sfery życia. Niejednokrotnie, narusza granice bezpieczeństwa, ociera się o tematy tabu, takie jak: styl życia, aktywność seksualna, wartości i zasady moralne. Może mieć wpływ na nieplanowane zmiany życiowe. Ten temat wciąż wywołuje u wielu osób silne emocje, stres i jest dużym szokiem oraz powodem do niepokoju.

Informacja o dodatnim statusie serologicznym jest postrzegana jako kryzys sytuacyjny w wyniku niekorzystnego wydarzenia o szerokim zasięgu, a stres jest naturalną reakcją na pojedyncze zdarzenie, takie jak np. wykonanie i/lub odbiór wyniku testu diagnostycznego w kierunku HIV lub ciąg zdarzeń, np. informacja o zakażeniu, wizyta u specjalisty, poinformowanie partnera seksualnego itp. Człowiek słysząc o diagnozie choroby przewlekłej przeżywa nagły

kryzys, który może mieć wpływ na percepcję otoczenia i samych siebie. Z taką informacją wiąże się silne, negatywne emocje o dużym natężeniu, które powodują poczucie zagrożenia, dyskomfortu, niepewności swojego losu, a także przygnębienie, wstyd, osłabienie motywacji do działania. Prowadzą do wycofania z życia społecznego i zawodowego lub mogą powodować silne zaburzenia nastroju i zachowania. Początkowy etap zakażenia jest trudny dla pacjenta i jego otoczenia. Dodatkowo, może mieć wpływ na dalsze leczenie i nastawienie do samego siebie. Osoby nowo zdiagnozowane najbardziej potrzebują wtedy wsparcia innego człowieka. Nie wszyscy pacjenci mogą liczyć na pomoc bliskich im osób, więc potrzebują fachowej pomocy z zewnątrz – lekarza specjalisty lub psychologa.

Oczywiście nie każdy i nie zawsze musi reagować w ten sam sposób. Są też osoby, które łagodniej przyjmują diagnozę i nie potrzebują wsparcia na początku zakażenia. Paradoksalnie, zgłaszają przewartościowanie światopoglądu i dotychczasowego życia. Mogą traktować zakażenie jako lekcję pokory, która będzie konsekwentnie towarzyszyła im przez resztę życia. Dlatego, u takich osób kryzys może nadejść także po wielu latach. Jest on związany z poczuciem zmęczenia „chorobą”, nagłym brakiem akceptacji statusu serologicznego, zmienionego stylu życia, kontaktów seksualnych lub innych wyrzeczeń. Kryzys może pojawić się także w związku z decyzją o rozpoczęciu terapii antyretrowirusowej. Zmieniają się percepcja i przekonania na temat swojego stanu zdrowia i życia.

Ujawniają się lęki związane z terminalnością choroby, np. „*Jestem już tak chory, że muszę brać leki*” lub „*Zostało mi mało czasu*” oraz lęk przed występowaniem skutków ubocznych leków ARV.

Wśród osób, które szukają pomocy są również te, które cierpią na inne, psychiczne dolegliwości, takie jak: zaburzenia nastroju, lękowe, zachowania lub osobowości, uzależnienia od substancji psychoaktywnych, alkoholu lub uzależnienia behawioralne, np. od seksu. Zwykle takie osoby zgłaszają się w późniejszym etapie zakażenia.

Pacjenci żyjący z HIV są znacznie bardziej obciążeni ryzykiem pojawienia się objawów depresji. Szacuje się, że ok. 20-30% pacjentów cierpi na zaburzenia nastroju. Seropoztywne kobiety są bardziej narażone na ich występowanie niż mężczyźni, choć tendencja ta ulega zmianie w ostatnich latach. Szybkie i trafne rozpoznanie depresji pomaga w procesie leczenia ARV, pozytywnie wpływa na adherencję i jakość życia. Nierozpoznane i nieleczone objawy depresji przyspieszają postęp choroby związanej z HIV. Przejście do stadium AIDS może być szybsze o ok. 6,5 roku w wyniku utrzymującej się depresji. Także niektóre leki antyretrowirusowe mogą wzmacniać występowanie objawów depresji lub wpływać na osłabienie nastroju. W 2013 i 2014 roku w Warszawie objawy depresji występowały u 27% nowo zdiagnozowanych pacjentów. Najczęściej zgłaszają oni brak motywacji do działania, apatię, trudności ze snem, ogólną niechęć i wycofanie z ży-

Tabela 1. Rodzaje kryzysów

ROZWOJOWY	SYTUACYJNY	EGZYSTENCJALNY	ŚRODOWISKOWY
Wydarzenia występujące w toku rozwoju człowieka powodujące zmianę lub zwrot w jego życiu, np. - wiek dojrzewania, - koniec studiów, - wyprowadzenie się z domu rodzinnego, - tzw. środek życia, - przejście na emeryturę.	Powstaje na skutek rzadkich, przypadkowych i wstrząsających sytuacji życiowych, których nie jesteśmy w stanie przewidzieć lub kontrolować, np. - rozstania z życiowym partnerem, - informacji o postawionej diagnozie, - utraty pracy.	Dotyczy wewnętrznych konfliktów i lęków związanych z ważnymi dla ludzi sprawami, postawami, zasadami i wartościami. Najczęściej występuje w sytuacji rozważań o: - celowości życia, - niezależności, - wolności, - bilansie dotychczasowych dokonań i stylu życia, - systemie wartości, pod wpływem aktualnej sytuacji. Cecha charakterystyczna: - każdy wiek ma swoje dylematy.	Wywołany jest przez naturalną lub spowodowaną przez człowieka katastrofę oraz dotyka człowieka lub grupę ludzi nie z ich winy, np. - huragan, - trzęsienie ziemi, - katastrofa lądowa, - przemoc.

Oprac. B. Szymańska na podst. materiałów E. Zdankiewicz-Ścigala

cia towarzyskiego i zawodowego, a także przytłaczające poczucie smutku. Dominują zniekształcone myśli oceniające, umniejszające własne zasoby, negatywny filtr uwagi itp. Ujawniają się najczęściej negatywne przekonania na swój temat oraz na temat otoczenia i przyszłości, która widziana jest w czarnych barwach.

Osobnym zagadnieniem sfery psychologicznej są zaburzenia lękowe. U ponad 40% pacjentów zakażonych HIV występuje wysoki poziom lęku jako stanu lub jako cechy w porównaniu z osobami seronegatywnymi. Najczęściej są to zaburzenia o charakterze uogólnionym. Rzadziej występują napady lęku panicznego lub zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne. Epizody lękowe trwają od około jednego do kilku miesięcy, jednakże większość napadów nie jest związana z pojawieniem się pierwszych charakterystycznych objawów, lecz z samą świadomością zakażenia i jego konsekwencjami. Lęk najczęściej dotyczy przemijania, poczucia utraty zdrowia, życia lub bliskiej osoby, śmierci, leków ARV itp. Pacjenci mają tendencję do nadmiernego zamartwiania się, katastrofizowania i przewidywania przyszłości, uogólniania lub dychotomicznego myślenia (zero-jedynkowego), a także innych zniekształceń myślowych.

Wśród zakażonych HIV są także osoby, u których zostały rozpoznane specyficzne zaburzenia osobowości. Najczęstsze typy osobowości u pacjentów zakażonych HIV to: osobowość histrioniczna, z pogranicza (ang. *borderline*) oraz narcystyczna. Zarówno typowe zaburzenia osobowości, jak i inne stany psychopatologiczne (w tym zaburzenia zachowania), prowadzić mogą do nadmiernych i niekontrolowanych mechanizmów uzależnienia; nie tylko fizycznego od różnych substancji, ale także uzależnienia behawioralnego, np. od kontaktów seksualnych połączonych z nadużywaniem środków psychoaktywnych. Obecnie najczęściej zgłaszane przez młodych mężczyzn są przygodne kontakty seksualne po użyciu substancji odurzających, np. dopalaczy lub mefedronu.

Zagadnieniem często poruszonym wśród lekarzy i osób żyjących z HIV są trud-

ności neuropsychiczne (zespół HAND, ang: *HIV-Associated Neurocognitive Disorders*). Pacjenci zgłaszają pogorszenie w zakresie pamięci. Zapominają, gdzie zostawili jakiś przedmiot, nie pamiętają ważnych dat lub mają trudność w uczeniu się nowego materiału. Dodatkowo nie mogą skoncentrować się na zadaniu, czują się rozkojarzeni, a przez to zachowują się nieadekwatnie do sytuacji, np. poprzez nagłe wybuchy złości. Inni pacjenci mogą obserwować u siebie spowolnienie psychomotoryczne, niewynikające z wieku. W procesie diagnozy zaburzeń poznawczych należy przeprowadzić szczegółowe badanie neuropsychologiczne z wykorzystaniem baterii testów neuropsychologicznych, z uwzględnieniem precyzyjnego wywiadu co do przebytych chorób, przyjmowanych leków, w połączeniu z innymi badaniami medycznymi, np. neuroobrazowe badanie mózgu.

Dotychczasowa obserwacja wielu pacjentów zgłaszających się do specjalistycznych poradni HIV/AIDS, wskazywała na brak odpowiedniej pomocy psychologicznej na początku zakażenia. Często wynika to z niewiedzy pacjentów nt. miejsc oferujących pomoc, ograniczeń czasowych w gabinecie lekarza lub warunków lokalowych. W poradniach zdrowia psychicznego lub prywatnych gabinetach psychoterapeutycznych występuje długi czas oczekiwania na wizytę, a jednocześnie pacjent nie chce ujawniać tam swojego statusu serologicznego, preferencji seksualnej lub innych intymnych aspektów związanych ze stanem zdrowia, np. innych zakażeń przenoszonych drogą płciową. Pacjenci szukają miejsca, gdzie będą mogli czuć się bezpiecznie i komfortowo, nie mówiąc o swoim zakażeniu, gdzie nie będą oceniani i uzyskają fachowe wsparcie od psychologa, który zna problemy HIV/AIDS. Informacja o zakażeniu jest także problemem dla bliskich zakażonego, m.in.: rodziny, partnerów seksualnych i życiowych, kolegów w pracy, przyjaciół. To grupa osób, która również potrzebuje wsparcia i specjalistycznej pomocy.

U osób z nowo zdiagnozowaną infekcją HIV zadaniem psychologa jest udzielenie krótkiej interwencji psychologicz-

nej, opartej głównie na wsparciu emocjonalnym i psychoedukacji dotyczącej infekcji HIV, terapii antyretrowirusowej oraz jakości życia. Kolejnym zagadnieniem wymagającym interwencji psychologicznej jest akceptacja zmiany warunków życia. Dotyczy to zarówno warunków życia codziennego, zawodowego jak i seksualnego.

Jednym z wielu użytecznych i sprawdzonych u pacjentów z HIV nurtów terapeutycznych jest terapia poznawczo-behawioralna. Polega ona m.in. na pracy nad myślami i przekonaniami pacjentów, a także na wypracowaniu nowych sposobów postrzegania otoczenia oraz działania. Ważnym elementem pracy terapeutycznej jest zaangażowanie pacjenta w proces zmiany, wyznaczenie celów terapeutycznych oraz ich hierarchii ważności, a także poznanie genezy problemu. Każde zaburzenie wymaga użycia odmiennych protokołów terapeutycznych oraz dostosowania warunków pracy do możliwości i potrzeb pacjenta. W terapii poznawczo-behawioralnej stawia się duży nacisk na rozpoznawanie własnych myśli automatycznych występujących w danej sytuacji, weryfikację emocji oraz poszukiwanie innych, alternatywnych sposobów myślenia, a także na wypracowywanie nowych zachowań.

Przedstawione powyżej szerokie spektrum problemów psychologicznych w infekcji HIV pokazuje potrzebę ścisłej współpracy lekarza leczącego z psychologiem klinicznym. Niektóre ośrodki w Polsce już włączyły psychologa do interdyscyplinarnego zespołu, który długoterminowo opiekuje się pacjentem z HIV. Pacjent, który otrzymuje szeroką ofertę specjalistycznej opieki, ma okazję skorzystania z psychoterapii lub innych działań profilaktyki psychologicznej, treningów i pracy nad sobą. Warto więc zaglądać do gabinetów psychologicznych tak, aby poprawiać i wpływać na jakość własnego życia.

mgr Bogna Szymańska
Psycholog w Poradni Profilaktyczno-
-Lecznicznej w Wojewódzkim
 Szpitalu Zakaźnym w Warszawie

Wybrane informacje z ósmej konferencji IAS 2015, dotyczącej patogenezы HIV, zapobiegania zakażeniom oraz leczenia

W dniach 19-22 lipca 2015 r. naukowcy, klinicyści i specjaliści w zakresie zdrowia publicznego spotkali się w Vancouver w celu wymiany informacji oraz opracowania skutecznej odpowiedzi na epidemię HIV/AIDS. Głównym inicjatorem konferencji była organizacja International AIDS Society, która została założona w 1988 roku, a obecnie zrzesza członków z ponad 180 krajów. Poniżej przedstawiamy wybrane zagadnienia, które zostały poruszone podczas konferencji.

Strategia 90-90-90 wdrażana przez Program UNAIDS

Strategia 90-90-90 zakłada, że do 2020 roku 90 proc. osób zakażonych HIV będzie знаło swój status serologiczny, 90 proc. wszystkich zdiagnozowanych będzie objętych leczeniem ARV, u 90 proc. leczonych osób nastąpi supresja wirerii.

Podczas forum warsztatowego dotyczącego tej strategii poprzedzającego inaugurację konferencji, które zostało zorganizowane przez Program UNAIDS, BC Centre for Excellence in HIV/AIDS, WHO, PEPFAR, GFATM i IAS mówcy podkreślali, że osiągnięcie tych celów jest realne pod pewnymi warunkami. Wśród nich wymieniali dostosowywanie otoczenia społecznego i prawnego w sposób zapewniający odpowiedni, tj. oparty na danych i odpowiadający potrzebom odbiorców, dostęp do informacji i usług z zakresu profilaktyki, leczenia i wsparcia psychospołecznego. Wskazywali także na potrzebę lepszej integracji walki z epidemią HIV/AIDS i innymi zakażeniami powiązanymi: przenoszonymi drogą płciową, WZW, a w niektórych krajach gruźlicą. Zwracali również uwagę na konieczność utrzymania równowagi pomiędzy działaniami odnoszącymi się do leczenia ARV, a profilaktyką pierwszorzę-

dową, w tym promowaniem technik bezpieczniejszego seksu, stosowania prezerwatyw, i innych metod profilaktycznych. Narzędziem wspierającym jest Combination Prevention, czyli tzw. skojarzone podejście do profilaktyki, opierające się na trzech założeniach: redukcji ryzyka, redukcji transmisji oraz redukcji skutków zdrowotnych zakażenia. Skojarzone priorytety to: część biomedyczna (leczenie ARV, obrzezanie medyczne u mężczyzn), behawioralne (stosowanie prezerwatyw) oraz strukturalne (akty prawne). Jest to na razie najlepsze rozwiązanie w zakresie ograniczania liczby nowych przypadków HIV w epoce, gdy nie wynaleziono jeszcze skutecznej szczepionki.

Michel Sidibé, dyrektor Generalny UNAIDS podkreślał w czasie konferencji stanowisko UNAIDS: terapia ARV, jako podstawowe prawo człowieka, powinna być dostępna dla wszystkich, wszędzie i teraz.

Nadzieje na wyleczenie nastolatki z Francji zakażonej wirusem HIV

Podczas konferencji został przedstawiony przypadek nastolatki z Francji urodzonej w 1996 roku, która zakażyła się wirusem HIV od swojej matki w czasie ciąży lub podczas porodu. Po 12 latach bez stosowania leków poziom wirusa we krwi 18-latki jest tak niski, że pozostaje niewykrywalny. Dziewczyna była zakażona wirusem HIV od urodzenia, a leczenie farmakologiczne rozpoczęło u niej, gdy miała trzy miesiące. Przerwano je jednak, gdy dziecko miało sześć lat. Dwanaście lat później wirus pozostaje nadal niewykrywalny. Lekarze zaznaczają jednak, że dziewczyna pozostaje pod dalszą obserwacją.

Eksperti twierdzą, że konieczne są dalsze badania na większej próbie pacjentów,

by określić, dlaczego u niektórych osób wirus przechodzi do remisji po zakończeniu leczenia. Możliwe jest, że wirus jest w fazie remisji - uważa dr Asier Saez-Cirion z Instytutu Pasteura. Dr Saez-Cirion prowadził również badania na grupie 14 dorosłych pacjentów, którym leki podano bardzo szybko po wykryciu wirusa. Leczenie farmakologiczne prowadzono przez co najmniej trzy lata, a potem je przerywano. U tej grupy pacjentów nie doszło do pogorszenia stanu zdrowia średnio przez mniej więcej siedem lat. Profesor Sharon Lewin z Uniwersytetu w Melbourne również uważa, że przypadek nastolatki z Francji pokazuje, jak ogromne korzyści płyną z wczesnego rozpoczęcia leczenia. Wszyscy lekarze podkreślają, że takich przypadków musi być więcej, by naukowcy mogli dokładnie zbadać i opisać to zjawisko. Dr Francoise Barre-Sinoussi, podkreślała jednocześnie, że każda taka sytuacja pozwala na wyciągnięcie wniosków i dalsze badania naukowe. Zdaniem dr Asiera Sáez-Ciriona, to dowód, że u osób zakażonych HIV leczenie antyretrowirusowe warto rozpoczynać jak najwcześniej, bo może przynieść tak spektakularny efekt jak w przypadku 18-latki z Francji. Naukowiec zastrzega jednak, że nadal istnieje ryzyko, iż wirus zacznie się namnażać. Należy mówić o remisji, a nie o całkowitym wyleczeniu. Takich określił lekarz używał również, kiedy dwa lata temu, przekazywał swoim pacjentom informację, że mimo rozpoznanego zakażenia, nie wykrywano u nich wirusa HIV. Naukowiec przeanalizował historie 70 osób zakażonych HIV, które były leczone ARV. Wszyscy ci pacjenci rozpoczęli terapię bardzo wcześnie, od 35 dni do 10 tygodni od zakażenia. Średnio po siedmiu latach z różnych powodów ją przerywali. Analizując historie chorób tych pacjentów, zauważył, że u 14 z nich, mimo odstawienia leków, poziom wirusa

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

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

był tak niski, że organizm sam sobie radził z zakażeniem. Jedna z osób nie brała żadnych leków przez 2,5 roku. Każdy z tych pacjentów pozostawał cały czas pod opieką lekarzy.

Profilaktyka farmakologiczna HIV – wyniki badań

Badanie HPTN 052 prezentowane podczas konferencji potwierdza, że farmakologiczna profilaktyka przedekspozycyjna obniża ryzyko seksualnej transmisji HIV w parach o mieszanym statusie serologicznym o ok. 95 proc.

Badanie nt. profilaktyki przedekspozycyjnej PrEP pn. IPERGAY realizowane we Francji zakończyło się już w fazie randomizowanej ze względu na udowodnioną wysoką skuteczność. Wstrzymanie badania nie tylko potwierdza wysoką skuteczność leków ARV w profilaktyce zakażeń HIV, ale ma istotne znaczenie także dlatego, że testowano w nim innowacyjne stosowanie leków tzw. „na żądanie”. W tym szczególnym badaniu uczestnicy nie przyjmowali leków w sposób regularny, a jedynie w czasie poprzedzającym stosunki seksualne. Schemat terapeutyczny zawierał 2 tabletki leku Truvada (tenofovir + emtricitabine) w czasie 24 godzin poprzedzających stosunek seksualny i jeżeli miał on miejsce, dwie oddzielne dawki podczas dwóch następnych dni po stosunku. Wyniki badania wprowadzają nowe możliwości dawkowania profilaktycznego leków, dając alternatywę dla ich codziennego stosowania. Autorem i koordynatorem badania był Francuski Narodowy Instytut Badań. Z danych prezentowanych podczas jednej z sesji wynika, iż adherencja pacjentów przyjmujących PrEP w badaniu IPERGAY była wysoka, o czym świadczą osiągnięte efekty. Przy czym warto podkreślić, że efekt terapeutyczny został osiągnięty już przy 14 tabletkach leku miesięcznie, a więc połowie liczby, która powinna zostać przyjęta przy codziennym zażywaniu leku. 20% proc.

uczestników badania wzięło ponad 25 tabletek, czyli prawie miesięczną liczbę, 20 proc. wzięło mniej niż 4 tabletki, czyli przyjmowali je mniej niż raz na tydzień.

Świat nauki popiera wprowadzenie profilaktyki farmakologicznej HIV. Przeszkodą są wysokie koszty oraz niewielkie doświadczenie, oparte głównie na badaniach klinicznych, które jeszcze trwają. Poziom adherencji pacjentów PrEP okazał się jednak być lepszy w profilaktyce codziennej, która miała lepszy poziom adherencji i w efekcie wykazywała się lepszą efektywnością.

Leczenie zakażenia HIV – wyniki badań

Drugie istotne badanie prezentowane podczas konferencji to START. Wyniki badania dowodzą, że terapia ARV rozpoczęta niezależnie od liczby CD4 znacząco redukuje ryzyko zgonu i komplikacji powodowanych przez zakażenia oportunistyczne. Przewiduje się, że po zakończeniu badania zmienione zostaną rekomendacje, w tym WHO, w sposób zapewniający możliwość wdrożenia terapii na każdym etapie wykrytego zakażenia HIV, o ile pacjent jest na to gotowy pod kątem akceptacji zasad terapii.

Testowanie w kierunku HIV

Światowa Organizacja Zdrowia opublikowała nowe rekomendacje w zakresie testowania w kierunku HIV. Wzywa w nich m.in. do zwiększenia liczby wykonywanych testów poprzez zezwolenie na testowanie nie tylko przez pracowników medycznych, ale także poza instytucjami medycznymi przez przeszkolonych pracowników organizacji pozarządowych.

W rekomendacjach WHO zaleca się, by wykrywaniu zakażeń towarzyszyło profesjonalne poradnictwo. Jednak w niektórych sesjach, w tym prowadzonej przez

UNAIDS i profesora Montaner, podkreślano, że należy odejść od dotychczasowych form poradnictwa okołotestowego. Testy do samodzielnego wykonania nie są na razie zalecane, ponieważ wciąż trwa debata na temat procesu ich wykonywania, a także efektywności.

Ciąża a ryzyko transmisji HIV - projekty badawcze wśród osób dotkniętych HIV oraz par HIV+/-

Nie ma jednej skutecznej metody leczenia HIV i nie ma też jednej skutecznej techniki wspomaganego rozrodu. Kluczowe pytanie i wyzwania dotyczą sztuki bezpieczniejszego zapłodnienia u osób zakażonych. Dane z badań wskazują, że leki nie wpływają w sposób znaczący na ciążę.

Pytanie dotyczące stosowania przez kobiety w ciąży najbezpieczniejszych leków antyretrowirusowych jest stale zadawane. Informacje na temat skutków ubocznych leków wpływających na rozwój płodu, powstawanie wad wrodzonych, powodów przedwczesnego porodu, wagi płodu i długoterminowych skutków w rozwoju dzieci jest stale analizowane. Kluczowym wyzwaniem realizacji bezpieczniejszych technik zapłodnienia jest propagowanie wiedzy na temat zdrowia reprodukcyjnego wśród lekarzy opiekujących się osobami żyjącymi z HIV. Jest to właściwy moment promowania praw reprodukcyjnych i strategii zapobiegania HIV. Niezbędne są szkolenia w tym zakresie, aby zapewnić i wypracować spójne i oparte na dowodach procedury.

Eksperti analizowali najbezpieczniejsze rozwiązania dotyczące prowadzenia ciąży u par, gdzie jedna z osób jest zakażona wirusem HIV. Analizę uzupełniały wypowiedzi członków społeczności oraz lekarze posiadający doświadczenie w prowadzeniu poradnictwa w zakresie bezpieczniejszego zapłodnienia.

Informacje wybrała Redakcja

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

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.

aspekty

Dodatek do Biuletynu Krajowego Centrum ds. AIDS

Specyfika poradnictwa okołotestowego

Poradnictwo rozumiane jest najczęściej jako sytuacja, w której jedna osoba pomaga drugiej w rozwiązaniu (rozwiązywaniu) problemów i/lub poradzeniu sobie z własnymi emocjami. Zwykle jest stosunkowo krótkim procesem pomocy. W każdym rodzaju poradnictwa istotne są trzy kwestie: jego przedmiot (tematyka), podmioty w nim uczestniczące oraz relacja między nimi. W przypadku poradnictwa związanego z wykonywaniem badań w kierunku HIV proces ten jest ograniczony do jednego bądź dwóch spotkań. Ograniczenia czasowe w połączeniu z charakterystyczną dla poradnictwa okołotestowego tematyką oraz cechy samego procesu sprawiają, że ten rodzaj pomagania ma pewien szczególny charakter. Do specyfiki poradnictwa okołotestowego zaliczyć można następujące jego elementy:

- cele poradnictwa,
- praca w obszarze tabuizowanym, intymnym, w ekspozycji na bodźce seksualne,
- rola doradcy,
- ograniczenia czasowe.

Poradnictwo okołotestowe powinno być przeprowadzone w taki sposób, aby osiągnięte zostały następujące cele: obniżenie napięcia i udzielenie wsparcia osobie pragnącej wykonać test, edukacja na temat HIV a także analiza stylu życia pod kątem ryzyka zakażenia HIV. Celem głównym jest natomiast pomoc pacjentowi w podjęciu przez niego decyzji o wykonaniu bądź **niewykonaniu** badania. Decyzja ta może być podjęta świadomie tylko wówczas, gdy pacjent ma pełną wiedzę o tym, z czym wiąże się takie badanie, co oznacza wynik dodatni i jakie są tego konsekwencje. Hipotetycznie więc musi rozważyć, co taki wynik zmie-

ni w jego życiu i czy jest gotowy na taką ewentualność. W praktyce zdecydowana większość pacjentów trafiających do punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD) jest mocno przekonana o potrzebie wykonania badania – co więcej – gdy dowiadują się, że nie można go w tym momencie zrobić (np. z powodu okienka serologicznego czy dużego ryzyka testu fałszywie dodatniego) są bardzo zawiedzeni i rozczarowani. Ale niekoniecznie i nie zawsze efektem poradnictwa jest wykonanie testu. W tym miejscu pojawia się pierwszy charakterystyczny jego rys. Nie jest ono skoncentrowane na celu diagnostycznym (wykonanie testu), ale na psychologicznym (samoświadomość i decyzyjność). Jest oczywiste, że w interesie zdrowia publicznego jak najwięcej osób powinno wykonywać testy w kierunku HIV. Ale interes publiczny nie zawsze jest tożsamy z tym indywidualnym. W PKD ten drugi jest ważniejszy. Ze względu na drogi zakażenia oraz tendencje epidemiologiczne, przedmiotem poradnictwa okołotestowego są najczęściej ryzykowne zachowania seksualne. Doradca pyta pacjenta o jego życie seksualne, preferencje, konkretne formy aktywności, liczbę i płeć partnerów, używanie prezerwatyw. Większość pacjentów spodziewa się takich pytań – z badania zrealizowanego przez Autorkę wynika, że niecałe 11 proc. pacjentów PKD było zaskoczonych pytaniami o zachowania seksualne (badanie z 2014 roku na próbie 302 osób, które przynajmniej raz w życiu wykonały test w PKD). Jednocześnie odpowiedzi na takie pytania nie są wcale łatwe. Seksualność w naszej kulturze traktowana jest bowiem ambiwalentnie – jednocześnie tabuizowana (kontrowersje wokół edu-

kacji seksualnej, aktywności seksualnej innej niż małżeńska, antykoncepcji, tabu seksualności dziecięcej itp.) i powszechnie dostępna (np. seksualizacja dzieci, dostępność pornografii, treści seksualne obecne w przestrzeni publicznej). Kulturowy przekaz dotyczący seksualności jest sprzeczny z popkulturowym. W tym miejscu ujawnia się druga specyficzna cecha poradnictwa okołotestowego. Jednocześnie dotyka ono silnego społecznego tabu i wymusza ujawnienie go. Wymaga więc szczególnego przygotowania w obszarze tzw. swobody psychologicznej, która pozwala na swobodne „poruszanie się” po intymnym obszarze pacjenta bez przekraczania granic, przy jednoczesnym chronieniu własnej intymności. To przygotowanie polegać powinno przede wszystkim na przepracowaniu własnych poglądów i postaw dotyczących seksualności, ze szczególnym uwzględnieniem takich tematów, jak np. promiskuityzm seksualny, homoseksualność, związki pozapartnerskie, zdrady, zachowania seksualne po alkoholu, nietypowe preferencje. Nie chodzi tu tylko o nieocenianie pacjenta i jego życiowych wyborów (co tak na marginesie jest pewną ułudą, bo przecież oceniamy wszystko i wszystkich). Potrzebna jest także szeroka wiedza o ludzkiej seksualności przede wszystkim w aspekcie biologicznym i psychologicznym, mniej w ujęciu moralnym i światopoglądowym.

Kolejna specyficzna cecha poradnictwa może zostać określona jako „efekt adwokata diabła”. Większość pacjentów przychodzi wykonać badanie z konkretnego powodu. Jest nim zwykle kontakt seksualny z osobą mało znaną, przypadkową, obracającą się w podejrzanych

towarzystwie, mającą wielu partnerów bądź taką, o której pacjent dowiedział się czegoś niepokojącego. Ponieważ coraz częściej pacjenci przed przyjściem na test poszukują informacji o badaniu w internecie, przychodzą do PKD po okienku serologicznym, liczonym dla tego „podejrzanego”/ryzykownego kontaktu. Nie uwzględniają przy tym ewentualnego ryzyka związanego z aktualną aktywnością seksualną (jeśli takowa ma miejsce). Rola doradcy jest w takiej sytuacji trudna – musi on podważyć wiarygodność obecnego partnera pacjenta i poddać w wątpliwość stwierdzenia typu „*ale on jest na pewno zdrowy*”, „*ona na pewno nie jest zakażona*”. Dla niektórych pacjentów jest to trudne doświadczenie – konfrontują wtedy swoje idealistyczne wyobrażenie o bliskiej osobie z realnymi możliwymi scenariuszami. Nie są na to przygotowani, bo powód, z którym przyszli, dotyczy przecież kogoś zupełnie innego.

Charakterystyczny jest także czas kontaktu doradcy z pacjentem. Jest on zwykle bardzo krótki, ograniczony do maksymalnie dwóch kilkunastominutowych spotkań, w czasie których konieczne jest przekonanie pacjenta o tym, że to miejsce jest dla niego bezpieczne, a doradca jest osobą, której można zaufać. Bez tego trudno osiągnąć cele, o których jest mowa na początku. Standardy poradnictwa okołotestowego zakładają, że osobą wydającą wynik powinna być ta, która zleciła badanie. Czasami jest to trudne albo wręcz niemożliwe ze względów organizacyjnych i pacjent otrzymuje wynik dodatni od kogoś, kogo widzi pierwszy raz w życiu. Wiele zależy tu od tego, co zadziało się w czasie pierwszej rozmowy i od tego, na ile pacjent liczył się z takim wynikiem i jest na niego przygotowany. W tym momencie z całą jaskrawością uwidacznia się rola poradnictwa przedtestowego – uświadomienie pacjentowi możliwych scenariuszy po badaniu.

Czas ma jeszcze jeden wymiar. To sytuacje, w których pacjent czeka na wynik badania. Teoretycznie uzyskanie wyniku testu przesiewowego jest możliwe po

kilkudziesięciu minutach (w przypadku szybkich testów po kilku), a testu potwierdzenia po kilku dniach. W praktyce w niektórych ośrodkach pacjenci czekają na ostateczny wynik nawet kilka tygodni. Pojawia się kolejny specyficzny element poradnictwa – poradnictwo w oczekiwaniu na wynik. Tacy pacjenci wymagają szczególnej uwagi i troski. Przeżywają oni bowiem w zwielokrotnieniu trudne do wytrzymania napięcie, o którym większość przychodzących po wynik mówi: „*to były najdłuższe godziny/dni w moim życiu – ten czas czekania na wynik*”.

Na koniec warto wspomnieć o pewnych istotnych czynnikach związanych z pracą doradcy. Wszystkie one mogą być albo czynnikami ryzyka (wypalenia, zniechęcenia, pogorszenia jakości poradnictwa) albo czynnikami wspierającymi proces poradnictwa okołotestowego. Pierwsza grupa to czynniki związane z osobą doradcy. Na pierwszym miejscu wymienić można motywację do pracy. Są to najczęściej pieniądze, rozwój osobisty, prestiż, osiągnięcie celu, pomoc innym, zadowolenie, poczucie sprawstwa. Każdy doradca powinien zapytać sam siebie, co jest jego motywacją. Skrajna przewaga jednego motywu nad innymi jest ryzykowna, bo przesłania pozostałe. I nie chodzi tu wyłącznie o motyw finansowy. Niebezpieczna jest motywacja skrajnie nakierowana na pomaganie innym. Przejawiać się może w przekraczaniu granic między tym, co zawodowe a tym, co prywatne, np. wydłużaniu czasu pracy („*bo jest tak dużo pacjentów*”), udostępnianiu prywatnego numeru telefonu, umawianiu dodatkowych spotkań. Są oczywiście wyjątkowe sytuacje, które wymagają wyjścia „z roli” – ale nie mogą stać się standardem. Drugi czynnik to przygotowanie do bycia doradcą. Składają się na nie: podstawowe wykształcenie zawodowe oraz kompetencje interpersonalne, a także obszar osobistych poglądów i systemu wartości. Biorąc pod uwagę omówioną wyżej specyfikę bardzo ważną rolę dogrywają tu kompetencje, w szczególności umiejętność słuchania oraz wrażliwość i empatia. Ich deficyt może znacznie utrudnić dobre poradnictwo.

Szczególnie ważny wydaje się także obszar osobisty – on przecież z głównej mierze decyduje o naszej zdolności do szacunku do innych, różnych od nas.

Czynniki związane z organizacją i warunkami pracy, to druga grupa wspierająca albo utrudniająca proces poradnictwa. Na pierwszym miejscu wymienić można możliwości wsparcia i superwizji, zarówno formalnej jak i nieformalnej. Doradcy pracujący w większym zespole mają tu więcej możliwości uczenia się od siebie oraz uzyskania porady (pod warunkiem gotowości zespołu do dzielenia się doświadczeniem i atmosfery sprzyjającej szukaniu pomocy u innych). Osoby pracujące w pojedynkę są w trudniejszej sytuacji i tym bardziej powinny zadbać o możliwość profesjonalnego superwizowania swojej pracy. Superwizja jest więc niezbędnym elementem warsztatu doradcy. Decyduje w dużej mierze o jakości świadczonego poradnictwa, pozwala przeciwdziałać wypaleniu zawodowemu, zwiększa świadomość doradcy dotyczącą własnej motywacji do pracy, warsztatu pracy i pomaga go doskonalić. Umiejscowienie PKD na lokalnym rynku usług medycznych i psychologicznych to kolejny czynnik mający znaczenie dla jakości pracy doradcy. Możliwość konsultacji z innymi specjalistami, organizacjami pomocowymi czy grupami wsparcia i w razie potrzeby skierowania do nich pacjenta pozwala lepiej o niego zadbać. Choć wydaje się to oczywiste, niektóre punkty nie dysponują wiedzą o lokalnym rynku pomocowym, brakuje w nich informacji o specjalistach i organizacjach, a doradcy mają do dyspozycji jedynie swoją wiedzę i umiejętności. Jest wreszcie aspekt ściśle organizacyjny – a więc warunki pracy (wielkość i wygląd gabinetu doradcy, droga do punktu pobierania krwi), „moce przerobowe” punktu i czas oczekiwania na wyniki.

W tym roku w punktach pojawiła się jeszcze jedna kwestia – praca z pacjentem zza monitora komputera. Wprowadzenie elektronicznych ankiet wymusza na doradcy dodatkowe zadanie pogodzenia dwóch kwestii: budowania relacji z pacjentem, który

to proces wymaga kontaktu wzrokowego i skupiania uwagi na tym, co mówi pacjent, przy jednoczesnym śledzeniu monitora i zapisywania odpowiedzi pacjenta w elektronicznym formularzu. Trudno powiedzieć, jak pacjenci odbierają taki rodzaj poradnictwa (nie ma na ten temat jeszcze żadnych badań), ale z pewnością dla samych doradców, mocno osadzonych w idei budowania

relacji, jest to utrudnienie. Z kolei dla tych, którzy mają problem z nawiązywaniem psychologicznego kontaktu, monitor może stanowić pewnego rodzaju parawan, zasłonę, spoza której padają konkretne pytania o konkretne zachowania.

Specyfika poradnictwa okołotestowego wymaga od doradcy specjalnego przy-

gotowania ale również dużej samoświadomości. Spora już grupa polskich doradców ma bardzo dużo doświadczeń i refleksji na temat swojej pracy. Osoby chętne do podzielenia się swoimi przemyśleniami bardzo gorąco zachęcam do kontaktu: agawalendzik@gmail.com.

dr Agnieszka Walendzik-Ostrowska¹

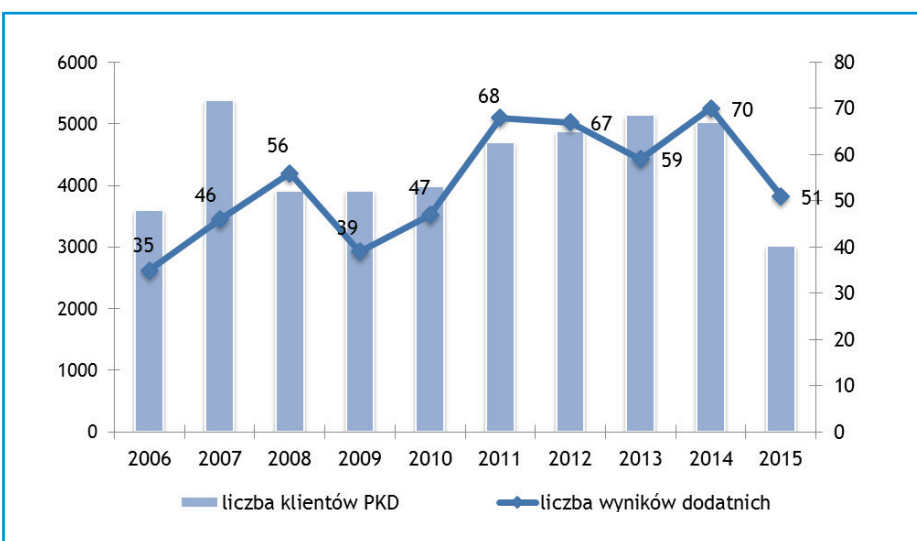
1. Pedagogka, certyfikowana doradczyni w PKD z 15-letnim doświadczeniem pracy w poradnictwie okołotestowym; współautorka podręcznika „Zakażenie HIV – poradnictwo okołotestowe. Kompendium dla lekarzy i osób pracujących w punktach konsultacyjno-diagnostycznych”

Testowanie w kierunku HIV - doświadczenia Fundacji Edukacji Społecznej

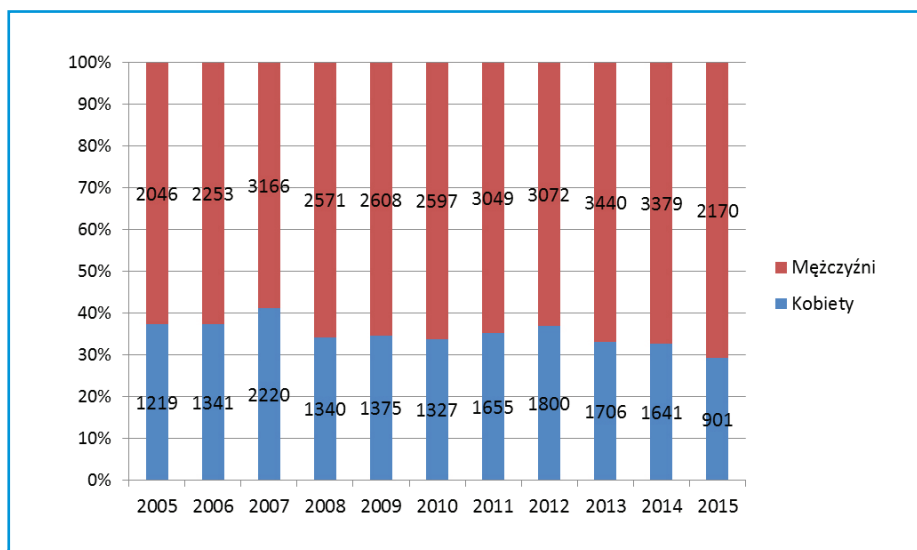
Fundacja Edukacji Społecznej prowadzi testowanie w kierunku HIV od 2003 r. Środki na te działania uzyskiwane są z dotacji Krajowego Centrum ds. AIDS. Początkowo punkt mieścił się w Warszawie w Zakładzie Opieki Zdrowotnej na Ursynowie przy ul. Romera. Po kilku latach Fundacja nawiązała współpracę z Wojewódzką Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną w Warszawie i rozwinęła swoje działania w zakresie testowania w kierunku HIV w dwóch innych miejscach. Punkt z ul. Romera został przeniesiony na ul. Nowogrodzką 82 wejście B, a dzięki środkom z Urzędu m. st. Warszawy możliwe było otwarcie drugiego miejsca przy ul. Żelaznej 79.

Dodatkowo Fundacja wspierana jest przez sektor prywatny, dzięki czemu możliwe są szersze działania promujące testowanie, np. w metrze warszawskim czy też aktywne włączenie się w Europejski Tydzień Testowania w ostatnich dwóch latach. W punktach dostępne są również szybkie testy z krwi, dzięki czemu wynik można odebrać po 30 minutach. Punkty uczestniczyły również w europejskim projekcie COBATEST, w ramach którego równolegle z testami przesiewowymi z krwi były wykonywane badania ze śliny.

Obecnie w punktach prowadzonych przez Fundację Edukacji Społecznej wykonywanych jest około 5 000 badań rocznie. W 2014 r. wydano 70 potwierdzonych wyników dodatnich. Do końca sierpnia 2015 r. wykryto 51 zakażeń (Wykres 1).



Wykres 1. Liczba wykonanych badań oraz wyników dodatnich w latach 2006-2015 - opracowanie własne na podstawie danych zebranych w PKD prowadzonych przez Fundację Edukacji Społecznej.



Wykres 2. Odsetek kobiet i mężczyzn wśród klientów PKD w latach 2005-2015 - opracowanie własne na podstawie danych zebranych w PKD prowadzonych przez Fundację Edukacji Społecznej.

W punktach kobiety stanowią około 30 proc. wszystkich klientów. W pojedynczych przypadkach w każdym roku otrzymują

wynik dodatni. Niepokojący jest fakt, że z roku na rok coraz mniej kobiet testuje się w kierunku HIV (Wykres 2). Kobiety

przychodzą na badania, gdy dowiedzą się o zdradzie partnera, bądź po przygodnym kontakcie seksualnym. Ciągłe niewiele kobiet wykonuje badanie na początku swojego związku, mimo że ich nowi partnerzy mieli już wcześniej kontakty seksualne.

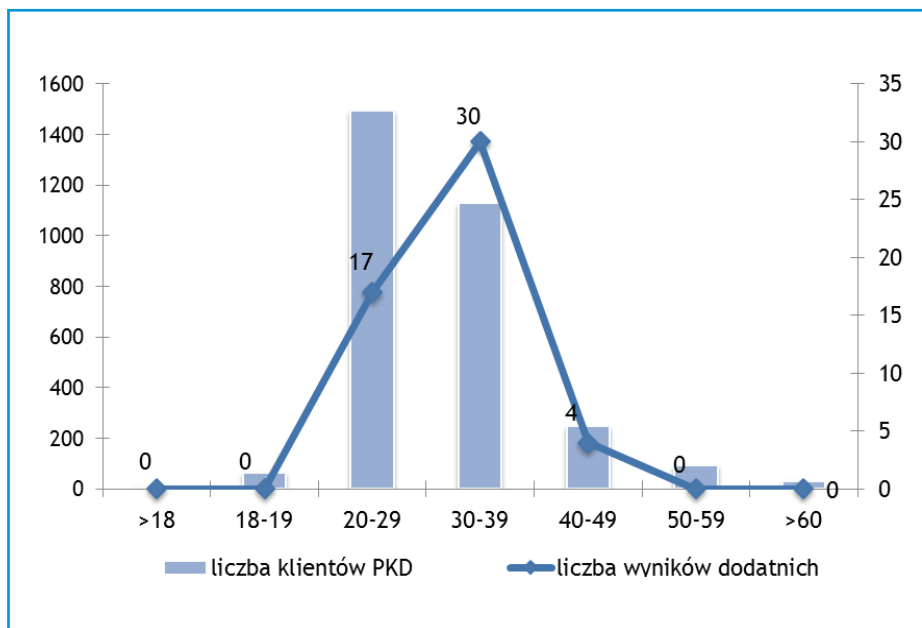
W punktach prowadzonych przez Fundację wśród klientów dominują osoby między 20. a 39. rokiem życia. W tej to grupie wykrywanych jest najwięcej zakażeń. Są to najczęściej osoby z wyższym wykształceniem, zatrudnione bądź też studiujące w Warszawie. Niepokoi fakt, że w bieżącym roku najwięcej wyników dodatnich wydano osobom między 30. a 39. rokiem życia (Wykres 3).

Fundacja nawiązała ścisłą współpracę z Wojewódzkim Szpitalem Zakaźnym w Warszawie, dzięki czemu od 2012 r. w ramach projektu TAK możliwe jest monitorowanie, czy osoby, które otrzymały wynik dodatni zgłaszają się do Poradni Profilaktyczno-Leczniczej. Doradcy pracujący w Punktach to osoby z wieloletnim doświadczeniem w pracy w tematyce HIV. Są wśród nich lekarze, psycholodzy, edukatorzy seksualni, terapeuci uzależnień, diagności laboratoryjni, pielęgniarki. Wszystkie te osoby biorą regularnie udział w krajowych i międzynarodowych konferencjach oraz w szkoleniach w celu podnoszenia swoich kwalifikacji i uaktualniania wiedzy.

Opis przypadku

Mężczyzna lat 38, MSM, mieszkaniec Warszawy, regularnie wykonujący badania w kierunku HIV.

Ostatnie wykonane badanie w kwietniu 2015 r. Zgłasza się do PKD w lipcu 2015 r. razem ze stałym partnerem. Testują się mniej więcej co kwartał. Kontakty analne mają zawsze w zabezpieczeniu, oralne aktywne bez. Prowadzą związek otwarty. Z innymi partnerami kontakty analne również zawsze są zabezpieczone



Wykres 3. Liczba wykonanych badań w poszczególnych grupach wiekowych i rozkład wyników dodatnich od stycznia do sierpnia 2015 - opracowanie własne na podstawie danych zebranych w PKD prowadzonych przez Fundację Edukacji Społecznej.

ne prezerwatywą, oralne nie. Mężczyzna otrzymuje wynik przesiewowy dodatni. Jest nim bardzo zaskoczony, wyklucza możliwość, że to jego wynik, gdyż w jego opinii miał zawsze kontakty zabezpieczone. Neguje możliwość kontaktu analnego bez zabezpieczenia. W celu potwierdzenia wyniku przesiewowego wykonano szybki test VIKIA, który po kilku minutach dał wynik dodatni. Klient został poinformowany o procedurze potwierdzenia badania testem Western blot. Tego samego dnia jego partner otrzymał ujemny wynik testu.

Po kilku dniach klient zgłosił się po potwierdzony testem Western blot wynik dodatni. Zareagował bardzo emocjonalnie, gdy doradca potwierdził u niego zakażenie. Doradca spytał czy na pewno nie było możliwości zakażenia przez niezabezpieczony seks analny. Klient zaprzeczył. Jego zaskoczenie wynikiem dodatnim wynika z tego, że JEDYNA droga, którą mógł się zakażać to aktywny seks oralny. Nie miał uszkodzeń w jamie ustnej. Krótki czas od ostatniego wiarygodnego wyniku ujemnego

(1.04.2015) pozwala domniemywać, że klient dobrze pamiętał, jakiego typu miał kontakty. Jego emocjonalna reakcja i długa rozmowa z doradcą pozwalają sądzić, że faktycznie drogą zakażenia był seks oralny.

W perspektywie ostatnich kilku lat jest to już kolejna osoba, która podała jako drogę zakażenia kontakty oralne. We wszystkich przypadkach byli to mężczyźni mający seks z mężczyznami, którzy testowali się już wielokrotnie. Mieli też dużą wiedzę o HIV, znali drogi zakażenia, regularnie stosowali zabezpieczenie prezerwatywą, a ich zaskoczenie wynikiem dodatnim było ogromne, gdyż nie do końca wierzyli, że seks oralny może być dla nich faktycznym zagrożeniem. Wydaje się, że prowadząc poradnictwo okołotestowe trzeba zwrócić większą uwagę klientów i uświadamiać im ryzyko zakażenia w kontaktach oralnych. Szczególnie w grupie MSM, gdyż jest to grupa podejmująca więcej kontaktów z partnerami innymi niż stali.

dr n.spół. Magdalena Ankiersztejn-Bartczak

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.