



Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS

W numerze:

Zdrowie więźniów w Europie i na świecie

Piotr Wysocki, Weronika Gryko

Str. 1-6

Edukacja więźniów na KUL-u

Ks. Mirosław Kalinowski

Str. 6-7

Od wykrycia zakażenia HIV do poradni specjalistycznej

Bartosz Szetela, Łukasz Łapiński,
Jacek Gąsiorowski

Str. 7-8

Aspekty

Pozytywny Świat Kobiet – siła działań samopomocowych

Irena Przepiórka

Telefon Zaufania 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

Obraz zdrowia więźniów - perspektywa europejska i światowa

Zdrowie osób pozbawionych wolności jest nieodłącznym ale i również często zaniedbywanym elementem zdrowia publicznego. Tematyka ochrony zdrowia osób osadzonych jest tematem dość rzadko poruszonym w publikacjach naukowych oraz w szeroko pojętej debacie publicznej.

Co roku na całym świecie ponad 30 milionów osób spędza czas w więzieniach lub innych miejscach odosobnienia. Wśród nich ponad jedna trzecia to osoby zatrzymane oczekujące na rozprawę sądową. Prawie wszystkie z nich powrócą do swoich społeczności - w ciągu kilku miesięcy do jednego roku. Globalnie wśród populacji osób pozbawionych wolności prevalencja HIV, zakażeń przenoszonych drogą płciową, wzw B i C i gruźlicy jest dwa do dziesięciu razy wyższa (w niektórych przypadkach 50 krotnie wyższa) niż w populacji generalnej.

W kontekście HIV/AIDS oraz Celów Zrównoważonego Rozwoju (SDGs – ang. *Sustainable Development Goals*), świat zobowiązał się do zakończenia epidemii AIDS do roku 2030. Strategia UNAIDS na lata 2016-2021 jest jedną z pierwszych w ramach systemu Narodów Zjednoczonych, która nakreśla ramy globalnej polityki rozwojowej na następne lata, włączając w nią kwestię zakończenia epidemii HIV/AIDS. Strategia ta zakłada m.in. zapewnienie 90. procentom osób z tzw. populacji kluczowych, w tym osobom osadzonym w jednostkach penitencjarnych, dostępu do profilaktyki i leczenia HIV/AIDS.

Osoby pozbawione wolności, a także w dużym stopniu personel więzienny są narażeni na ryzyko chorób zakaźnych, w tym: HIV, gruźlicy, wirusowego zapalenia wątroby, zakażeń przenoszonych drogą płciową. Osobami osadzonymi są najczęściej aktywni seksualnie młodzi mężczyźni w wieku 19-35 lat, co dodatkowo zwiększa ryzyko

zakażenia HIV i zakażeniami przenoszonymi drogą płciową. Dużą część populacji osadzonych stanowią mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami oraz osoby dokonujące iniekcji substancji psychoaktywnych. Wyższe ryzyko dla ich zdrowia wynika, m.in. z pozbawienia dostępu do środków ochrony zdrowia, takich jak: prezerwatywy, jednorazowe igły i strzykawki czy w przypadku niektórych państw, terapii substytucyjnej. W więzieniach napotyka my także nadreprezentowalność samookaleczeń i samobójstw, przemocy seksualnej (gwałtów) i homofobii. Osadzeni pochodzą niejednokrotnie ze środowisk patologicznych, w których występuje zły stan zdrowia oraz niski poziom wiedzy o zdrowiu. Pozostawienie problemu zdrowia w jednostkach penitencjarnych samemu sobie może w przyszłości skutkować tym, iż jednostki te staną się inkubatorami chorób zakaźnych. Czynniki zwiększającymi to ryzyko są m.in. przełudnienie i złe warunki higieniczno-sanitarne. W takich warunkach choroby rozprzestrzeniają się znacznie szybciej i trudniej je kontrolować.

Warto zdawać sobie także sprawę, że co roku zakłady penitencjarne opuszczają miliony osób, które po odbyciu kary wracają do życia w społeczeństwie, a ich zły stan zdrowia może stanowić zagrożenie dla zdrowia pozostałych obywateli. A zatem, chroniąc zdrowie osób pozbawionych wolności, chronimy poniekąd zdrowie społeczeństwa.

Biorąc pod uwagę wszystkie państwa europejskie oraz Azji Centralnej, dysponujemy ograniczoną wiedzą nt. sytuacji epidemiologicznej HIV/AIDS w jednostkach penitencjarnych oraz efektywności i skuteczności działań zapobiegawczych tam prowadzonych. Ponadto, brak pełnych danych nt. liczby zakażeń HIV w wyniku kontaktów seksualnych pomiędzy mężczyznami i występujących wśród więźniów koinfekcji HIV z wirusowym za-

paleniem wątroby typu C (HCV) oraz gruźlicą (TB), co istotnie ogranicza możliwość planowania i realizacji skutecznych działań zapobiegawczych na poziomie narodowym. Jedną z barier w poprawie sytuacji zdrowotnej więźniów są kwestie polityczne, społeczne, światopoglądowe oraz postawy wobec zdrowia, zarówno ze strony osadzonych, jak też personelu placówek penitencjarnych.

HIV wśród osób osadzonych w jednostkach penitencjarnych – sytuacja w Europie i Azji Centralnej

Wieloletnie prace mające na celu zapobieganie zakażeniom HIV i zwalczanie AIDS w Europie, realizowane m.in. poprzez międzynarodowe i narodowe programy zdrowotne, wciąż nie doprowadziły do zminimalizowania liczby osób żyjących z wirusem HIV. W 2014 roku, w Europejskim Regionie WHO odnotowano ponad 142 tys. nowych przypadków zakażeń HIV. Jest to największa liczba zakażeń HIV odnotowanych w ciągu zaledwie jednego roku, poczynając od roku 1980, kiedy to zaczęto zbierać dane nt. zakażeń. Zgodnie z opinią międzynarodowych środowisk medycznych i ekspertów zdrowia, liczba nowych zakażeń w Regionie Europejskim nadal pozostaje na zbyt wysokim poziomie. Według Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) oraz Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) za wzrost epidemii w regionie odpowiada głównie wschodnia część Europy, w której liczba nowo wykrywanych zakażeń wzrosła ponad dwukrotnie w ostatniej dekadzie.

Od niemal dziesięciu lat na terenie Unii Europejskiej (UE) oraz Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG), współczynnik nowych zakażeń HIV pozostaje na tym samym poziomie, zaś w państwach spoza UE/EOG wzrósł o 126%.

W oświadczeniu na temat zakażeń HIV wśród osób przebywających w jednostkach penitencjarnych, wydanym przez Wspólny Program Narodów Zjednoczonych ds. Zwalczania HIV/AIDS (UNAIDS) pod-

kreśla się, iż „osób osadzonych nie można rozpatrywać w oderwaniu od reszty społeczeństwa (wspólnoty). Są one jej częścią, pochodzą z niej i do niej powrócą po odbyciu kary. Dlatego chroniąc więźniów, chronimy całe społeczeństwo”¹.

Osoby przebywające w jednostkach penitencjarnych żyją w środowisku o podwyższonym ryzyku zdrowotnym. W wielu wypadkach mają gorszy dostęp do profilaktyki i leczenia chorób zakaźnych. Dalsze lekceważenie tego zagadnienia może przyczynić się do sytuacji, w której więźniowie po opuszczeniu zakładu penitencjarnego będą stanowić poważne zagrożenie dla zdrowia ogółu populacji ze względu na zakażenie gruźlicą, wzw B i C, zakażeniami przenoszonymi drogą płciową czy HIV. Przeludnienie i złe warunki higieniczno-sanitarne zwiększają to ryzyko. W więzieniach odnotowuje się także zwiększoną liczbę przypadków samookaleczeń oraz samobójstw. Powszechnym problemem jest także przemoc seksualna występująca głównie pomiędzy więźniami (gwałty). W wielu przypadkach, stan zdrowia więźniów nie jest traktowany jako priorytet, a sami osadzeni powszechnie bagatelizują zagrożenia wynikające z zachowań ryzykownych np. kontaktów seksualnych bez zabezpieczenia, dzielenia igieł i strzykawek do iniekcji środków odurzających. Kolejnym problemem jest zjawisko homofobii, będące kluczową barierą utrud-

niającą dostęp więźniów do efektywnych metod profilaktyki HIV i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową. Według danych ECDC, przeszkodą w prowadzeniu efektywnej profilaktyki HIV wśród osób pozbawionych wolności są także:

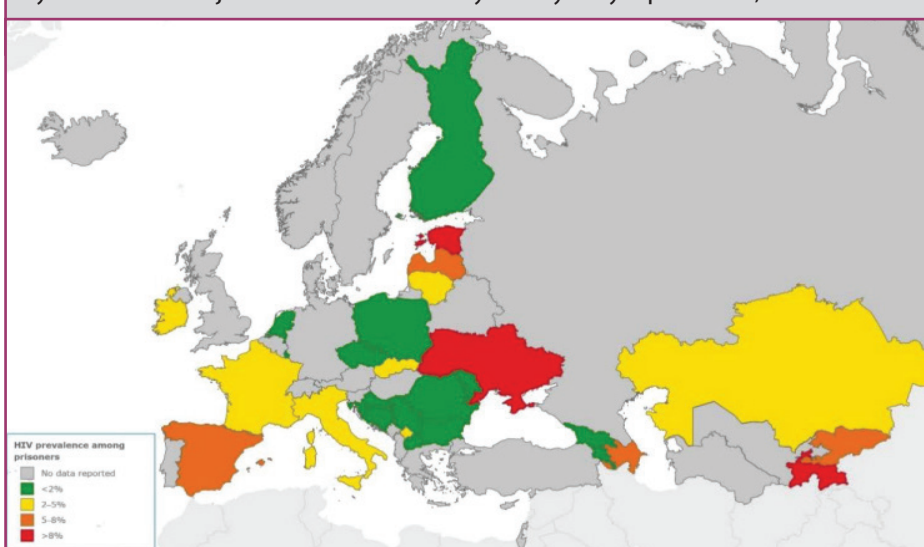
- brak zogniskowanych działań adresowanych do tej populacji;
- zbyt mała liczba działań o udowodnionej skuteczności;
- niski stopień zaangażowania i uczestnictwa w działaniach profilaktycznych;
- niedostateczne dofinansowanie sektora penitencjarnego z budżetu państwa.

Warto w tym miejscu wspomnieć, że w wielu państwach UE/EOG działa partnerstwo pomiędzy służbami odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną w jednostkach penitencjarnych, a placówkami medycznymi działającymi poza nimi. Celem takiego partnerstwa są wspólne działania na rzecz edukacji zdrowotnej, leczenia w jednostkach penitencjarnych oraz kontynuacji opieki w trakcie pobytu w więzieniu oraz po jego opuszczeniu.

Raport ECDC z 2014 roku dotyczący walki z HIV/AIDS wśród populacji więźniów przedstawił dane z różnych krajów UE/EOG oraz Azji Centralnej².

Wskaźniki występowania zakażeń HIV wśród więźniów z lat 2011-2013 zostały przedstawione na Rycinie 1.

Rycina 1. Prewalencja HIV wśród osób osadzonych w wybranych państwach, lata 2011-2013



1. „Prisoners are the community. They come from the community, they return to it. Protection of prisoners is protection of our communities” (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) Statement on HIV/AIDS in Prisons.

2. European Centre for Disease Prevention and Control. Thematic report: Prisoners. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2014 progress report. Stockholm: ECDC; 2015.

Tabela 1. Pokrycie zapotrzebowania na świadczenia profilaktyczne w zakresie zapobiegania HIV wśród grup zwiększonego ryzyka zakażenia HIV, 2014 (UE/EOG)³

Typ populacji	Pokrycie faktycznego zapotrzebowania na świadczenia profilaktyczne HIV: liczba państw prowadzących programy/ całkowita liczba państw	
	UE/EOG	poza-UE/EOG
Mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami	21/30	14/18
Więźniowie	20/30	14/18
Osoby dokonujące iniekcji substancji psychoaktywnych	24/31	14/18
Osoby świadczące usługi seksualne	15/30	13/18

Profilaktyka HIV wśród osób osadzonych (państwa UE/EOG)

Raport ECDC podkreśla, że programy profilaktyczne z zakresu przeciwdziałania HIV są osiągalne dla więźniów, niemniej jednak kluczowe interwencje jak terapia substytucyjna, programy wymiany igieł i strzykawek czy dystrybucja prezerwatyw nie są ogólnodostępne we wszystkich państwach czy placówkach systemu penitencjarnego w danym kraju. W Tabeli nr 1, zawarte są dane przedstawiające liczbę krajów, które zapewniają o pokryciu zapotrzebowania na dostęp do świadczeń profilaktycznych HIV w grupach o zwiększonym ryzyku zakażenia wirusem.

Terapia substytucyjna w jednostkach penitencjarnych (państwa UE/EOG)

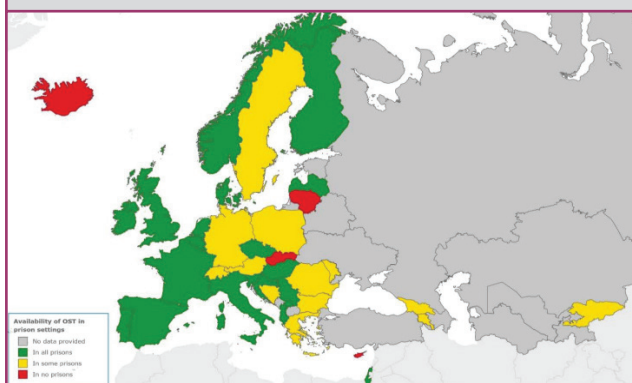
Terapia substytucyjna (*OST- Opioid substitution therapy*) jest najpowszechniej stosowaną metodą leczenia uzależnienia od opioidów w jednostkach penitencjarnych regionu UE/EOG. Dzięki niej pacjenci programów substytucyjnych pozbawieni wolności, mają możliwość kontynuowania leczenia, a osoby uzależnione od opiatów, które nie leczyły się substytucyjnie przed pozbawieniem wolności, mogą rozpocząć leczenie, a następnie kontynuować je po odbyciu kary. Rządy 19 państw UE/EOG potwierdziły, że terapia ta jest dostępna na ich terenie we wszystkich więzieniach.

W przypadku państw pozaeuropejskich i Azji Centralnej, jedynie w 4 krajach więźniowie mają do niej dostęp. O wiele mniej państw oferuje w swoich więzieniach sterylny sprzęt do iniekcji. Jedynie 26% państw UE/EOG i 39% spoza tego obszaru udostępnia sterylne strzykawki i igły w niektórych jednostkach penitencjarnych, a tylko 3 państwa we wszystkich jednostkach. Z kolei dystrybucja darmowych prezerwatyw ma miejsce tylko w kilku państwach UE/EOG.

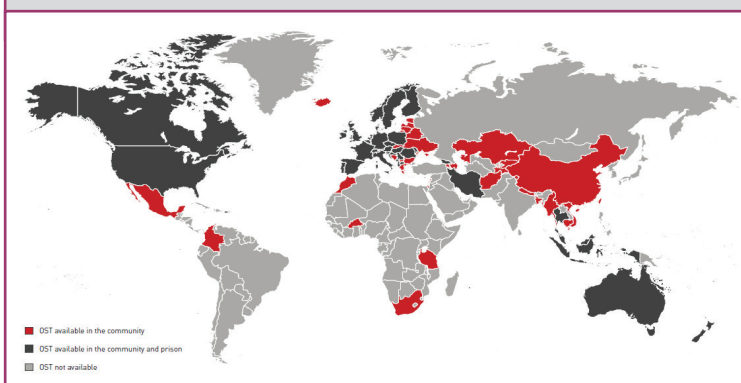
Programy wymiany igieł i strzykawek w jednostkach penitencjarnych (państwa UE/EOG)

Raport ECDC potwierdza, że ryzyko zakażenia HIV jest wyższe u osób, które dokonywały lub nadal dokonują iniekcji substancji psychoaktywnych. W siedmiu państwach, w których odnotowano odsetek zakażeń HIV na poziomie powyżej 5% wśród więźniów, także zarejestrowano podwyższoną liczbę osób stosujących zastrzyki ze środkami odurzającymi w ogólnej populacji (Azerbejdżan, Estonia, Kirgistan, Łotwa, Hiszpania, Tadżykistan, Ukraina). Pomimo wykazanej zależności programy wymiany igieł i strzykawek (*NSP- Needle and Syringe Programmes*) nie są dostępne w jednostkach penitencjarnych w większości badanych państw UE/EOG. W 2014 roku, jedynie w Luksemburgu i Hiszpanii odnotowano, że program taki jest osiągalny we wszystkich placówkach systemu peni-

Rycina 2: Dostępność terapii substytucyjnej w Europie (rok 2014)⁴



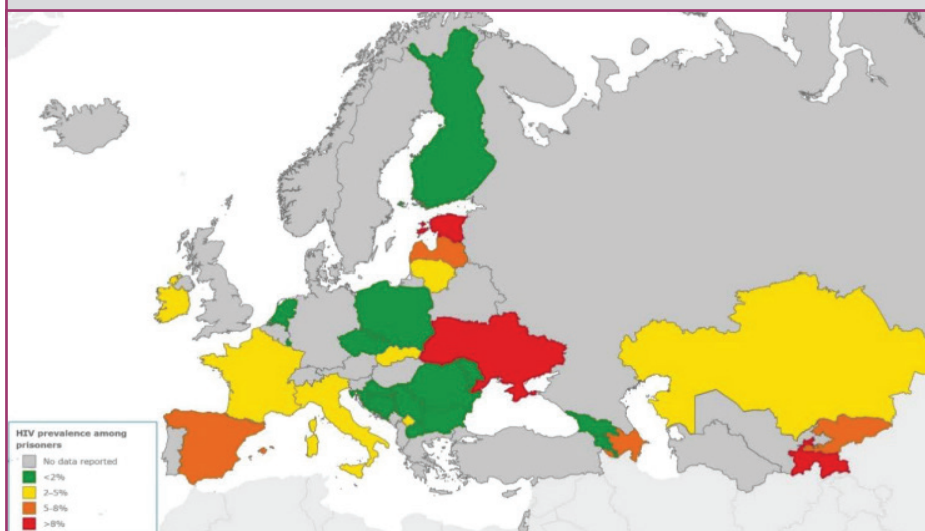
Rycina 3: Dostępność terapii substytucyjnej (OST) w poszczególnych państwach, w tym w jednostkach penitencjarnych (świat 2015)⁵



3. Źródło: European Centre for Disease Prevention and Control. Evidence brief: HIV and leadership. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia – 2014 progress report. Stockholm: ECDC. 2015.

4. Od 1 lipca 2015 r. istnieje możliwość leczenia substytucyjnego we wszystkich 155 jednostkach penitencjarnych w Polsce.

5. Harm Reduction International. The Global State of harm reduction. 2015.

Rycina 4: Dostępność programów wymiany igieł i strzykawek (świat 2015)⁶

tencjarnego. Zaledwie 15 państw (7 UE/EOG i 8 pozaeuropejskich) potwierdziło jakkolwiek dostępność programów NSP w więzieniach. Znaczące wątpliwości badaczy wywołały rozbieżności w deklaracjach przeważającej liczby państw, iż zapewniają one w dostatecznym stopniu programy profilaktyki HIV dla więźniów, lecz niewiele państw uwzględnia w swoich działaniach tak istotny program, jak wymiana igieł i strzykawek.

Programy dystrybucji prezerwatyw (państwa UE/EOG)

W większości państw UE/EOG programy dystrybucji prezerwatyw nie są dostępne w więzieniach w wymiarze adekwatnym do zapotrzebowania. Wśród 23 państw UE/EOG, w których odnotowano możliwość nabycia darmowych prezerwatyw w niektórych więzieniach, jedynie 9 państw gwarantuje całkowitą dostępność we wszystkich jednostkach systemu penitencjarnego. Podobna sytuacja występuje w krajach pozaeuropejskich, gdzie w 5 z 14 państw, darmowe prezerwatywy są osiągalne we wszystkich placówkach.

Testy w kierunku HIV (państwa UE/EOG)

W większości badanych państw (28 UE/EOG i 18 spoza UE/EOG) odnotowano, iż zapewniają one dostęp więźniów do te-

stów w kierunku HIV. Dwadzieścia dwa państwa UE/EOG i dziewięć spoza UE/EOG zadeklarowało, że oferują dobrowolne testy we wszystkich jednostkach penitencjarnych. Jedynie dwa kraje pozaeuropejskie potwierdziły, że dobrowolne badanie nie jest w ogóle dostępne dla osadzonych. Obowiązkowe badania na obecność HIV są prowadzone w więzieniach w dwóch państwach UE/EOG – Cyprze i Słowacji oraz w 5 krajach pozaeuropejskich (Białoruś, Bośnia i Hercegowina, Kirgistan, Ukraina i Uzbekistan)⁷. Od 2014 roku, państwa takie jak: Bułgaria, Estonia, Izrael, Kazachstan, Łotwa, Portugalia i Rumunia nie prowadzą u siebie obowiązkowych testów w kierunku HIV w jednostkach penitencjarnych.

Dostępność leczenia ARV (państwa UE/EOG)

W raporcie ECDC podkreślono, iż w 29 państwach UE/EOG i 17 pozaeuropejskich, więźniowie mają dostęp do leczenia antyretrowirusowego w zakresie, w którym są zaspokojone potrzeby większości populacji. Przedstawiciele społeczeństwa obywatelskiego wskazali, iż krajami nie spełniającymi tego kryterium są Dania, Włochy, Litwa, Słowacja i Ukraina. Pozytywny wynik testu w kierunku HIV oznacza dla więźniów w 23 krajach UE/EOG i 14 państwach pozaeuropejskich, że będą mieli zapewniony dostęp do terapii ARV.

Testy i leczenie wzv C (państwa UE/EOG)

Przedstawiciele rządów 20 państw UE/EOG wskazali, że testy w kierunku wzv C, są dostępne we wszystkich jednostkach penitencjarnych. Siedem państw wskazało, że testy takie są dostępne w kilku lub w większości jednostek. Przedstawiciele 24 państw zadeklarowali, że leczenie wzv C jest dostępne dla wszystkich więźniów, których test był dodatni. W trzech państwach takiego leczenia brak. Z kolei przedstawiciele jedynie siedmiu państw spoza UE/EOG zadeklarowali, że testy w kierunku wzv C, są dostępne we wszystkich jednostkach penitencjarnych, a pięciu państw, że w niektórych lub większości jednostek. Przedstawiciele 5 państw poinformowali, że testy na wzv C nie są dostępne wcale. Leczenie wzv C dostępne jest jedynie w 7 państwach spoza UE/EOG.

Zakażenia HIV wśród osób osadzonych w Polsce

Od 1989 roku odnotowuje się w Polsce obecność osób żyjących z wirusem HIV, osadzonych w jednostkach penitencjarnych. Zdecydowaną większość stanowią dożylni użytkownicy narkotyków (70%). Polska posiada wieloletnie doświadczenie w świadczeniu opieki medycznej dla osób pozbawionych wolności, zakażonych HIV, które wymagają leczenia antyretrowirusowego i dodatkowo są uzależnione od opiatów.

Działania więziennej służby zdrowia w polskich jednostkach penitencjarnych skierowane są na profilaktykę oraz leczenie, rehabilitację i ograniczenie szkód zdrowotnych, związanych z narkomanią oraz zakażeniami HIV i wirusowym zapaleniem wątroby.

Polska może pochwalić się pełną dostępnością leczenia antyretrowirusowego dla osób osadzonych. Od 2001 roku, służba więzienna realizuje program Polityki Zdrowotnej Ministra Zdrowia „**Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce**”. Oznacza to dostęp osób osadzonych do bezpłatnej terapii antyre-

6. Harm Reduction International. The Global State of harm reduction. 2015.

7. Jakkolwiek przedstawiciele społeczeństwa obywatelskiego zaprzeczają, iż w Kirgistanie, Bośni i Hercegowinie oraz na Ukrainie są wykonywane obowiązkowe badania na obecność HIV w więzieniach.

trowirusowej, według tych samych standardów jak dla pozostałej części populacji znajdującej się na wolności.

Ponadto, dostęp do leczenia substytucyjnego mają osoby pozbawione wolności, uzależnione od opioidów, zgodnie z obowiązującymi wytycznymi, z zapewnieniem kontynuacji leczenia w pozawięziennych placówkach ochrony zdrowia. **Od dnia 1 lipca 2015 roku, udostępniono terapię substytucyjną (OST) we wszystkich 155 jednostkach penitencjarnych w kraju.**

Polska dysponuje także systemem terapeutycznym dla osób uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych (leczenie w warunkach szpitalnych i dalsza opieka w oddziałach terapeutycznych, stanowiących część pionów penitencjarnych).

W Tabeli 2 przedstawiono wybrane dane liczbowe dotyczące więźniów w kontekście zakażeń HIV w Polsce⁸ (stan z dnia 31.12.2015).

Tabela 2. Dane dot. polskich jednostek penitencjarnych (31 grudnia 2015)

Kategoria	Liczba więźniów
Substytucyjna terapia opioidowa	140
Terapia ARV (antyretrowirusowe)	227
Terapia substytucyjna + leczenie ARV	29
Liczba testów na HIV	3536
Liczba wyników HIV+	128

Wytyczne Organizacji Narodów Zjednoczonych

W 2013 roku Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości (UNODC), Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), Wspólny Program Narodów Zjednoczonych Zwalczenia HIV i AIDS (UNAIDS), Międzynarodowa Organizacja Pracy (ILO) oraz Program Narodów

Zjednoczonych ds. Rozwoju (UNDP) opublikowały zalecenia⁹ dotyczące pakietu działań profilaktycznych dla jednostek penitencjarnych, obejmujący bezpłatne i dobrowolne badania w kierunku chorób zakaźnych (w tym: HIV, wzw, gruźlica), profilaktykę, leczenie chorób zakaźnych oraz uzależnienia od narkotyków.

Analiza sytuacji epidemiologicznej HIV, wirusowego zapalenia wątroby i gruźlicy wśród osób pozbawionych wolności umożliwiła opracowanie pakietu 15 interwencji mających na celu poprawę sytuacji zdrowotnej w zakładach penitencjarnych.

Poniżej przedstawiono propozycje działań i priorytetów:

1. Informacja i edukacja – poprzez zwiększanie świadomości zarówno więźniów jak i personelu jednostek penitencjarnych na temat zakażeń HIV, zakażeń przenoszonych drogą płciową oraz gruźlicy. Informując i edukując daną grupę należy podkreślić, iż osoby przebywające w środowisku, jakim jest zamknięta placówka systemu penitencjarnego, są szczególnie narażone na zakażenia. Zwiększenie świadomości powinno rozpocząć się od współpracy z zarządzającymi i personelem więziennym oraz pracownikami systemu ochrony zdrowia (lekarze i pielęgniarki mający styczność z więźniami).

2. Program dystrybucji prezerwatyw – zapewnienie prezerwatyw i lubrykantów w każdej jednostce penitencjarnej, zarówno dla mężczyzn, jak i kobiet. Ich dystrybucja powinna odbywać się w sposób zapewniający anonimowość osób korzystających z programu oraz być łatwo dostępna.

3. Zapobieganie przemocy seksualnej – zarządzający placówką oraz personel (zwłaszcza strażnicy) powinni prowadzić działania mające na celu wyeliminowanie wszelkich form przemocy w jednostkach penitencjarnych, zwłaszcza przemocy na tle seksualnym. Grupami szczególnie narażonymi, wobec których stosowana jest przemoc, są osoby o różnej orientacji seksualnej, młodzi więźniowie oraz kobiety.

4. Ogólnodostępna terapia substytucyjna – terapia OST powinna być ogólnodostępna dla osób osadzonych, gdyż jest najbardziej efektywną metodą leczenia uzależnienia od opioidów. Dzięki niej pacjenci programów substytucyjnych pozbawieni wolności, mają możliwość kontynuowania leczenia, a osoby uzależnione od opioidów, które nie leczyły się substytucyjnie przed pozbawieniem wolności, mogą rozpocząć leczenie, a następnie kontynuować je po odbyciu kary.

5. Program wymiany igieł i strzykawek – osoby pozbawione wolności dokonujące iniekcji środków psychoaktywnych powinny mieć dostęp do programu wymiany w celu zmniejszenia liczby ryzykownych zachowań związanych z iniekcijnym przyjmowaniem narkotyków i ograniczenia rozprzestrzeniania się zakażeń krwiopochodnych.

6. Zapobieganie zakażeniom w trakcie zabiegów medycznych i dentystrycznych - HIV oraz wirusy zapalenia wątroby z łatwością mogą się rozprzestrzeniać poprzez zanieczyszczony sprzęt medyczny lub dentystryczny. Lekarze, ginekolodzy oraz dentyści pracujący w więzieniach powinni być wyczuleni na te zagrożenia oraz ze szczególną ostrożnością przestrzegać metod bezpiecznego wykonywania iniekcji.

7. Zapobieganie zakażeniom związanym z wykonywaniem tatuaży, piercingu lub innych form wnikan w skórę – poprzez ograniczenie dzielenia się i wielokrotnego używania jednorazowych igieł oraz strzykawek wśród osadzonych.

8. Profilaktyka poekspozycyjna HIV – dostęp do profilaktyki poekspozycyjnej powinien być w szczególności zapewniony dla ofiar przemocy seksualnej i innych więźniów narażonych na zakażenie HIV. Jasne zasady oraz procedura stosowania tego rodzaju profilaktyki powinny być wyjaśnione więźniom, pracownikom ochrony zdrowia oraz personelowi jednostki penitencjarnej.

9. Testowanie i poradnictwo w kierunku HIV – osoby osadzone powinny mieć łatwy dostęp do dobrowolnych testów w kierunku HIV i poradnictwa około testowego. Pracownicy służby zdro-

8. HA- REACT HA-REACT Joint action WP6 LFA. Medical services in Polish prisons (a snapshot). Prezentacja KC ds. AIDS. Praga. 2016.

9. UNODC/ILO/WHO/UNAIDS/UNDP: Policy brief. HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions. 2013.

wia powinni oferować testy w kierunku HIV, a także poradnictwo okołotestowe podczas badań lekarskich. Ponadto, rekomendować testy w kierunku HIV oraz poradnictwo kobietom przebywającym w jednostkach penitencjarnych, będącym w ciąży. Należy unikać wszelkich form przymusu w tym zakresie. Należy zapewnić pacjentowi poradnictwo przed i po wykonaniu testu, anonimowość, opiekę oraz dostęp do leczenia ARV i pozostałego leczenia w zależności od potrzeb.

10. Leczenie, opieka i wsparcie dla osób żyjących z HIV – poprzez zapewnienie dostępu do leczenia ARV, opieki specjalistycznej i wsparcia w takim samym wymiarze jak dla osób żyjących z HIV na wolności. Powinno się utrzymywać ciągłość leczenia na wszystkich etapach pozbawienia wolności – od aresztowania aż do odzyskania wolności.

11. Profilaktyka, diagnostyka i leczenie gruźlicy (TB) – władze jednostek penitencjarnych powinny zwracać uwagę na wyższe ryzyko zakażenia gruźlicą pomiędzy osadzonymi oraz wysoki wskaźnik występowania gruźlicy u osób zakażonych HIV (jako choroby współistniejącej). Poza dostępem do leczenia, osadzeni powinni mieć lepsze warunki pobytu w więzieniu m.in. większy dostęp do światła

naturalnego oraz przebywanie w dobrze wentylowanych pomieszczeniach.

12. Profilaktyka zakażeń wertykalnych matka-dziecko – należy zapewnić pełen zakres profilaktyki zakażeń odmatczy-nych HIV. Ponadto, edukację (w tym planowanie rodziny) oraz w razie zakażenia terapię antyretrowirusową. Dotyczy to kobiet żyjących z wirusem HIV, kobiet w ciąży i karmiących piersią, które przebywają w więzieniu (zgodnie z wytycznymi krajowymi i międzynarodowymi w tym zakresie).

13. Profilaktyka i leczenie zakażeń przenoszonych drogą płciową – w szczególności tych, które powodują owrzodzenie narządów płciowych, zwiększając ryzyko przeniesienia HIV na inną osobę. Wczesna diagnostyka i leczenie tych zakażeń powinno stać się częścią programów profilaktyki HIV w więzieniach.

14. Szczepienia, diagnostyka i leczenie wirusowego zapalenia wątroby – poprzez kompleksowe programy profilaktyki i leczenia wzv, w tym szczepień na wzv B dla wszystkich osadzonych, szczepień na wzv A dla osób z grup o podwyższonym ryzyku zakażenia oraz wszelkie możliwe działania umożliwiające profilaktykę, diagnostykę i leczenie wzv C i B na poziomie zbliżonym do

tęgo, jaki dostępny jest dla ogółu społeczeństwa.

15. Ochrona personelu jednostek penitencjarnych – poprzez zapewnienie bezpieczeństwa i higieny pracy personelu pracującego w jednostce penitencjarnej, zwłaszcza w zakresie narażenia na zakażenie HIV, wirusem zapalenia wątroby czy gruźlicą. Personel powinien mieć m.in. darmowy dostęp do szczepionki przeciw HBV, sprzętów i materiałów ochronnych oraz do profilaktyki poekspozycyjnej w sytuacji, w której osoba została narażona na ryzyko zakażenia.

Piotr Wysocki, Weronika Gryko

Informacje zamieszczone w tym artykule pochodzą z opracowań¹⁰ Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), dotyczących monitorowania procesu wdrażania Deklaracji Dublińskiej w latach 2012-2014. Ponadto z materiałów Krajowego Centrum ds. AIDS, opracowanych na potrzeby programu Unii Europejskiej - wspólnych działań na rzecz zapobiegania HIV i koinfekcjom HIV oraz redukcji szkód HA-REACT, w tym na rzecz wzrostu dostępności programów redukcji szkód i kontynuacji leczenia osób stosujących narkotyki w iniekcjach w więzieniach (HA-REACT, pakiet 6).

10. ECDC Special report: Prisoners. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2014 Progress report. ECDC Evidence brief: HIV and leadership: 2014 Progress report. ECDC Evidence brief: HIV prevention in Europe: 2014 progress report.

Resocjalizacja przez edukację

- więźniowie-studenci na Katolickim Uniwersytecie Lubelskim im. Jana Pawła II

W Instytucie Nauk o Rodzinie i Pracy Socjalnej KUL w roku 2013¹ rozpoczęto projekt edukacyjny adresowany do więźniów Aresztu Śledczego w Lublinie. Głównym działaniem była resocjalizacja poprzez edukację na kierunku praca socjalna na stacjonarnych studiach licencjackich. W pole powyższego oddziaływania wpisuje się specjalizacja streetworking, prowadzona na ulicy przez odpowiednio przygotowanych pracowników z osobami wykluczonymi społecznie i znajdującymi się poza systemem pomocy instytucjonalnej – np. z bezdomnymi, byłymi więźniami, nar-

komanami. Praca streetworkera odbywa się w środowisku osoby zmarginalizowanej, w jej tempie i w oparciu o plan, który zaakceptowała, przy wykorzystaniu zasobów i potencjału środowiska lokalnego. Najważniejszą ideą streetworkingu jest tworzenie „pomostu” pomiędzy osobą wykluczoną a społeczeństwem. Dzięki temu „pomostowi” zmarginalizowana jednostka ma większą szansę na powrót do pełnienia ról społecznych i do zwiększania poziomu jakości życia.

Przedstawiona definicja wskazuje wyraźnie, że osoby przebywające w zakładzie

karnym stanowią grupę, która w szczególny sposób jest predysponowana do tego, aby zdobywać specjalistyczne wykształcenie w obszarze pracy socjalnej jako *streetworkerzy*. Za podjęciem tego rodzaju wyzwania przemawia kilka argumentów.

Pierwszy z nich polega na tym, że profesjonalnie wykształceni *streetworkerzy* wywodzący się z grupy osadzonych mogą w wiarygodny sposób budować „pomosty” pomiędzy osobami zmarginalizowanymi a społeczeństwem. Wiarygodność *streetworkera* z kryminalną przeszłością

1. Absolutorium zaplanowano na dzień 15 czerwca 2016 roku, a zakończenie roku akademickiego na 30 września 2016 roku.

wynika przede wszystkim z przekształcenia braków i trudności w „aktywa”. Zaprezentowany mechanizm polega na tym, że konstruktywne rozwiązanie własnych problemów doprowadziło zarówno do wzrostu wiedzy na temat istoty doświadczanych trudności, jak również do zwiększenia kompetencji w obszarze ich rozwiązywania, co w konsekwencji stanowi ważną podstawę do wspierania osób mających podobne kłopoty – m.in. więźniów aktualnie odbywających sankcje izolacyjne i/lub osób, które opuściły zakłady karne. Korzystanie z własnych doświadczeń resocjalizacyjnych w trakcie wykonywania obowiązków *streetworker* powinno wskazywać na wiarygodność proponowanych metod włączania społecznego – np. stosowania zasady pomocniczości, uczenia aktywności życiowej, szybkiego załatwiania spraw, odpowiedzialności, przedsiębiorczości oraz konstruktywnego rozwiązywania doświadczanych problemów zamiast przyjmowania roli bezradnej ofiary.

Argument drugi polega na tym, że nauczanie stanowi obecnie bardzo ważny środek penitencjarnego oddziaływania resocjalizacyjnego. Poprawczy aspekt ogólnego i zawodowego nauczania polega na wykorzystaniu okresu pozbawienia wolności do podwyższenia poziomu wykształcenia, zdobycia kwalifikacji zawodowych i/lub przyuczenia do zawodu, a jednocześnie do rozwoju osobowości w trakcie aktyw-

ności związanej z nauką szkolną – m.in. poprzez możliwość konstruktywnego zagospodarowania czasu wolnego, podejmowanie wysiłku, uczenie wytrwałości i systematyczności w osiąganiu celów i formowanie dyscypliny. Uzupełnienie wymienionych braków stanowi ważny warunek prawidłowej adaptacji społecznej po opuszczeniu zakładu karnego, tym bardziej, że od strony programowej i dydaktycznej nauczanie w warunkach więziennych jest całkowicie zintegrowane z systemem oświaty publicznej. Świadczy o tym to, że w polskim, europejskim i światowym systemie penitencjarnym kształcenie skazanych odbywa się na pięciu poziomach: podstawowym, gimnazjalnym, zasadniczym, średnim i politealnym. Osadzeni nie kształcą się natomiast jako jednolita grupa na poziomie stacjonarnych studiów wyższych.

Pierwsza próba zainicjowania studiów w ramach nauczania przywieziennego jest określana jako casus radomski. Politechnika Radomska i Areszt Śledczy w Radomiu w 2011 r. podpisały porozumienie, na mocy którego utworzono pierwsze studia wyższe dla skazanych w trybie dziennym. Na Politechnice Radomskiej na Wydziale Mechanicznym utworzono kierunek logistyka w motoryzacji. W ramach rekrutacji przyjęto w poczet studentów 29 osadzonych, u których warunki formalne pozwoliły na podjęcie kształcenia na poziomie wyższym.

Kształcenie więźniów w jednolitej grupie w Lublinie rozpoczęło 1 października 2013 roku. Spośród prawie stu kandydatów z wielu jednostek penitencjarnych w Polsce, ostateczną procedurę rekrutacyjną uniwersytecką i penitencjarną trwającą wiele tygodni, pozytywnie przeszło 36 osadzonych. Program zajęć jest dokładną kopią programu realizowanego w tym samym czasie w siedzibie Uczelni, a zajęcia w oparciu o umowę wolontariatu prowadzą ci sami wykładowcy. Po zakończeniu pierwszego roku studiów, za aprobatą Komisji Penitencjarnej studenci-więźniowie mogli ubiegać się o status przebywania na oddziale półotwartym, co dało możliwość uczestniczenia w zajęciach w siedzibie Uczelni bez konwojowania. Osoby z negatywną opinią Komisji kontynuują studia w specjalnym trybie indywidualnej organizacji studiów, przewidzianym w standardowym regulaminie studiów.

Kształcenie osadzonych w Katolickim Uniwersytecie Lubelskim Jana Pawła II na kierunku praca socjalna w ramach specjalności *streetworking* ma jeszcze jeden ważny atut. Studia ukończone na KUL przez więźniów dają bowiem możliwość wykonywania pracy stanowiącej rodzaj zadośćuczynienia społeczeństwu za szkody spowodowane poprzez popełnienie przestępstwa².

Ks. Mirosław Kalinowski

2. J. Jęczeń, I. Niewiadomska

Ciągłość opieki od wykrycia zakażenia HIV do Poradni Specjalistycznej

Według dostępnych danych ECDC (Europejskie Centrum Monitorowania Zakażeń) w Polsce ponad 50-60% osób zakażonych HIV jest nieświadomych tego faktu. Nigdy nie wykonała badania w tym kierunku i nie otrzymała zazwyczaj takiej oferty od lekarza. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Nauko-

wego AIDS jednoznacznie wskazują na konieczność kierowania się, poza schorzeniami i sytuacjami wskaźnikowymi dla diagnostyki HIV, również sytuacją epidemiologiczną i zalecają wykonanie badania u każdego pacjenta powyżej 16 roku życia w zależności od indywidualnego ryzyka. Zalecenie to dotyczy

również innych zakażeń przenoszonych drogą płciową i drogą krwi (m.in. kiła, rzeżączka, chłamydioza, HCV i HBV). Niestety lekarze z różnych powodów (lekceważenie ryzyka, obawa przed wynikiem dodatnim, nieznanomość procedury diagnostycznej, brak środków finansowych) nie wykonują badania se-

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”

rologicznego anty-HIV/p24, które już po dwóch tygodniach od zakażenia może pozwolić na jego wykrycie. Szczegółowe procedury wykonywania diagnostyki przesiewowej w kierunku zakażenia HIV zawarte są w wytycznych Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS (www.ptnaids.pl w zakładce Rekomendacje).

Mimo powyższych zaleceń diagnostyka w punktach konsultacyjno-diagnostycznych jak i wykonywana prywatnie w laboratoriach pozostaje dominującą metodą diagnostyki przesiewowej HIV w Polsce. Celem diagnostyki przesiewowej jest wczesne wykrycie jak największej liczby osób żyjących z HIV i objęcie ich specjalistyczną opieką lekarską, z leczeniem antyretrowirusowym włącznie. Ostatecznie poniesione nakłady mają zwrócić się w postaci zmniejszenia wydatków na leczenie antyretrowirusowe, a docelowo dzięki zmniejszeniu liczby nowych zakażeń powstrzymaniu epidemii HIV. W PKD wykrywanych jest 30-40% wszystkich zgłoszonych do stacji sanitarno-epidemiologicznych zakażeń.

W ramach poradnictwa po teście w przypadku wyniku dodatniego pacjenci, poza wsparciem psychologicznym, otrzymują również pomoc w umówieniu wizyty w poradni zajmującej się leczeniem zakażenia HIV. Nie wiadomo jednak czy takie same standardy obowiązują podczas wydawania wyniku dodatniego testu wykonywanego bezpośrednio w laboratorium lub przez lekarza.

Z dostępnych danych wynika, że lekarze i diagnosty laboratoryjni, którzy nie zajmują się na codzień poradnictwem okołotestowym, nie potrafią udzielić odpowiedniego wsparcia, zwłaszcza w przypadku pacjentów podejmujących zachowania nieakceptowane społecznie. Nieodpowiednie wsparcie lub zdawkowe skierowanie do poradni HIV niejednokrotnie nie tylko nie zmniejsza traumy związanej z rozpoznaniem, ale jeszcze bardziej ją pogłębia. W efekcie pacjenci zgłaszają się do specjalisty zajmującego

się leczeniem zakażenia HIV lub AIDS z dużym opóźnieniem lub wcale...

Doktor M. Ankiersztejn-Bartczak i wsp. jako pierwsi w Polsce przeprowadzili bardzo ciekawe badanie, którego celem była ocena odsetka osób, które po odebraniu dodatniego wyniku anty-HIV zgłosiły się do specjalistycznej poradni HIV w Warszawie. Zgodnie z ich obserwacjami, pomimo prawidłowo prowadzonego w PKD poradnictwa, po teście, 42% osób z rozpoznaniem zakażeniem HIV nie zgłosiło się do warszawskiej poradni. Tyle osób nie skorzystało z nieodpłatnej i nieobarczonej koniecznością posiadania skierowania od lekarza rodzinnego możliwości zadbania o zdrowie swoje i swoich najbliższych. Nie można oczywiście wykluczyć, że część z tych osób wróciła do rodzinnych miast aby tam podjąć leczenie, co wynika ze specyfiki rozkładu miejsca zamieszkania pacjentów PKD w Warszawie. Niemniej jednak tak duży odsetek wymaga głębszej analizy przyczyn i weryfikacji ogólnopolskiej. Z tego powodu zaproponowaliśmy, aby wszystkie wyniki dodatnie badania anty-HIV western blot były rejestrowane również w tzw. „bazie lekowej” Krajowego Centrum ds. AIDS w celu oceny odsetka osób, które po odebraniu wyniku nie zgłosiły się do poradni HIV. Takie same zestawienia krzyżowe można wykonać z danymi wyników western blot zgłaszanymi przez laboratoria je wykonujące. Pozwoliłoby to na bieżącą ocenę odsetka osób pozostających poza opieką specjalistyczną i nie uzyskujących korzyści z wcześniej wdrożonego leczenia.

Przeprowadzona przez nas analiza gotowości pacjentów PKD we Wrocławiu i w Wałbrzychu do skorzystania z pomocy w bezpośrednim umówieniu wizyty w poradni HIV (osobiście lub przez telefon) i skuteczności takiego postępowania potwierdziła naszą hipotezę o możliwości znacznego zmniejszenia odsetka pacjentów traconych z obserwacji. W latach 2010-2014 wszyscy pacjenci PKD

prowadzonego przez Stowarzyszenie Podwale Siedem we Wrocławiu, którzy otrzymali dodatni wynik badania w kierunku zakażenia HIV mieli możliwość skorzystać z oferty doradcy i bezpośrednio umówić termin wizyty w poradni HIV. Doradca szedł z klientem do rejestracji poradni HIV, która znajduje się w drugim skrzydle poradni i umawiał wizytę. Wszyscy klienci skorzystali z tej możliwości i jedynie w 2013 roku odsetek osób, które nie zgłosiły się na wizytę do poradni dla osób żyjących z HIV był niższy niż 100%. Model ten sprawdził się w przypadku wspólnej lokalizacji PKD Wrocław przy ulicy Wszystkich Świętych i poradni HIV. Niemniej jednak tak samo skuteczne okazało się telefoniczne umawianie wizyt dla osób z dodatnimi wynikami z PKD w Wałbrzychu – na wizytę zgłosiły się wszystkie zarejestrowane osoby. [opracowanie w druku]

Pamiętając o konieczności zapewnienia łatwego dostępu do różnorodnych modeli diagnostyki przesiewowej (punkty diagnostyczne, lekarze, laboratoria, tzw. checkpointy, diagnostyka w klubach), Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS wydało wytyczne określające sposób kierowania pacjenta do poradni HIV w przypadku uzyskania dodatniego wyniku badania. Standard ten dotyczy wszystkich podmiotów zlecających badanie w kierunku zakażenia HIV, a opierać się powinien zawsze na zgodzie pacjenta/klienta. Wytyczne wskazują na potrzebę jak najszybszego zgłoszenia się pacjenta do poradni i umówienie wizyty osobiście przez osobę wydającą wynik. Wymaga to oczywiście bliskiej współpracy między miejscami prowadzącymi diagnostykę przesiewową (PKD, lekarze, laboratoria) a poradniami dla osób żyjących z HIV.

Przedstawione wyżej obserwacje wymagają weryfikacji w innych niż PKD modelach diagnostyki przesiewowej HIV.

**Bartosz Szetela,
Łukasz Łapiński,
Jacek Gąsiorowski**

kontra 

Redakcja
Redaktor naczelna – Maryla Rogalewicz
Zastępca redaktor naczelnej – Anna Nastały-Ratusińska
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@ids.gov.pl
www.aids.gov.pl

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.

aspekty

Dodatek do Biuletynu Krajowego Centrum ds. AIDS



Pozytywny Świat Kobiet – siła działań samopomocowych

W Polsce co roku wśród kobiet rozpoznaje się ok 160-200 nowych zakażeń HIV. W 2015 r. 184 kolejne kobiety otrzymały pozytywny wynik testu, 39 zakażonych kobiet zachorowało na AIDS a 11 kobiet chorych na AIDS zmarło. Najczęściej diagnozowaną drogą zakażenia się kobiet jest droga kontaktów seksualnych. Często do zakażenia dochodzi w stałym związku, a źródłem jest partner. Poważnym problemem u kobiet jest późne rozpoznawanie zakażenia.

Mimo, że skuteczność leczenia ARV jest wysoka, zakażenie HIV wciąż utożsamiane jest z chorobą ciężką, będącą zagrożeniem dla innych osób i stygmatyzującą. Rozpoznanie zakażenia i świadomość konieczności życia z HIV stanowi poważny stres, ryzyko rozwoju stanów depresyjnych i komplikacji na różnych polach aktywności życiowej osób chorych. Zakażone HIV kobiety stają w obliczu szczególnie trudnych czynników natury biologicznej, społeczno-kulturowej i mentalnej, które dodatkowo wpływają na to, w jaki sposób radzą sobie z diagnozą. Konieczne jest więc uwzględnianie specyficznych, związanych z płcią potrzeb w systemie leczenia, opieki i wsparcia, a także doradztwa w zakresie radzenia sobie ze stresem, rozwijania umiejętności, rozwiązywania problemów dotyczących kwestii zdrowotnych (m.in.: bezpieczniejsze zachowania seksualne, odżywianie, aktywność fizyczna) oraz problemów dotyczących codziennego życia z HIV i kwestii prawnych.

Dlatego tak ważne dla realnej pomocy i przeciwdziałania izolacji społecznej kobiet HIV+ są profilowane działania wspierające. Szczególną rolę mają działania projektowane i realizowane przy

współudziale oraz przez kobiety, których również dotyczy problem HIV. Siła działań samopomocowych wykorzystywana jest od lat przez Stowarzyszenie Wolontariuszy Wobec AIDS „Bądź z Nami” przy realizacji wielu projektów. Do tej pory brakowało jednak długofalowych działań skierowanych do kobiet zakażonych, które uwzględniałyby specyfikę ich potrzeb zdrowotnych, społecznych, emocjonalnych, zawodowych i egzystencjalnych na wielu różnych płaszczyznach i etapach życia. Kobiety często pozostawały z problemem same, a jeśli poszukiwały pomocy, trafiały na działania skierowane stricte do grup o podwyższonym poziomie zachowań ryzykownych lub krótkoterminowe sporadyczne działania wolontaryjne, realizowane przez inne zakażone kobiety. Potrzeba zapewnienia kompleksowej oferty pomocowej była impulsem do projektowania działań dla kobiet HIV+. Stowarzyszenie „Bądź z Nami” realizuje takie działania od 1997 r. W okresie 01.10.2014 r. - 31.04.2016 r. działania te, pod nazwą „Pozytywny Świat Kobiet” realizowane były w ramach programu Obywatele dla Demokracji, finansowanego z Funduszy EOG, a obecnie program jest kontynuowany przy współfinansowaniu ze środków Krajowego Centrum ds. AIDS.

Projekt realizowany jest holistycznie poprzez prowadzenie różnych form poradnictwa, wsparcia, dostarczanie wiedzy, rozwijanie kompetencji społecznych, aktywizowanie do pracy wolontaryjnej i w obszarze profilaktyki HIV. Prowadzone działania zapewniają zarówno realną pomoc w rozwiązywaniu życiowych problemów (konsultacje specjalistyczne, doradztwo, działanie teamów interwencyjnych), aktywizację społeczną i zawodową (szkolenia dla wolontariuszek i edukatorek), jak

i działania psychoedukacyjne (spotkania jedno i trzydniowe) i integracyjno-wsparciowe (spotkania Klubu Pozytywka).

Od wielu lat utrzymujemy kontakt z wieloma kobietami seropozytywnymi z całej Polski. Znamy środowisko, jego potrzeby i bolączki. Działania są projektowane i realizowane przez kobiety, które od wielu lat są aktywne i rozpoznawane w środowisku, dzięki czemu uczestniczki nie mają oporów w kontakcie i cieszą się z intensyfikacji działań. Działa również zasada „kuli śnieżnej”. Kobiety przekazują swoim koleżankom i znajomym informacje o możliwości uczestnictwa w projekcie i zapraszają do naszego Stowarzyszenia. Szczególnie ważne jest aby do udziału w naszych działaniach zachęcić kobiety, które nie korzystają z żadnych form pomocy. Z ogólnopolskiego badania jakości życia kobiet z HIV realizowanego przez nasze Stowarzyszenie wynika, że niemal 40% zakażonych kobiet nie zna żadnych organizacji pomocowych. Dlatego dużą wagę przywiązujemy do promocji projektu i docierania z informacją do „nowych” kobiet. Wykorzystujemy standardowe kanały (strony internetowe, fanpage, portale społecznościowe, plakaty i ulotki) oraz Środowiskowy Punkt Informacyjno-Konsultacyjny funkcjonujący dzięki współpracy z kierownictwem placówki w Warszawskiej Poradni Profilaktyczno-Leczniczej (PPL). Terminy pracy Punktu i jego usytuowanie w pobliżu gabinetu lekarza ginekologa zapewniają dobre warunki do nawiązywania kontaktu z kobietami oczekującymi na wizytę, dzięki czemu rośnie liczba uczestniczek projektu. Punkt daje możliwość swobodnej rozmowy, przełamywania oporu przed organizacjami pozarządowymi, uzyskania informacji o ich działaniach, dostępnych formach wspar-

cia i pomocy czy ciekawych inicjatywach. Charakter realizowanego poradnictwa jest bardzo zróżnicowany. Wielokrotnie kontakt z kobietami ogranicza się wyłącznie do krótkiej rozmowy informacyjnej, umówienia konsultacji, zaproszenia na spotkanie lub wręczenia materiałów informacyjno-edukacyjnych. Najczęściej jednak praca edukatorek polega na swobodnych rozmowach w gronie oczekujących pod gabinetem kobiet, co pozwala przełamywać bariery i wzbudzić zainteresowanie działaniami Stowarzyszenia. Często realizowane są rozmowy wpierające lub o charakterze interwencji kryzysowej. Ze wsparcia korzystają również kobiety oczekujące na wynik testu w kierunku HIV lub kobiety odbierające wyniki testu. Klientkami Punktu bywają również pacjentki realizowanego w placówce programu metadonowego oraz kobiety czynnie uzależnione. Jest to o tyle istotne, że jest to często jedyna okazja do nawiązania kontaktu i przekazania podstawowych informacji o ofercie pomocowej lub z zakresu profilaktyki.

Wśród kobiet korzystających z konsultacji w Punkcie PPL w 2015 r. zrealizowano 50 ankiet ewaluacyjnych. Ich analiza potwierdziła niewiedzę na temat działalności organizacji pozarządowych. Wiele kobiet korzystających z ofert Punktu, nigdy wcześniej nie miało żadnego kontaktu z organizacjami pozarządowymi.

Podobne zadania realizowane są w Punkcie działającym w Stowarzyszeniu, który dodatkowo daje możliwość utrzymywania stałego kontaktu (telefonicznego, e-mail, poprzez portale społecznościowe) z kobietami, które nie mogą zgłosić się osobiście ze względu na opiekę nad dziećmi, chorobę czy niesamodzielność. Jest też grupa

kobiet, dla których jest to jedyna dostępna forma pomocy i wsparcia. Bardzo często zgłoszenie się do Punktu w Stowarzyszeniu jest pierwszym kontaktem z organizacją pozarządową i stanowi zachętę do angażowania się w inne działania.

Działanie Punktu koncentruje się wokół działań wsparciowych, ale ich ważnym elementem jest również kontaktowanie kobiet ze specjalistami i prowadzenie rekrutacji na zajęcia psychoedukacyjne oraz umawianie na specjalistyczne konsultacje indywidualne: psychologa, prawnika, pracownika socjalnego, lekarza, dietetyka, terapeutę uzależnień i pedagoga. Ankieta ewaluacyjna zrealizowana w 2015 r. wśród 46 kobiet korzystających z konsultacji w siedzibie Stowarzyszenia wykazała, że większość kobiet uważała, że uzyskała taki rodzaj poradnictwa jakiego oczekiwała, 91% ankietowanych poleciłaby tego specjalistę swoim znajomym, a tylko 1 osoba tego by nie zrobiła.

W działaniach na rzecz kobiet wielokrotnie spotykamy się z problemem konieczności dostarczenia natychmiastowej pomocy i wsparcia z powodu trudnych sytuacji życiowych, choroby, niesamodzielności, kryzysu emocjonalnego lub pilnego zapewnienia bezpieczeństwa kobietom lub ich rodzinom. Dlatego podejmowane są działania interwencyjne, realizowane przez doświadczonych edukatorek, przygotowane do pracy z osobami w kryzysowych sytuacjach. Z myślą o profesjonalizacji pomocy interwencyjnej zespół przeszedł szkolenie z zakresu interwencji kryzysowej, a pracę zespołów superwizowano.

Odrębną dziedzinę naszych działań stanowią spotkania w gronie zakażonych

kobiet. Kobiety wspólnie ustalają tematy kolejnych spotkań, a czasem planują wspólne wyjścia czy udział w wydarzeniach kulturalnych. Często tematyka jest zmieniana i dostosowywana do pojawiających się na bieżąco tematów lub problemów, a spotkania przeciągają się długo poza zaplanowany czas i są okazją do dalszych prywatnych kontaktów.

Kolejną okazją do spotkań jest uczestnictwo w zajęciach psychoedukacyjnych. Cyklicznie organizowane są jednodniowe, sobotnie spotkania w siedzibie Stowarzyszenia „Bądź z Nami” lub trzydniowe, weekendowe spotkania wyjazdowe. Jest to jedna z najbardziej lubianych przez kobiety aktywności. Program każdego ze spotkań obejmuje część merytoryczną (wykłady, warsztaty, konsultacje), część wsparciową (grupa wsparcia, zajęcia psychoedukacyjne) oraz część przeznaczoną na wzajemne poznawanie i integrację uczestniczek (zajęcia integracyjne, wspólne wyjście na basen, spacer, gry i zabawy). Dobrowolny udział w grupie kobiet o wspólnym problemie, pozwala nie tylko na jego lepsze zrozumienie, lecz również wzmacnia emocjonalnie i społecznie. Najważniejsze jest to, że rozbudza umiejętności radzenia sobie z problemami wynikającymi z faktu zakażenia HIV dzięki wymianie doświadczeń dotyczących sposobów jakie stosują inne kobiety. Jednocześnie w czasie spotkań obowiązuje zasada „tajemnicy grupy”, dzięki której kobiety czują się bezpiecznie, ponieważ poruszane problemy i zagadnienia nie mają prawa „wyjść” poza grupę. Dodatkowym walorem spotkań jest relaks, zawiązywanie nowych znajomości i poczucie przynależności do grupy. W spotkaniach zwykle uczestniczą kobiety z całej Polski.



Nasza aktywność widoczna jest również w Internecie. Powstała strona www.pozitywnyświatkobiet.org skierowana do kobiet żyjących z HIV i aktywnie przez nie współtworzona. Zależało nam, by naszą stronę wyróżniało uwrażliwienie na sytuację i problem kobiet, których dotyczy problem HIV. Na stronie prowadzony jest blog, w którym kobiety poruszają ważne dla siebie tematy i jest autentycznym zapisem emocji i doświadczeń kobiet żyjących z HIV. Tematyka umieszczanych artykułów konsultowana jest z adresatkami strony, a funkcjonowanie bloga i zakładki „Masz pytanie do specjalisty” sprawia, że strona „żyje” i jest przyjazna użytkownikom. Na stronie funkcjonuje również Tablica „Kobiety na rzecz Kobiet”, poprzez którą kobiety mogą wymieniać się pomocą, usługami lub przedmiotami (np.: ugotuję obiad w zamian za nocleg w Krakowie). Ze stroną powiązane jest działanie fanpage na portalu społecznościowym Facebook. Umieszczane są tam informacje o nadchodzących wydarzeniach w naszej i innych organizacjach oraz ciekawostki i wiadomości ze świata nauki. Uczestniczki działań zawiązały również „tajną” grupę na portalu społecznościowym, poprzez którą kontaktują się, umawiają na nieformalne spotkania, powiadamiają o ważnych wydarzeniach, a często po prostu wymieniają informacje.

Wiele kobiet, z którymi utrzymujemy kontakty, mówiło nam o chęci zaangażowania się w działania wolontaryjne i gotowości do podjęcia większej aktywności społecznej. Problemem jest brak przygotowania merytorycznego zainteresowanych lub zaplecza organizacyjnego. Dlatego włączamy kobiety w realizowany przez nasze Stowarzyszenie cykl szkoleń przygotowujących do pracy w wolontariacie. W 2015 r. przeprowadzono również szkolenie przygotowujące do prowadzenia zajęć profilaktycznych z zakresu HIV/AIDS. W szkoleniach wzięły udział kobiety z całej Polski. Dzięki temu nie tylko nasza organizacja pozyskała nowe, przygotowane merytorycznie osoby wspierające wolontaryjne działania na rzecz osób żyjących z HIV/AIDS i działania profilaktyczne.

Jako organizacja pacjencka, zrzeszająca osoby zakażone, mamy dobre rozeznanie

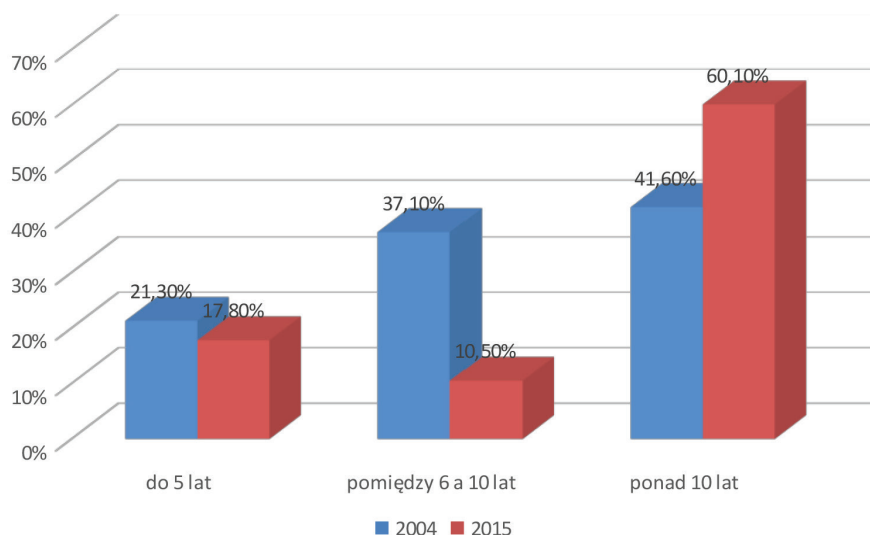
w sytuacji kobiet zakażonych i postrzegamy ją jako „naszą” sprawę. Zależy nam jednak na takim projektowaniu działań, by były odpowiedzią na problemy wszystkich zakażonych kobiet, również tych, które nie korzystają z ofert organizacji pozarządowych. Powstał pomysł by powrócić do badania „Jakości życia kobiet HIV+” zrealizowanego w latach 2003-2004 i ponownie przyjrzeć się sytuacji kobiet żyjących z HIV. Analiza wyników tego badania pozwoliła na opracowanie raportu i porównanie obecnej sytuacji kobiet z wynikami sprzed ponad 10 lat. Brak ogólnodostępnych danych o strukturze populacji osób żyjących z HIV nie pozwala na stwierdzenie, na ile struktura respondentek biorących udział w badaniu jest zbliżona ze strukturą populacji zakażonych kobiet. Dlatego rekrutację prowadzono docierając do szerokiego grona kobiet seropozitywnych, a to, że ankietkami również były kobiety zakażone, dawało większą szansę na uzyskiwanie szczerych odpowiedzi. Rozmówczyniami były kobiety, które do udziału zostały zaproszone podczas swoich wizyt w placówkach leczniczych lub wskazane przez kogoś trzeciego. Istniała również możliwość wypełniania elektronicznej wersji kwestionariusza online. Kwestionariusz był przygotowany w sposób zapewniający anonimowość, umożliwiając samodzielne wypełnianie. Uzyskane w badaniu dane pozwalają na zaznaczenie występowania pewnych zjawisk, obserwacji zmian, które zaszły od 2004 r. a także uprawniają do opisanego jako jakości życia kobiet z różnego punktu widzenia. Analiza wykazała, że zdecydowa-

nie zaznacza się zmiana w strukturze wieku i wśród kobiet zakażonych rośnie odsetek kobiet powyżej 40 roku życia (57,8 % respondentek ma powyżej 41 lat). Rośnie również liczba kobiet, które od wielu lat znają swój status serologiczny. Niepokojące jest to, że coraz częściej powodem wykonywania testu jest wystąpienie objawów chorobowych (25,8%) lub pobyt w szpitalu (16,4%). To potwierdza tezę, że w Polsce zakażenie wykrywa się często już w stadium AIDS. Można więc zakładać, że diagnostykę rozpoczęto wiele lat po zakażeniu. Powody takiej sytuacji mogą być różne, min.: brak świadomości ryzyka zakażenia czy też nie odnoszenie możliwości zakażenia na skutek ryzykownych zachowań do siebie. Również lekarze pierwszego kontaktu zbyt rzadko kierują pacjentów na testy. Nadal zmiana partnera rzadko bywa powodem wykonania testu (2,3%), a zaledwie 10,2% kobiet zdecydowało się na test z powodu ryzykownego kontaktu seksualnego.

Zmienia się też wyraźnie poziom wykształcenia kobiet: zmniejszyła się liczba respondentek o niskim wykształceniu, wyraźnie wzrosła grupa osób z wykształceniem wyższym, a najliczniej reprezentowaną grupę stanowią kobiety ze średnim wykształceniem (40%). Coraz więcej zakażonych kobiet żyje w stałych związkach i coraz częściej zamieszkują w małych miejscowościach lub na wsi (30,5%), ale aż 1/5 badanych musi poświęcać dużo czasu na dotarcie do placówki prowadzącej leczenie antyretrowirusowe. Analiza wykazała, że obecnie

Rys. 1.

Czas od diagnozy HIV



więcej niż 10 lat temu jest kobiet mających stabilną sytuację zawodową a spada liczba kobiet, które w ogóle nie pracują (Tabela 1.). Spośród kobiet pozostających bez zatrudnienia niemal 47% określa, że nie jest w stanie pracować.

Tabela 1.

Sytuacja zawodowa	2004	2015
Nie pracuję	69,2%	32,8%
Pracuję dorywczo	18,7%	12,5%
Mam stałą pracę	13,2%	27,3%
Inne, w tym własna działalność gospodarcza	2,2 %	5,5%

Kobiety, które pracują nadal często zmieniają pracę, ale motywem obecnie jest głównie chęć poprawy warunków finansowych, podczas gdy w 2004 r. były to problemy zdrowotne i ujawnienie zakażenia w miejscu pracy. Co czwarta respondentka uważa obecnie swoją sytuację materialną za dobrą, a niemal tyle samo za złą. Głównymi źródłami wsparcia pozostaje partner, rodzina i przyjaciele. Zauważalne jest, że krąg osób pozytywnie nastawionych rośnie wraz z wielkością miejscowości zamieszkania. Można stwierdzić, że środowisko wielkomiejskie

jest w znacznie większym stopniu otwarte i mniej stygmatyzuje zakażone kobiety. Wydaje się również, że same kobiety inaczej definiują swoją sytuację i związane z tym sposoby postępowania. Bardziej liczą one na siebie, są bardziej niezależne i nie oczekują pomocy z zewnątrz. Może to wynikać z faktu, że kobiety deklarują dość wysokie zadowolenie ze swojego życia (53% jest zadowolonych ale 28% nie jest zadowolona ze swojego życia), dobrze oceniają swój stan zdrowia (21% -bardzo dobrze i 68%- dość dobrze) i na korzyść zmienia się ich ocena miejsca zajmowanego w społeczeństwie (Rys.2.). Niestety aż 16% ankietowanych kobiet określiło swój ogólny stan emocjonalny jako „bliski depresji”, a 40% jako neutralny.

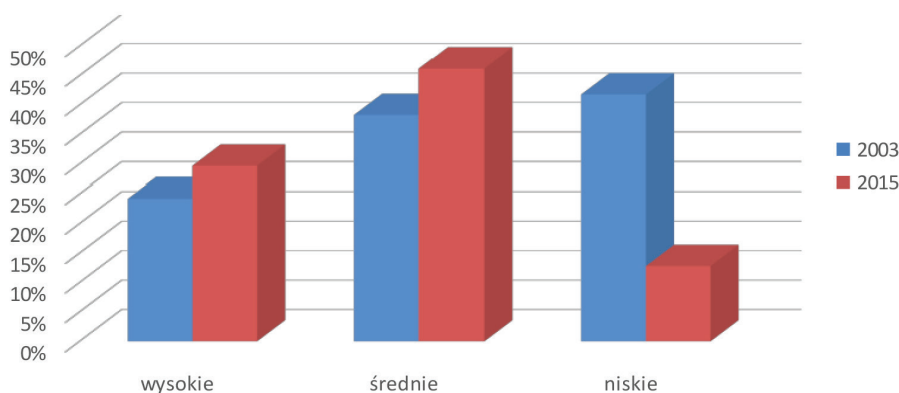
Najwięcej pozytywnych zmian odnotowano w sferach relacji z partnerem. Na relacje z partnerem nie ma większego wpływu czas, jaki upłynął od zdiagnozowania zakażenia. Dość wyraźnie wiadać, że udane życie małżeńskie wiąże się z zadowoleniem z życia i oceną własnej pozycji w społeczeństwie. Wskaźniki samooceny zdecydowanie wzrosły, a im dłuższy staż zakażenia tym wyraźnie zwiększa się samoocena. Zgromadzone w trakcie badania informacje pozwalają na ostrożne sformułowanie hipotezy, że zmienia się nastawienie społeczne wobec kobiet żyjących z HIV, a same kobiety inaczej definiują swoją sytuację i związane z tym sposoby postępowania.

Wyniki badania są uzupełnieniem i potwierdzeniem obserwacji, przekonań i doświadczeń autorek projektów Stowarzyszenia „Bądź z nami”. Potwierdzeniem skuteczności i słuszności przyjętej przez naszą organizację strategii działań jako organizacji samopomocowej, wspierającej i towarzyszącej jest również ewaluacja projektu „Pozytywny świat kobiet” zrealizowana w 2015 r. Kobiety uczestniczące w projekcie, w informacjach zwrotnych deklarowały zwiększone poczucie wsparcia społecznego, poprawę samopoczucia. Tendencję tę widać również w odpowiedziach na pytania dotyczące sytuacji psychospołecznej kobiet. Zależało nam na zbadaniu czy uczestniczki uważają, że dzięki udziałowi w projekcie lepiej radzą sobie z świadomością zakażenia. Ponad 50% uczestniczek deklarowało, że lepiej sobie z tym radzi. Dość duży odsetek kobiet (31%) nie uważało, by projekt wpłynął na ich sposób radzenia sobie z tą kwestią. Jest to spodziewana przez nas częstość takich odpowiedzi, ponieważ znaczna liczba uczestniczek to kobiety od wielu lat żyjące z HIV i w obecnej chwili nie mające z powodu zakażenia poważnych problemowych sytuacji. Z analizy ankiet wynika, że u wielu uczestniczek nastąpiła pozytywna zmiana obrazu samej siebie (46% lepiej ocenia siebie), a 57% ankietowanych ocenia, że lepiej funkcjonuje w życiu codziennym. Zapytane o ogólną ocenę programu ankietowane kobiety wystawiły bardzo pozytywną opinię i niemal wszystkie oceniły go dobrze (32%) lub bardzo dobrze (60%). Świadczy o tym również deklaracja 82 kobiet (z 84 ankietowanych), że chciałaby wziąć udział w podobnym programie, a 80 kobiet poleciłoby go swoim znajomym. W odczuciu autorek i realizatorek projektu, jego największym sukcesem, który będzie w przyszłości przynosił uczestniczkom dalsze benefity, jest integracja środowiska. Kobiety zbudowały nieformalną sieć wsparcia, która będzie funkcjonować jeszcze długo po zakończeniu projektu i która pozytywnie wpłynie na funkcjonowanie zakażonych kobiet w społeczeństwie.

Irena Przepiórka

Rys. 2.

Ocena miejsca w społeczeństwie 2004* - 2015



* Dane dla roku 2003 na podstawie podpróby kobiet, uczestniczek badania jakości życia osób zakażonych przeprowadzonym w 2003 r. na zlecenie Stowarzyszenia „Bądź z nami”

kontra 

Redakcja
Redaktor naczelna – Maryla Rogalewicz
Zastępca redaktor naczelnej – Anna Nastały-Ratusińska
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@ids.gov.pl
www.aids.gov.pl

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.