

W numerze:

Bądź mamą na medal. Zrób w ciąży wszystkie badania, w tym test na HIV.

Redakcja

str. 1

Leczenie antyretrowirusowe cudzoziemców w Polsce – cz. 2

Magdalena Gwizdak

str. 2-3

Feminizacja epidemii AIDS

Monika Ksieniewicz

str. 5-6

Relacja z Dnia Pamięci za Zmarłych na AIDS 2009

Robert P. Łukasik

str. 7

Przegląd prasy I-III 2009

Małgorzata Olczyk

str. 8

Aspekty

Organizacja Narodów Zjednoczonych przeciwko AIDS.

Tum. Aleksandra Skonieczna

Całodobowy Telefon Zaufania AIDS

(+22) 692 82 26

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

AIDS – Zielona Linia

(+22) 621 33 67

poniedziałki, środy w godz. 13:00-18:00
wtorki, czwartki i piątki w godz. 10:00-16:00

Ośrodek Informacji o HIV/AIDS

(+22) 331 77 66

info@aids.gov.pl

Poradnia Internetowa HIV i AIDS

www.aids.gov.pl

☺ Ewa GG: 8442779

Adam GG: 12452394

w środy godz. 20:00-22:30

Bądź mamą na medal.

Zrób w ciąży wszystkie badania, w tym test na HIV.



W tym roku Krajowe Centrum ds. AIDS wznowiło kampanię *Daj szansę swojemu dziecku.*

Nie daj szansy AIDS!

Głównym celem kampanii jest zachęcenie przyszłych matek – kobiet w ciąży oraz dopiero planujących macierzyństwo do wykonania testu w kierunku HIV. Chcemy, aby test na HIV stał się rutynowym

badaniem wykonywanym przez ciężarne, ponieważ jeśli kobieta wie o swoim zakażeniu i podda się profilaktyce w czasie ciąży, porodu i położu, ma prawie 100% szans na to, że jej dziecko urodzi się zdrowe. Ambasadorką Kampanii jest znana polska siatkarka – pani Małgorzata Glinka. Konferencja prasowa inauguracyjna kampanii odbyła się w Dzień Matki, 26 maja 2009r.



Gościem specjalnym konferencji była Minister Zdrowia, pani Ewa Kopacz.

Więcej informacji o samej kampanii i konferencji prasowej, a także plakat z wizerunkiem Pani Małgorzaty Glinki znajdą państwo w kolejnym numerze Kontry.

Redakcja

Leczenie antyretrowirusowe cudzoziemców w Polsce – cz. 2

Osoby spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego i Szwajcarii

Leczenie antyretrowirusowe w Polsce, zarówno obywateli polskich, jak i cudzoziemców, prowadzone jest na podstawie Programu Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia pt. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2007–2009”. Dla wszystkich zakwalifikowanych pacjentów leczenie ARV jest bezpłatne, prowadzą je wyspecjalistyczne ośrodki (kilkanaście na terenie całego kraju), wyłonione w drodze konkursu na realizatorów programu przez Krajowe Centrum ds. AIDS.

Leczeniem antyretrowirusowym mogą być objęci pacjenci zakwalifikowani do wszystkich grup świadczeniobiorców (w tym przebywający w zakładach penitencjarnych), uprawnieni do leczenia zgodnie z Ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.). Spośród cudzoziemców pochodzących spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego (Unia Europejska, Islandia, Lichtenstein, Norwegia) i Szwajcarii, możliwość korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w tym ubiegania się o terapię antyretrowirusową, mają:

- osoby, które przebywają na terytorium Polski na podstawie:
 - wizy w celu wykonywania pracy,
 - zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony,
 - zezwolenia na osiedlenie się,
 - zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Wspólnot Europejskich lub zgody na pobyt tolerowany i mają opłacone polskie ubezpieczenie zdrowotne,
- osoby, które uzyskały w Polsce status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą albo korzystają z ochrony czasowej oraz członkowie ich rodzin zamieszkują na terenie RP,
- osoby legalnie zamieszkujące terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego EFTA – Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (Norwegia, Szwajcaria, Lichtenstein i Islandia) oraz

członkowie ich rodzin, pod warunkiem że podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego albo ubezpieczają się dobrowolnie (w Narodowym Funduszu Zdrowia, na podstawie pisemnego wniosku, pod warunkiem posiadania miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej).

Cudzoziemcom, którzy uzyskali w Polsce status uchodźcy, status osoby tolerowanej lub ochronę uzupełniającą, udziela się pomocy polegającej m.in. na opłacaniu składki na ubezpieczenie zdrowotne. Tym zaś, którzy ubiegają się o nadanie statusu uchodźcy, maksymalnie do 2 miesięcy od doręczenia ostatecznej de-

cyzji w tej sprawie – a w przypadku gdy postępowanie zostało umorzone, przez okres 14 dni – przysługuje opieka medyczna w takim samym zakresie, jak osobom ubezpieczonym.

Ponadto możliwość ubiegania się o bezpłatne leczenie ARV przysługuje następującym grupom cudzoziemców pochodzących spoza EOG i Szwajcarii:

- studentom i uczestnikom studiów doktoranckich oraz absolwentom odbywającym obowiązkowy staż,
- członkom zakonów oraz alumnom wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulantom, nowicjuszom i juniorystom zakonów oraz ich odpowiednikom prze-



bywającym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy, zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony, zezwolenia na osiedlenie się, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Wspólnot Europejskich, zgody na pobyt tolerowany lub osobom, które uzyskały w Polsce status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, bądź też korzystają z ochrony czasowej na jej terytorium,

- osobom odbywającym staż adaptacyjny,
- cudzoziemcom odbywającym kursy języka polskiego oraz kursy przygotowawcze do podjęcia nauki w języku polskim, pod warunkiem, że ubezpieczają się dobrowolnie.

Dlatego też podstawowym niezbędnym warunkiem, aby rozważać rozpoczęcie terapii ARV u cudzoziemca jest posiadanie przez niego ubezpieczenia (obowiązkowego lub dobrowolnego) w Narodowym Funduszu Zdrowia. Pozostałe warunki są identyczne dla wszystkich ubiegających się o leczenie ARV i zostały szczegółowo opisane w Programie Polityki Zdrowotnej „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce”. Każdy pacjent (obywatel Polski lub cudzoziemiec, ubezpieczony lub uprawniony na innej podstawie) musi spełniać:

- kryteria medyczne: oznaczony poziom wirēmii HIV-RNA, liczba limfocytów CD4, kryteria kliniczne.
- kryteria niemedyce: gotowość pacjenta do rozpoczęcia terapii, możliwości stosowania się do zaleceń, tryb życia.

• ponadto rozważa się: zaawansowanie infekcji HIV, potencjalne działania uboczne leków, współwystępowanie schorzeń, takich jak gruźlica, choroby wątroby, depresja lub choroby psychiczne, schorzenia sercowo-naczyniowe lub uzależnienia od substancji psychoaktywnych, potencjalne interakcje leków antyretrowirusowych z innymi lekami.

Istotne, zwłaszcza dla tej grupy cudzoziemców, którzy pochodzą spoza EOG i Szwajcarii, są opisane w Programie kryteria wykluczenia, a mianowicie: leczenia antyretrowirusowego nie rozpoczyna się u osób, które nie gwarantują ścisłej współpracy oraz u osób nierokujących kontynuacji leczenia z innych powodów. To w sposób niejako naturalny powoduje niewprowadzanie do terapii ARV wielu cudzoziemców, zwłaszcza tych, co do których można przypuszczać, iż w stosunkowo niedługim czasie opuszczą terytorium Polski. Nie jest to jednak zapis mający na celu dyskryminację cudzoziemców, ani też nie prowadzi do systematycznego ich niewprowadzania/wykluczenia z leczenia antyretrowirusowego w Polsce. Terapia ARV jest leczeniem wysokospecjalistycznym, trudnym, wymagającym od pacjenta ogromnej samokontroli i systematyczności. Przerwanie jej, choćby chwilowe (np. wyjazd pacjenta z kraju), mogłoby mieć dla niego tragiczne konsekwencje terapeutyczne.

Od ww. reguł Program Polityki Zdrowotnej pt. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2007–2009” przewiduje jednak niezwykle istotne wyjątki. Terapie ARV dzieci zakażonych HIV i chorych na AIDS, a także leczenie noworodków i niemowląt urodzonych przez matki zakażone HIV (profilaktyka zakażenia wertykalnego u noworodka – Retrovir (zgodnie z rekomendacjami) jest prowadzone bez ograniczeń. Oznacza to, że na terenie Polski każda seropozytywna kobieta w ciąży (bez względu na obywatelstwo, ubezpieczenie itp.) może liczyć na leczenie zapobiegające zakażeniu wertykalnemu jej dziecka oraz każde dziecko przebywające na terenie Polski (również bez względu na obywatelstwo, posiadanie lub nie ubezpieczenia) może liczyć na leczenie ARV. Za dziecko uważa się każdą osobę, która nie ukończyła 18. roku życia.

Kolejnym wyjątkiem, kiedy kraj pochodzenia, ubezpieczenie czy uprawnienie na innej podstawie nie mają żadnego znaczenia, jest wykonanie testu na HIV. Bez skierowania, bezpłatnie i anonimowo, w jednym z punktów konsultacyjno-diagnostycznych może go wykonać każdy – Polak i cudzoziemiec.

*Magdalena Gwizdak
prawnik współpracujący
z Krajowym Centrum ds. AIDS
udzielający bezpłatnych porad
m.gwizdak@centrum.aids.gov.pl*



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

Jeśli chcą Państwo, aby ważne wiadomości (np. o wydarzeniach związanych z HIV/AIDS) znalazły się w e-Kontrze, prosimy przesłać pełną informację na wyżej podany adres o temacie „Prośba o zamieszczenie informacji w e-Kontrze”



W imieniu Ogólnopolskiej Sieci Osób Żyjących z HIV/AIDS „SIEĆ PLUS”, z prawdziwą przyjemnością pragniemy zaprosić osoby seropoztywne do wzięcia udziału w XIII Ogólnopolskim Spotkaniu Osób Żyjących z HIV/AIDS, które odbędzie się w dniach 14–19 września 2009 r. na Kaszubach.

XIII Spotkanie będzie okazją do podzielenia się naszymi życiowymi doświadczeniami, troskami i radościami oraz da możliwość uczestniczenia w ciekawych warsztatach i wykładach, które będą prowadzone przez specjalistów różnych dziedzin związanych z problematyką HIV/AIDS. Będzie to również okazją do wzajemnego poznania się.

Koszty związane z udziałem w XIII Spotkaniu oraz przejazd z/do Gdańska autokarami pokrywa organizator. Przejazd do/ze stacji Gdańsk Główny lub bezpośrednio na miejsce spotkania uczestnik pokrywa we własnym zakresie.

Jeżeli jesteś zainteresowany wzięciem udziału w XIII Spotkaniu, skontaktuj się z nami telefonicznie 022 844 77 10 lub 608 576 101, faxem 022 854 03 10, email: netplus@netplus.org.pl lub listownie: STOWARZYSZENIE „SIEĆ PLUS”, skr. poczt. nr 20, 02-671 Warszawa 108.

Nabór uczestników trwać będzie do 15 lipca 2009 r. Karty rejestracyjne można otrzymać bezpośrednio w biurze „SIECI PLUS”, drogą pocztową lub emailową.

Oплата rejestracyjna wynosi 50 zł.

SALON AKCEPTACJI

dla osób seropozytywnych, którym trudno przystosować się do nowej sytuacji życiowej.

Spotkania z udziałem lekarza specjalisty i psychoterapeuty odbywać się będą w lokalu „SIECI PLUS” w Warszawie przy ul. Modzelewskiego 63 (stacja metra WIERZBNO)

w godz. 13:00–17:00

11 lipca, 17 października, 22 sierpnia, 18 września (podczas XIII Spotkania), 7 listopada, 19 grudnia

POZYTYWNY PIĄTEK

dla wszystkich seropozytywnych kochających inaczej

Spotkania z udziałem lekarza specjalisty odbywać się będą w lokalu „SIECI PLUS” w Warszawie przy ul. Modzelewskiego 63 (stacja metra WIERZBNO)

w soboty w godzinach 13.00–17.00,

17 września (podczas XIII Spotkania), 4 lipca, 1 sierpnia, 3 października, 21 listopada, 19 grudnia

Zgłoszenie uczestnictwa w Salonie Akceptacji i Pozytywnych Piątkach najpóźniej do czwartku poprzedzającego sobotę telefonicznie lub SMSem pod numer 0601 576 101 lub 022 844 77 10.

Zwrot za przejazd wg taryf zniżkowych i specjalnych PKP.

Serdecznie zapraszamy na stacjonarny

UNIwersyT WIEDZY POZYTYWNEJ

w dniu 20 czerwca 2009 r. (sobota) godz. 11.00–18.00
w siedzibie Stowarzyszenia „SIEĆ PLUS”
ul. Modzelewskiego 63

W trakcie spotkania będą poruszane następujące zagadnienia:

- Prawa socjalne – wykład dotyczący uprawnień socjalnych związanych z życiem z HIV/AIDS
- Najnowsze informacje o HIV/AIDS – wykład merytoryczny
- Bezpieczniejszy seks – pozytywna prewencja – zajęcia praktyczne
- Psychospołeczne aspekty życia z HIV/AIDS – zajęcia praktyczne
- Moje prawa – wykład dotyczący praw człowieka, pacjenta, pracownika

Chętne osoby prosimy o zgłaszanie się telefonicznie pod numer 22 844 77 10 od poniedziałku do piątku w godzinach 10.00–16.00 lub osobiście w siedzibie „SIECI PLUS”.

Serdecznie zapraszamy.
Ogólnopolska Sieć Osób Żyjących z HIV/AIDS „SIEĆ PLUS”

Feminizacja epidemii AIDS

Edukacja jest najskuteczniejszą bronią, by zmieniać świat. Nie umielibyśmy obejść się bez niej w walce z AIDS. Edukacja ratuje ludzkie istnienia – twierdził Nelson Mandela. AIDS jak w soczewce pokazuje nierówności i niesprawiedliwości tego świata, a fakty są przerażające: stale wzrasta liczba zakażeń HIV wśród młodych osób, przede wszystkim wśród dziewcząt. W krajach rozwijających się 67% przypadków nowych zakażeń dotyczy osób w wieku 15–24 lat, z czego aż 64% stanowią kobiety. W krajach Afryki prawdopodobieństwo zakażenia HIV wśród kobiet w tym przedziale wiekowym jest dwukrotnie wyższe niż wśród mężczyzn. W niektórych regionach różnica jest sześciokrotna. W Afryce Wschodniej i Południowej ponad 1/3 dziewcząt jest zakażona HIV. Na tym kontynencie kobiety stanowią 57% zakażonych, a wśród młodszych osób ten wskaźnik jest jeszcze wyższy i sięga aż 75%. Przyczyniają się do tego także związki bardzo młodych, często 14-, 15-letnich kobiet z bogatymi 60-latkami, tzw. *sugar daddies*, którzy mają za sobą bogate życie seksualne i często są zakażeni HIV.

Na forum ONZ, Unii Europejskiej i innych międzynarodowych instytucji mówi się o zjawisku feminizacji epidemii. Działania prewencyjne przeciw rozprzestrzenianiu się HIV nie są skuteczne w przypadku kobiet i dziewcząt, ponieważ nie uwzględniają specyfiki relacji międzypłciowych i zachowań seksualnych. A według *gender mainstreaming*, czyli wprowadzania perspektywy równości płci do wszystkich polityk państwa, w tym polityki zdrowotnej, teorii promowanej przez ONZ od 1995 r. i UE od 1996 r., teoretycznie powinny.

Kobiety są dwukrotnie bardziej niż mężczyźni narażone na zakażenie HIV podczas stosunku bez zabezpieczenia. Ponadto pozostają zależne od współdziałania mężczyzn w celu ochrony własnej przed zakażeniem. Wirus wnika do organizmu przez delikatną błonę śluzową narządów płciowych – a jej powierzchnia u kobiety jest znacznie większa niż u mężczyzny. Jeśli kobieta ma jakieś podrażnienia, pęknięcia błony śluzowej lub nadżerkę, czy grzy-

bicę ryzyko zakażenia rośnie. Do tego mogą dochodzić uszkodzenia tkanki związane z porodami. Po niezabezpieczonym prezerwatywą stosunku potencjalnie zakażone nasienie w organizmie kobiety przebywa godzinami, podczas gdy dla mężczyzny zagrożenie kończy się z momentem wyjęcia członka z pochwy. Względy społeczne też działają na niekorzyść kobiet. Przemoc domowa jest największym światowym problemem z zakresu praw człowieka i zdrowia publicznego. Na świecie od 10 do 50% kobiet przynajmniej raz w życiu doświadcza fizycznej przemocy ze strony partnera. Często towarzyszy temu przemoc seksualna. We wszystkich krajach świata przemoc w domu jest jedną z głównych przyczyn obrażeń, jakich doznają kobiety. Wiąże się ona również z dyskryminacją i podporządkowaniem. Rośnie liczba gwałtów i innych przestępstw seksualnych w wyniku działań wojennych. Wszystko to sprzyja zakażeniom HIV w żeńskiej populacji.

Wiele kobiet z różnych przyczyn boi się powiedzieć „nie” lub domagać się bezpieczniejszego seksu. W Afryce 33% młodych kobiet boi się odmówić kontaktu seksualnego, a 55% odbyło niechciany stosunek płciowy ze względu na naleganie partnera. 20–48% dorastających dziewcząt w wieku od 10 do 25 lat twierdzi, że ich pierwszy stosunek płciowy został wymuszony przez partnera.

Pomimo zwiększenia praw kobiet do własności i dziedziczenia w skali ogólnoswiatowej, kobiety w wielu krajach rozwijających się są tych praw praktycznie pozbawione. Uzyskują prawo do ziemi i własności prywatnej z chwilą zawarcia małżeństwa i tracą je, gdy małżeństwo ustaje. W Namibii, w wyniku sporu z powinowatymi po śmierci męża 44% wdów utraciło bydło, 28% drobny inwentarz, a 41% sprzęt gospodarczy. Brak domu i ziemi ogranicza możliwości ekonomiczne kobiet, a tym samym drastycznie zmniejsza poczucie bezpieczeństwa, powoduje ubóstwo i bezdomność. Nasila się także przemoc wobec kobiet. Na całym świecie oczekuje się od kobiet zaangażowania w obowiązki domowe oraz zapewnianie opieki członkom rodziny. Do tego dołącza się ubóstwo



i nieskuteczna pomoc społeczna. Prowadzi to do sytuacji kryzysowej o daleko sięgających konsekwencjach społecznych, zdrowotnych i gospodarczych.

Bezplatna praca domowa kobiet, czyli gotowanie, pranie czy pozyskiwanie wody oraz opieka nad dziećmi i starszymi lub chorymi członkami rodziny, stanowi ogromny wkład w rozwój gospodarki państwa. Wkład ten nie jest ani zauważany, ani doceniany. Obciążone obowiązkami domowymi kobiety nie uczestniczą w podziale dochodu narodowego, edukacji oraz nie zdobywają doświadczenia zawodowego. AIDS zwiększa feminizację ubóstwa i ubezwłasnowolnienia kobiet, przede wszystkim w biednych krajach. Badanie przeprowadzone w Tanzanii wykazało, że w rodzinach, w których któryś z domowników był chory na AIDS, 29% prac domowych wiązało się z tą chorobą.

W wielu krajach kobiety nie mają dostępu do opieki zdrowotnej, szczególnie do drogiej terapii. Priorytetem krajów objętych pandemią powinno być zapewnienie równego dostępu do systemu opieki nad osobami z HIV/AIDS, do korzystania z podstawowych usług



medycznych, leków ARV oraz wsparcia psychologicznego dla kobiet i mężczyzn. Badania wskazują, że opieka nad chorymi na AIDS zapewniona jest przede wszystkim w domu. Sprawują ją głównie kobiety i dziewczęta, często pozbawione wsparcia materialnego i moralnego. Nie mają one dostępu do informacji, leków ani podstawowych środków, chociażby rękawiczek. Często nie stać ich na zapewnienie edukacji swoim dzieciom, na podstawowe produkty żywnościowe. Obciążenia psychiczne i fizyczne z tym związane powodują, że kobiety zaniedbują własne zdrowie fizyczne i psychiczne.

Dziewczęta rzadziej uczęszczają do szkół niż chłopcy, ponieważ rodzice są bardziej skłonni inwestować swoje ograniczone zasoby finansowe w edukację synów. Większość rodzin nie dostrzega korzyści z edukacji córek, których życiową rolą jest małżeństwo, założenie rodziny oraz wypełnianie obowiązków domowych. W wielu społecznościach dostęp dziewcząt do edukacji ograniczony jest przez liczne zajęcia domowe, wczesną ciążę, brak dostępu do środków materialnych, a nawet brak wyżywienia. Obowiązki związane z opieką nad chorymi rodzicami i młodszym rodzeństwem, spadają na dziewczęta, co uniemożliwia im uczęszczanie do szkoły. Dzieje się tak szczególnie w społeczeństwach dotkniętych epidemią AIDS. Często oczekuje się od dziewczynki i młodych kobiet niewielkiej wiedzy na temat seksu i płciowości, a to zwiększa ryzyko zakażenia HIV. Badania pokazują, że niewiele dziewcząt i chłopców w wieku 15-19 lat posiadało podstawową wiedzę z tego zakresu. Nadal popularny jest mit, że stosunek seksualny z dziewczyną może wyleczyć AIDS. To samo jest z profilaktyką HIV – w Wietnamie młode kobiety twierdzą, że wirusem można się zakazić na skutek ukąszenia komara! Uczęszczanie do szkoły pełni funkcję ochronną: oddala w czasie pierwszy stosunek płciowy, zwiększa wiedzę na temat zapobiegania HIV, a także zwiększa prawdopodobieństwo użycia prezerwatyw przez dziewczęta aktywne seksualnie. Potrzebne jest stworzenie metod, które

pozwolą kobietom na świadomą ochronę przed zakażeniem HIV. Na początku lat 90. stworzono co prawda specjalną prezerwatywę dla kobiet, ale jest ona niewygodna w użyciu, droga, a do tego nieprzyjemnie szeleści. Teraz naukowcy testują liczne środki chemiczne, które niszczyłyby HIV zaraz po stosunku albo uniemożliwiałyby wnikanie zarazka przez błonę śluzową do organizmu. W 2002 r. Fundacja Rockefellerów szacowała, że aby pod koniec dekady środki bakteriobójcze mogły wejść na rynek konieczne są inwestycje rzędu 775 milionów dolarów, podczas gdy światowe środki przeznaczone na badania wynoszą 343 miliony dolarów. Naukowcy z Londyńskiej Szkoły Higieny i Medycyny Tropikalnej wykazali, że nawet 60-procentowa skuteczność środków bakteriobójczych znacznie wpłynęłaby na ograniczenie epidemii AIDS w 73 krajach o najniższym dochodzie. Jeśli byłyby one używane jedynie przez 20% kobiet, w ciągu trzech lat można by zapobiec 2,5 mln nowych zakażeń wśród ogółu ludności. Feminizacja HIV/AIDS stwarza też wiele pułapek i paradoksów. Na przykład w Afryce młode mężatki zakażają się dziś znacznie częściej niż kobiety niezamężne. Wydawałoby się to kompletnie nielogiczne, tymczasem Afrykanka, szczególnie muzułmanka, nie ma wpływu na swoje życie seksualne. Jej mąż decyduje, kiedy i w jaki sposób dojdzie do zbliżenia. A ponieważ mężczyźni nie stronią od seksu pozamałżeńskiego, więc kobieta po ślubie narażona jest na znacznie większe ryzyko zakażenia niż jej niezamężna koleżanka, która po pierwsze może nie zgodzić się na seks, a po drugie ma możliwość poprosić o użycie prezerwatywy. Mężatka nie ma w tej sprawie nic do powiedzenia. W Kisumu (Zimbabwe) badania wykazały, że większość kobiet została zakażonych przez swoich mężów. Przekonanie kobiet, że nie mają prawa prosić męża o używanie prezerwatyw, wzmacnia zagrożenie. W Zambii jedynie 11% kobiet uważa, że mogą to zrobić. W Rosji z kolei mężczyzna na prośbę kobiety, żeby założył prezerwatywę, odpowiada: „Zdradzałaś mnie?!”.



Przykład Rosji pokazuje wyraźnie, że problem kobiet to też problem dzieci. Młoda Rosjanka posiadająca dzieci i uzależniona od narkotyków nie przyjdzie do punktu bezpłatnej wymiany igieł, bo odwiedzenie takiego punktu jest równoznaczne z tym, że bierze narkotyki. A to z kolei znaczy, że jest złą matką i należy odebrać jej dzieci. Punkty wymiany igieł w krajach byłego ZSRR to niestety wyłącznie męski świat.

Postęp w leczeniu HIV sprawił, że ludzie są bardziej beztroscy w odniesieniu do ryzyka zakażenia. Obserwowane jest zjawisko „zmęczenia zapobieganiem” – spada m.in. odsetek osób regularnie stosujących prezerwatywy. AIDS postrzegamy jako przewlekłą chorobę, ale już nie śmiertelną – ostrzega wirusolog Françoise Barre-Sinoussi, która w 2008 roku otrzymała Nagrodę Nobla za odkrycie wirusa HIV. W popularnej książce „Berek” Marcina Szczygielskiego i sztuce napisanej na jej motywach, główny bohater mówi o tym z desek teatru Komedia między jednym żartem sytuacyjnym a drugim! Jednak nie można zapomnieć, że epidemia HIV wciąż pochłania kolejne ofiary, często te najbardziej bezbronne: kobiety i ich dzieci.

*Monika Ksieniewicz
Koordynator współpracy
międzynarodowej,
Departament ds. Kobiet, Rodziny
i Przeciwdziałania Dyskryminacji,
Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej*

Bibliografia:

1. HIV/AIDS: the Gender dimension, UNDP 2004.
2. The Gender and HIV/AIDS UNIFEM 2005.
3. The equal sharing of responsibilities between women and man, including caregiving in the context of HIV/AIDS, DAW 2008.
4. Zwalczenie HIV/AIDS w UE i w państwach z nią sąsiadujących – Konkluzje Rady UE Bruksela 2007.
5. Kobiety a AIDS, dr P. Piot, dr K. Cravero w: Czarna księga kobiet, red. C. Ockrent, WAB 2007.

Relacja z Dnia Pamięci za Zmarłych na AIDS 2009

Together, We Are The Solution

Moim pragnieniem jako jednego z głównych organizatorów 26. Światowego Dnia Pamięci o Zmarłych na AIDS w Warszawie było, aby uczcić święto życia, mimo iż wspominaliśmy tych, którzy zmarli z powodu AIDS. Dużo i często mówi się o HIV w kategoriach smutku, śmierci, ryzyka, zagrożenia, itp... Zapominamy przy tym o tych Wszystkich, którzy mimo wielu przeciwności losu, zmagania się z terapią antyretrowirusową i stygmatyzacją społeczną normalnie funkcjonują i co najważniejsze potrafią cieszyć się życiem. Dlatego też wspólnie z wolontariuszami „Pozytywnych w Tęczy” postanowiliśmy poprzez zabawę i muzykę powspominać tych, którzy zmarli na AIDS i razem z tymi, którzy żyją pozytywniej spojrzeć w przyszłość!

Tegoroczne obchody Memorial AIDS Day w Warszawie rozpoczęły się już 14 maja koncertem charytatywnym w Klubie Rasko. Wystąpili: sobowtórzy Freddiego Mercurego, Maryli Rodowicz i Dody, plejada wybitnych polskich Drag Queen – Żaklina, Pussy, Lady Camila oraz Zespołu GROOVEBUSTERZ.



W sobotę, razem z wolontariuszami Stowarzyszenia „Bądź z Nami” cały dzień jeździliśmy po Warszawie kolorowym, rozbrzmiewającym muzyką Tramwajem Profilaktycznym, w którym rozmawialiśmy z pasażerami, udzielaliśmy porad i konsultacji oraz rozdawaliśmy ulotki. Mimo mało sprzyjającej aury zainteresowanie warszawiaków było bardzo duże.

W sobotę wieczorem odbył się galowy koncert charytatywny „Together, We Are The Solution”, który tradycyjnie odbył się w Klubie Galeria. Koncert Pamięci poprowadził Tomasz Raczek. Jako pierwsza wystąpiła na scenie Danuta Błażejczyk. Mocnym jazzowym głosem zaśpiewała zarówno swoje prze-

boje, jak i covery znanych polskich artystów. Z Poznania przyjechał Gabriel Flešzar w towarzystwie swojego przyjaciela i gitarzysty, Kostka Andrejewa.

W przerwach razem z Tomaszem Raczkiem prowadziliśmy licytację przedmiotów przekazanych przez artystów biorących udział w koncercie.

Trzecią gwiazdą wieczoru był sobowtór Freddiego Mercurego, który rozpoczął swój występ utworem „We Are The Champions”. Pasjonująca i pełna humoru interpretacja najbardziej znanych utworów zespołu Queen wprowadziła wszystkich w doskonały nastrój.

W dzień głównych obchodów, 17 maja, spotkaliśmy się wszyscy na Placu Zamkowym w Warszawie, gdzie zapaliliśmy 965 świec, układając je w kształt czerwonej kokardki. Zjednoczenie „Pozytywni w Tęczy” zaprezentowało ogromny patchwork (3x6 metrów), uszyty wspólnie przez 18 organizacji z całej Polski, jako symbol pamięci o tych, którzy odeszli od nas z powodu AIDS. Oficjalnego podsumowania obchodów Memorial AIDS Day w Warszawie wspólnie dokonali: wiceprezydent m. st. Warszawy

Włodzimierz Paszyński, dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS Anna Marzec-Bogusławska i przewodniczący Ogólnopolskiej Sieci Osób Ż y j ą c y c h

z HIV/AIDS „Sieć Plus” Wojciech J. Tomczyński.

Dziękuję wszystkim, którzy zaangażowali się w realizację tegorocznych obchodów i przyczynili się do uświetnienia tego szczególnego dla mnie dnia: wolontariuszom, sponsorom, oraz wszystkim organizacjom biorącym czynny udział w projekcie „Patchwork One”. Do zobaczenia w przyszłym roku!

Robert P. Łukasik

Prezes Zjednoczenia na Rzecz Żyjących z HIV/AIDS „Pozytywni w Tęczy”

www.pozytywniwteczy.pl

www.memorial2009.pl

www.patchwork.org.pl



Białostok ku pamięci tych, którzy odeszli

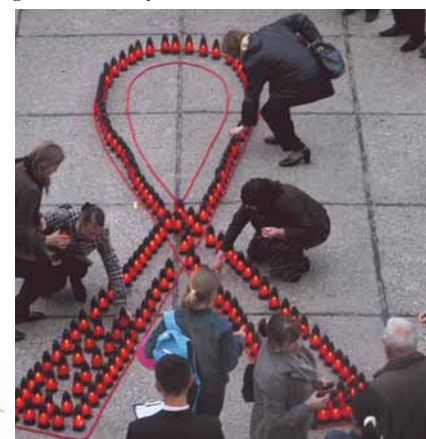
Nie tylko Warszawa uczciła ten dzień. Także mieszkańcy Białegostoku spotkali się, aby wyrazić swoją solidarność z osobami żyjącymi z HIV, chorymi na AIDS i ich bliskimi.

Białostoczanie licznie zgromadzeni w Auli Magna Uniwersytetu Medycznego wysłuchali koncertu Chóru Uniwersytetu Muzycznego Fryderyka Chopina w Białymstoku, który wykonał mszę gospel.

Po koncercie na dziedzińcu Pałacu Branickich uczestnicy zapalili znicze symbolizujące osoby, które odeszły z powodu AIDS. Płonąca wstążka, ułożona z czerwonych lampek miała przypomnieć wszystkim zgromadzonym o tym, jak ważna jest pamięć o tych, którzy zmarli, ale również o tych, których ta choroba może dotknąć. Ochroną przed zakażeniem HIV jest wiedzieć i zapobiegać. Takie przesłanie było celem organizatorów: Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Białymstoku, Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego oraz Urzędu Miejskiego w Białymstoku.

Maria Siwak

Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Białymstoku



Przegląd prasy I–III 2009

TERAPIE GENOWE

W prasie pojawiły się ostatnio informacje o wynikach największych jak dotąd badań klinicznych z zastosowaniem terapii genowej. Amerykańscy naukowcy postanowili zaingerować w proces replikacji HIV i w ten sposób powstrzymać rozprzestrzenianie się wirusa w układzie odpornościowym. W grupie chorych, której zaaplikowano nowy sposób leczenia, badania laboratoryjne wykazały mniejszą liczbę kopii wirusa, a jednocześnie większą liczbę komórek CD4+. Co prawda, poprawa stanu zdrowia nastąpiła dopiero po 100 tygodniach i nie były to zmiany bardzo znaczące, ale – według naukowców – to obiecujący trop, który w przyszłości może odegrać dużą rolę w leczeniu osób żyjących z HIV.

Badacze z Rockefeller University w Nowym Jorku zmodyfikowali gen HIV. Polegało to na zastąpieniu jednego z genów wirusa jego małpim odpowiednikiem pochodzącym od pokrewnego wirusa o nazwie SIV. Tak przekształcony HIV po wstrzyknięciu do organizmu zwierzęcia zachowuje się podobnie jak u człowieka – z tą różnicą, że nie prowadzi do rozwoju AIDS. Dzięki tej zmianie, ludzki wirus może zakażać małpy. Ta zmiana w niedalekiej przyszłości może pozwolić testować na zwierzętach szczepionki i leki na HIV.

NAJNOWSZE METODY PROFILAKTYCZNE

Prasa doniosła także o nowych odkryciach naukowców pracujących nad HIV. Badacze z Uniwersytetu w Minnesocie wyodrębnili składnik, który stosowany w postaci żelu, blokuje przenoszenie drogą płciową wirusa SIV wśród małp. Naukowcy dowodzą, że odkrycie substancji stosowanej bezpośrednio na waginę, to ważny krok w rozwoju mikrobicydów. Mają nadzieje, że ich odkrycie doprowadzi do opracowania kremów i żeli zapobiegających przedostaniu się wirusa HIV do komórek.

NORWEDZY SZUKAJĄ SZCZEPIONKI

Na łamach prasy wiele uwagi poświęcono nowościom na rynku farmaceutycznym, które mają zająć istotne miejsce w leczeniu

osób seropozytywnych. Norweska firma Bionor Immun podjęła próbę wyprodukowania szczepionki. Ma to być medykament nie tyle hamujący rozwój wirusa, ile wzmacniający układ odpornościowy człowieka. Początkowo szczepionka miałaby zastąpić terapię antyretrowirusową, z czasem jednak mogłaby zostać ulepszona i stać się lekiem na HIV. Podobno specyfik jest już na etapie testów, a dotychczasowe wyniki są obiecujące.



PROFILAKTYKA PRZEDESKPOZYCYJNA

Profilaktyka przeddekspozycyjna to nowa strategia walki z wirusem, o której coraz częściej mówi się w świecie naukowców i lekarzy. Osobom mającym kontakty seksualne bez użycia prezerwatywy podaje się tabletki Tenofovir (Viread) i Truvada (kombinacja dwóch leków). Obydwa specyfiki przyjmuje się raz dziennie. Dotychczasowe rezultaty badań klinicznych prowadzonych w Ghanie, Nigerii i Kamerunie, na które m.in. Fundacja Billa i Melindy Gatesów przeznaczyła 6,5 miliona dolarów, są bardzo obiecujące.

O ŻYCIU SEKSUALNYM POLAKÓW

Przeprowadzone przez firmę Durex Światowe badania życia seksualnego pokazało, że prawie 18% badanych Polaków nie zna lub nie zdaje sobie sprawy z zagrożeń, jakie niosą choroby przenoszone drogą płciową. Jednocześnie Polacy uznali, że najważniejszy problem, o którym powinno się mówić w czasie edukacji seksualnej to zagrożenie HIV/AIDS. Uznali też za zasadne inwestowanie w rozwój badań nad szczepionkami chroniącymi przed zakażeniem HIV.

Interesujące spostrzeżenia wynikają też z badań prof. Zbigniewa Izdebskiego. Wynika z nich, że społeczeństwo polskie nie boi się osób zakażonych HIV i częściej

wyraża gotowość pomocy. Osoby z HIV/AIDS są też akceptowane w rodzinach, co kilka lat temu było rzadkością. Z drugiej jednak strony Polacy nie dopuszczają myśli, aby ich partner mógł ich zakażyć. Ponad 75% Polaków w ogóle nie myśli o tym, aby wykonać test w kierunku HIV.

Badania na temat wiedzy o HIV/AIDS i zachowań seksualnych przeprowadzono też wśród studentów Uniwersytetu Warszawskiego. Wynika z nich, że studenci,

szczególnie pierwszego roku, mają znikomą wiedzę na temat bezpieczniejszego seksu. U większości studentów rozpoczynających naukę na uczelni panuje przekonanie, że wirusa przenosi komar, wielu z nich nie wie, że ryzyko zakażenia zwiększa uprawianie seksu w czasie menstruacji (nie zdają sobie z tego sprawy nawet ci, którzy wiedzą, że HIV przenoszony jest przez krew). Studenci są świadomi swej nieznajomości problemu – znaczna część przyznaje, że ich wiedza na temat HIV/AIDS jest niewystarczająca.

PIELGRZYMKA BENEDYKTA XVI DO AFRYKI

Najwięcej publikacji w pierwszym kwartale poświęcono wizycie Ojca Świętego na Czarnym Lądzie. Pielgrzymka papieża do Kamerunu i Angoli wywołała wielkie poruszenie w dziennikarskim świecie. Słowa Benedykta XVI wypowiedziane w rozmowie z dziennikarzami, w których wyraził przekonanie, że „pieniądze i dystrybucja prezerwatyw w krajach zagrożonych epidemią AIDS nie przewyższą problemu, a wręcz przyczynią się do jego zwiększenia” stały się powodem wielu kontrowersji i tematem dyskusji zwolenników i przeciwników stanowiska, jakie w tej kwestii zajmuje Watykan.

Małgorzata Olczyk

kontra 

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

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

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.