



W numerze:

Raport UNAIDS z okazji Światowego Dnia AIDS 2022

M. Wawer

Str. 1-4

Wybrane działania z profilaktyki HIV/AIDS - PSSE w Nowym Dworze Mazowieckim

A. Jaworska

Str. 4-9

Aspekty

Czy niewykrywalny patogen jest zawsze niezakaźny? Krwiodawstwo: nie zawsze!

P. Grabarczyk

Telefon Zaufania AIDS

800 888 448*
od pn. 09:00 do pt. 21:00**

*połączenie bezpłatne

**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

Ośrodek Informacji o HIV/AIDS

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

Poradnia Internetowa HIV/AIDS

aids.gov.pl/pi

Więcej informacji

aids.gov.pl

facebook.com/kcaids

Raport UNAIDS z okazji Światowego Dnia AIDS 2022 - "Dangerous Inequalities" („Groźne nierówności")

Jak co roku, z okazji Światowego Dnia AIDS 2022, UNAIDS opublikowało nowe dane dotyczące epidemii HIV za rok 2021. Oto najważniejsze z nich.

ŚWIAT

- W 2021 roku 28.7 milionów osób korzystało z terapii antyretrowirusowej.
- W 2021 roku na świecie żyło 38.4 milionów [33.9 – 43.8] osób HIV+.
- W 2021 roku zanotowano ok. 1.5 miliona [1.1 – 2.0] nowych przypadków HIV.
- W 2021 roku 650 tysięcy [510 000–860 000 miliona] osób zmarło z powodu AIDS.
- Od początku epidemii, HIV zakażyło się 84.2 miliona [64.0 – 113.0] osób.
- Od początku epidemii 40.1 miliona [33.6 – 48.6] osób zmarło z powodu AIDS.

OSOBY HIV+

W 2021 roku na świecie żyło 38.4 milionów [33.9 – 43.8] osób HIV+. Z czego:

- 36.7 miliona [32.3 – 41.9] dorosłych (>15 r.ż.) oraz
- 1.7 miliona [1.3 – 2.1] dzieci (<14 r.ż.).
- 54% wszystkich osób zakażonych stanowiły kobiety i dziewczęta.
- 85% [75 - 97%] wszystkich zakażonych znało swój status serologiczny.
- Ok. 5.9 miliona zakażonych nie było świadomych tego faktu.

Osoby HIV+ objęte terapią antyretrowirusową

W końcu grudnia 2021, 28.7 miliona osób żyjących z HIV miało dostęp do terapii ARV, w porównaniu do 7.8 miliona [6.9 – 7.9] w roku 2010.

W roku 2021, ok. 75% [66 – 85%] wszystkich osób żyjących HIV miało dostęp do terapii ARV.

- 76% [67 – 87%] osób dorosłych od 15 r.ż. HIV+ korzystało z terapii ARV, ale już tylko 52% [42–65%] dzieci wieku od 0–14 lat miało do niej dostęp.
- 80% [72 - 91%] dorosłych kobiet > 15 r.ż. korzystało z terapii ARV, ale zaledwie 70% dorosłych mężczyzn > 15 r.ż. [61-82%] miało do niej dostęp.
- W 2021 81% [63 – >97%] kobiet ciężarnych HIV+ przyjmowało leki ARV chroniące ich dzieci przed transmisją wirusa.

Nowe przypadki HIV

W roku 2021 na całym świecie, zanotowano 1.5 miliona [1.1 – 2.0] nowych przypadków HIV w porównaniu do 3.2 miliona [2.4 milionów – 4.3 milionów] w 1996, kiedy to epidemia osiągnęła swoje apogeum. Oznacza to 54% spadek liczby nowych zakażeń.

W 2021 roku 49% wszystkich nowych zakażeń dotyczyło populacji dziewcząt i kobiet.

Od roku 2010, liczba nowych zakażeń HIV spadła o 32%, z 2.2 miliona [1.7–2.9] do 1.5 miliona [1.1–2.0] w roku 2021.

Od roku 2010 liczba nowych przypadków zakażeń HIV wśród dzieci spadła o 52%, z 320 000 [220 000–480 000] w 2010 do 160 000 [110 000–230 000] w 2021.

Liczba zgonów z powodu AIDS

Liczba zgonów z powodu AIDS spadła o ponad 68% od momentu, kiedy to w roku 2004 osiągnęła swoją najwyższą wartość, a od 2010 spadła o 52%.

W roku 2021, 650 000 [510 000 – 860 000] osób zmarło z powodu AIDS, w porównaniu do 2.0 miliona [1.6–2.7] z roku 2004 oraz do 1.4 miliona [1.1–1.8] z roku 2010.

Od roku 2010 liczba zgonów z powodu AIDS wśród dziewcząt i kobiet spadła o 57%, a o 47% wśród chłopców i mężczyzn.

Cele 95-95-95

W roku 2021, 85% [75->97%] osób żyjących z HIV znało swój status serologiczny.

88% z tych osób [78->98%] było objętych terapią antyretrowirusową.

U 92% z nich [81->98%] poziom wirusa pozostawał na niewykrywalnym poziomie.

Kobiety

Co tydzień, ok. 4 900 młodych kobiet (w wieku 15-24 lat) zostaje zakażonych HIV. Na terenie Afryki Subsaharyjskiej, sześć na siedem nowych przypadków HIV jest diagnozowanych wśród dziewczynki i dziewcząt w wieku 15-19 lat. W przypadku dziewcząt i młodych kobiet (w wieku 15-24) prawdopodobieństwo zakażenia HIV jest

dwa razy większe niż w przypadku młodych mężczyzn. Na terenie Afryki Subsaharyjskiej 63% nowych przypadków zakażeń HIV odnotowanych w 2021 roku miało miejsce wśród populacji dziewcząt i kobiet.

Ponad jedna trzecia kobiet (35%) na pewnym etapie życia doświadcza przemocy fizycznej i/lub seksualnej. W niektórych regionach świata prawdopodobieństwo zakażenia HIV w przypadku tych kobiet jest półtora raza wyższe niż w przypadku kobiet nie mających tego rodzaju doświadczeń.

Populacje kluczowe

Wśród członków populacji kluczowych oraz ich partnerów seksualnych zanotowano 70% nowych przypadków zakażeń HIV (biorąc pod uwagę skalę globalną). Wśród populacji kluczowych odnotowano: 94% wszystkich nowych przypadków zakażeń zarejestrowanych na świecie z wyłączeniem obszaru Afryki Subsaharyjskiej, a 51% wszystkich nowych przypadków na terenie Afryki Subsaharyjskiej.

Ryzyko zakażenia HIV jest:

- 28 x wyższe wśród mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami niż wśród populacji dorosłych mężczyzn,
- 35 x wyższe wśród osób przyjmujących środki psychoaktywne w iniekcjach niż
- wśród osób, które tego nie robią,
- 30 x wyższe wśród osób sprzedających usługi seksualne niż wśród populacji dorosłych kobiet,
- 14 razy wyższe wśród kobiet trans niż wśród populacji kobiet dorosłych.

Raport UNAIDS 2022 "Dangerous Inequalities". („Groźne nierówności”)

Na łamach raportu, opublikowanego 29 listopada 2022 w Dar-Es-Salaam w Tanzanii z okazji przypadającego na dzień



1 grudnia Światowego Dnia AIDS, eksperci z UNAIDS przedstawiają negatywny wpływ różnego rodzaju nierówności na powodzenie walki z epidemią. Brak równouprawnienia kobiet i mężczyzn, nierówności społeczne dotykające populacje kluczowe oraz znaczne dysproporcje między dziećmi (poniżej 14 r.ż.), a dorosłymi w dostępie do świadczeń HIV/AIDS hamują postęp w kierunku wyeliminowania AIDS jako zagrożenia dla zdrowia publicznego do roku 2030. Niestety, w 2021 roku zanotowano spowolnienie zakładanego ogólnego trendu redukcji liczby nowych zakażeń oraz zgonów związanych z AIDS. Co bardziej niepokojące, zauważyć się dało tendencje wzrostowe poziomu występowania nowych infekcji w niektórych częściach globu. Obecnie Europa Centralna i Azja Środkowa stoją w obliczu ryzyka przyspieszonego wzrostu liczby nowych zakażeń HIV oraz zgonów związanych z AIDS z powodu kryzysu humanitarnego ogarniającego cały ten obszar.

Poważne zagrożenia zdrowia publicznego, takie jak pandemia COVID-19 i wojna w Ukrainie zdestabilizowały dystrybucję świadczeń profilaktyczno-leczniczych oraz tych związanych z redukcją szkód. Nasilająca się epidemia HIV, kilka fal kryzysów migracyjnych i uchodźczych, zanotowanych w tym newralgicznym regionie świata, wymagają podjęcia wielu działań mających na celu zapewnienie wszystkim potrzebującym dostępu do podstawowo-

wych świadczeń. Jednocześnie, światowe nakłady pieniężne potrzebne na walkę z AIDS zostały zamrożone na poziomie niewystarczającym do podjęcia w pełni skutecznych kompleksowych działań o charakterze profilaktyczno-leczniczym pozwalającym na przeciwdziałanie problemom i odwrócenie rozwijających się, niekorzystnych trendów epidemii.

- Dyskryminacja, stygmatyzacja oraz penalizacja – to przede wszystkim te zjawiska odpowiadają za późne wykrywanie zakażenia HIV, a w konsekwencji komplikacje zdrowotne związane z AIDS. Wszystko to w czasach, gdy nowoczesna medycyna, poprzez prowadzenie skutecznego leczenia ARV, pozwala utrzymywać zakażenie HIV na poziomie niewykrywalności. Dodatkowo, dyskryminacja, stygmatyzacja i penalizacja stanowią poważne bariery w osiągnięciu celów prowadzących do eliminacji AIDS. Problem ten dotyczy obu rodzajów epidemii, tak uogólnionej jak i skoncentrowanej w populacjach kluczowych. Należy jednak pamiętać, że to na ten drugi jej typ szczególnie mają wpływ wyżej wymienione niekorzystne czynniki. Dane epidemiologiczne zbierane w różnych częściach świata (Indie, Kenia, Myanmar, Nigeria czy Wietnam) reprezentujących oba rodzaje epidemii pokazują, że to członkowie populacji kluczowych mają najbardziej utrudniony dostęp do świadczeń związanych z HIV (w porównaniu z ogółem społeczeństwa). Przy opracowywaniu krajowych strategii walki z HIV i AIDS zazwyczaj nie traktuje się tych populacji priorytetowo, dlatego też zachodzi pilna potrzeba podjęcia odpowiednich działań zmniejszających nierówności.
- Osoby poniżej 14 roku życia nadal nie otrzymują należnego im wsparcia profilaktyczno-leczniczego. Ta niekorzystna tendencja utrzymuje się od lat. Szacuje się, że w 2021 r. aż 800 000 dzieci HIV+ nie było objętych ratującą życie terapią antyretrowirusową. Dysproporcje pomiędzy nakładami czynionymi na rzecz udzielenia pomocy dzieciom HIV+ a zakażonymi wirusem dorosłymi nadal ulegają po-

głębieniu. Pomimo, że profilaktyka zakażeń wertykalnych jest powszechnie znana, to paradoksalnie wśród populacji najmłodszych dominuje liczba późnych diagnoz. Skutkuje to tragicznymi następstwami pozostającymi w prostej relacji nie tylko do zakażonego dziecka, ale także do jego rodziny i społeczności w której się wychowuje.

- Statystycznie, w 2021 roku co dwie minuty młoda dziewczyna lub kobieta (w wieku od 15 do 24 r.ż.) ulegała zakażeniu HIV. W Afryce Subsaharyjskiej siłą napędową epidemii stanowią właśnie nowe przypadki zakażeń wśród dziewcząt i młodych kobiet. Mimo to, 19 najbardziej poszkodowanych z tego powodu krajów regionu zaledwie w 40% wdrażało odpowiednie programy profilaktyczno-lecznicze bezpośrednio kierowane do tej populacji.
- Populacje kluczowe skupiają mniej niż 5% ogólnej liczby mieszkańców globu. Jednakże to u 70% ich członków oraz partnerów seksualnych wykryto nowe przypadki zakażeń HIV w 2021 r. Niezaspokajanie realnych potrzeb tych osób w dziedzinie ochrony zdrowia naraża je, nie tylko na niepotrzebne i dotkliwe cierpienie fizyczne i psychiczne, ale też na ryzyko przedwczesnego zgonu.
- Tradycje i zwyczaje wzmocniające patriarchalne normy społeczne mogą zniechęcać mężczyzn do korzystania z potrzebnych im świadczeń profilaktyczno-leczniczych. Osoby trans oraz te o odmiennej tożsamości płciowej regularnie doświadczają aktów stygmatyzacji, dyskryminacji, a nierzadko stają się także ofiarami przemocy fizycznej i psychicznej. Bariery te skutecznie uniemożliwiają im kontakt z placówkami medycznymi, jak również korzystanie z różnych form pomocy dostępnych dla osób wywodzących się z populacji ogólnej.

Rozwiązanie problemu nierówności w dostępie do świadczeń HIV/AIDS, dotarcie ze skuteczną ofertą zdrowotną do populacji trudnodostępnych i osób, które unikają kontaktu z opieką zdrowotną, likwidacja podstawowych źródeł wykluczenia, mar-

ginalizacji oraz narażenia na szczególne ryzyko zakażenia wymagają dodatkowych nakładów finansowych oraz zmiany dotychczasowego sposobu myślenia. Tylko gdy będziemy w stanie zmobilizować się na poziomie globalnym i wspólnie podjąć stosowne działania, będziemy mogli zakończyć epidemię AIDS.

Tego rodzaju apele wybrzmiewają na wielu stronach tegorocznego raportu UNAIDS. Wyzwania te, choć niebagatelne i kosztowne, nie wydają się być niemożliwe do spełnienia. Rządy krajów oraz grupy aktywistów reprezentujących organizacje pozarządowe precyzyjnie zdefiniowały strategię programowe dotyczące niwelacji nierówności oraz opracowały programy wyjścia naprzeciw potrzebom zdrowotnym populacji marginalizowanych. Świat posiada wystarczające zasoby finansowe do zakończenia epidemii AIDS, a cała kwota potrzebna na opłacenie wdrożenia Globalnej Strategii AIDS na lata 2021-2026 wydaje się być skromna w kontekście ekonomii globalnej. Wiadomo także, że wzrost wielostronnych nakładów finansowych z ramienia Globalnego Funduszu na rzecz Walki z AIDS, Gruźlicą i Malaria nie pogłębił zależności ekonomicznej krajów o niskich i średnich dochodach od zewnętrznych źródeł finansowania. Wręcz odwrotnie, w krajach tych zaobserwowano stopniowy wzrost nakładów krajowych na walkę z HIV. Istnieją też dodatkowe możliwości generowania potrzebnych środków finansowych, np. relokacja wysokości zadłużenia na rzecz finansowania obszaru ochrony zdrowia. Obecnie brakuje tylko jednego, ale jakże kluczowego czynnika - woli politycznej pozwalającej na dokonywanie trudnych wyborów oraz na odważne inwestycje w obszar związany ze zdrowiem, tak aby był on łatwo dostępny dla wszystkich mieszkańców globu. Jeszcze jest czas, aby walkę z AIDS skierować na odpowiednie tory, tak aby móc zakończyć epidemię do roku 2030.

Pamiętajmy, nikt nie jest w pełni zabezpieczony przed zakażeniem HIV dopóki nie będzie równego dostępu do świadczeń profilaktyczno-leczniczych dla wszystkich – to główne tegoroczne przesłanie UNAIDS na Światowy Dzień AIDS.



Hasło Światowego Dnia AIDS 2022 brzmiało: Equalize (w wolnym tłumaczeniu- Wyrównaj). Jest ono wezwaniem do podjęcia konkretnych działań mających na celu zniwelowanie nierówności i zakończenie epidemii AIDS jako zagrożenia dla zdrowia publicznego do 2030 roku. Rekomendacje UNAIDS w tym zakresie obejmują:

- Podniesienie poziomu dostępności

do dobrej jakości, dopasowanych do odbiorcy świadczeń z obszaru HIV/AIDS dotyczących leczenia, testowania oraz profilaktyki, dostępnych dla wszystkich potrzebujących.

- Weryfikacja i uaktualnienie zapisów legislacyjnych, strategii oraz planów działań pod kątem zwalczania stygmatyzacji i wykluczenia osób żyjących z HIV oraz tych wywodzących się z populacji kluczowych i marginalizowanych, jak również ich partnerów seksualnych.
- Dzielenie się najnowszymi technologiami w celu zapewnienia równego dostępu do najbardziej aktual-

nych odkryć naukowych z obszaru HIV/AIDS.

- Wykorzystanie przesłania kampanii "Equalize" do działań mających na celu niwelowanie wszelkiego rodzaju nierówności w dostępie do profilaktyki, testowania oraz leczenia związanego z HIV i AIDS.

Pełna wersja publikacji w języku angielskim dostępna jest na stronie internetowej UNAIDS: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2022/dangerous-inequalities>

Dr n. przyr. Maria Wawer, UMCS

Wybrane działania dotyczące profilaktyki HIV/AIDS - PSSE w Nowym Dworze Mazowieckim

*„Jeśli zmierzasz na szczyt
nie dziw się, że masz pod górkę”*

Anna.H. Niemczyń

Działania profilaktyczne HIV/AIDS - początek

W niniejszym artykule będą opisane wydarzenia, które miały miejsce w czasie długiego okresu mojej pracy zawodowej. Oświata zdrowotna w Polsce dopiero szukała swojego miejsca do działań skierowanych do ogółu społeczeństwa. Zawodowo dojrzywałam razem ze zmieniającym się stanem oświaty zdrowotnej, ucząc się i czasem doświadczając różnych drobnych sukcesów. Na początku lat osiemdziesiątych XX wieku o chorobie AIDS prawie nikt nie słyszał, chociaż w polskich kinach przed seansami wyświetlane były krótkie filmiki profilaktyczne, jak ustrzec się tak zwanych chorób wenerycznych. Miało to znaczenie, gdyż było najszybszą drogą dotarcia do większej liczby odbiorców. W miarę upływu czasu, podążając drogą procesu przetrwania, oświata zdrowotna stała się sztuką interwencji w systemy społeczne lokalnych środowisk i zachęcania ich do zachowań prozdrowotnych. Służba zdrowia oprócz medycyny naprawczej starała się rozwiązywać prob-

lemy, mając na celu poprawę warunków sprzyjających zdrowiu. W środowisku wiejskim bardzo aktywne były Koła Gospodyń. Tą drogą lekarze i pielęgniarki podczas spotkań z miejscową ludnością szerzyli wiedzę profilaktyczną. Jeżeli problem zdrowotny dotyczył większej populacji osób, które żyły wspólnie, posiadały takie same wartości, to dochodziło do interakcji z powodu wspólnych celów.

Pierwsze działania dotyczące profilaktyki AIDS zaczęłam realizować w szkołach średnich w latach 90. Były to „zgaduj-zgadule” poprzedzone pogadankami. Taka forma z jednej strony odpowiadała tamtym czasom, z drugiej strony wydawała się stresująca dla uczestników. Kojarszona była z egzaminem i przez to sta-

wała się mało atrakcyjna dla większości młodzieży. Trzeba było więc sięgnąć po bardziej atrakcyjne narzędzia.

Edukacja połączona z koncertami - to był ten pomysł, który chwycił. Aby zachęcić jak największą liczbę odbiorców, zaczęłam współpracę z partnerami, m.in. ośrodkami kultury. Na koncerty zapraszano ówczesne gwiazdy rocka i jazzu. Występowały znane zespoły rockowe, np. Sexbomba czy też muzycy tej klasy, co znany jazzman Jan Ptaszyn-Wróblewski. Koncerty nie były bileto- wane i każdy mieszkaniec powiatu mógł skorzystać z takiej rozrywki. Profilaktyka HIV/AIDS promowana była przed wejściem na salę widowiskową poprzez rozdawnictwo materiałów edukacyjnych.



Koncerty rockowe w Miejskim Ośrodku Kultury adresowane do młodzieży szkół średnich oraz młodych mieszkańców powiatu



Koncert w Klubie Żołnierskim

Dobrymi odbiorcami, oprócz młodzieży uczącej się, byli żołnierze służby czynnej. Ta grupa była najbardziej wdzięczną publicznością, gdyż spragniona kontaktu z kulturą, chętnie w niej uczestniczyła, a przy okazji była objęta edukacją. W porozumieniu z dowódcami jednostek wojskowych prowadziłam edukację w Klubach Żołnierskich.

Pod koniec lat 90-tych, mając już za sobą realizację ciekawych działań oświatowo-zdrowotnych, na polecenie Kierownika Oddziału Oświaty Zdrowotnej Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Warszawie, dokonałam objazdu kilku powiatów z prezentacją Programu profilaktyki AIDS. Celem tego działania było pokazanie pracownikom oświaty zdrowotnej okolicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych jak innymi, bardziej atrakcyjnymi formami można szerzyć wiedzę wśród społeczeństwa. W programie oprócz treści profilaktycznych, poruszana była tematyka tolerancji i wzajemnego poszanowania ludzi, których dotknął zły los. Przedsięwzięcie realizowano w Miejskich Ośrodkach Kultury, a odbiorcami była młodzież szkół średnich.

Od roku 2005, aby dotrzeć do środowisk wiejskich i małomiasteczkowych, prowadziłam działania edukacyjne połączone z rozdawaniem ulotek na dużych dyskotekach, które odbywały się na terenach wiejskich. Tutaj spotykała się młodzież z różnych powiatów i przedział wiekowy był szerszy. Można było spotkać zarówno osoby niepełnoletnie jak i bardziej dojrzałe.

Innym cieszącym się dużym powodzeniem działaniem na terenie powiatu stały się organizowane wspólnie z samorzą-

dem lokalnym, ośrodkami kultury i fundacjami przedsięwzięcia informacyjno-edukacyjne połączone z rozrywką dla lokalnego społeczeństwa. Zapraszane były osoby zakażone HIV, które opowiadały o swoim życiu przed i po zakażeniu. Goście dzielili się doświadczeniem życiowym, szczególnie nacisk kładąc na wiedzę o zachowaniach ryzykownych i radzenie sobie w trudnych sytuacjach. Natomiast specjaliści z poradni psychologiczno-pedagogicznej prowadzili poradnictwo połączone z szukaniem konkretnych rozwiązań w indywidualnych sprawach. Na scenie nie zabrakło muzyki, która wprowadzała dobry nastrój i pomagała łatwiej przyswajać trudną, ale ważną wiedzę. Edukacja prowadzona była również w szkołach średnich, w których odbiorcą była młodzież danej placówki oraz kadra pedagogiczna. Szkolenia miały na celu wyedukowanie uczniów - liderów, którzy tak zwaną metodą kaskadową przekazywali wiedzę dalej w swoim środowisku.

Z czasem zaczęłam organizować szkolenia różnych grup zawodowych z terenu powiatu nowodworskiego: policjantów, strażaków, fryzjerów, kosmetyczek, pracowników socjalnych. Początkowo korzystałam z pomocy lekarza chorób zakaźnych zatrudnionego w mojej instytucji, później z usług innych lekarzy ze Szpitala Zakaźnego w Warszawie. Koszty ponosiło starostwo powiatowe.

Kilkanaście lat temu podjęłam się też dużego wyzwania - przygotowałam i zrealizowałam szkolenia dla wszystkich nauczycieli szkół podstawowych z terenu powiatu. Do współpracy zaprosiłam lekarza miejscowej przychodni. W przedsięwzięciu wzięło udział 26 szkół. Zajęcia odbywały się popołudniami, poza godzinami pracy nauczycieli. Było to cenne doświadczenie, satysfakcja z realizacji tego zadania była ogromna, ponieważ dotychczasowy poziom wiedzy tej grupy zawodowej był bardzo niski. Frekwencja w czasie spotkań wynosiła 99%. Ważną kwestią było to, że koszty związane z tym działaniem edukacyjnym pokrywały jednostki samorządowe, dbając w ten sposób o zdrowie swoich mieszkańców.

Opisałam tylko niektóre większe przedsięwzięcia, którym poświęcałam dużo czasu i zaangażowania emocjonalnego. Trudno było tego uniknąć, gdyż pomysł, zaangażowanie różnych środowisk w realizację i wdrożenie wymagało dużo cierpliwości, wiary w powodzenie i przekonania, że wszystko się uda. Poznawałam ludzi, nawiązując z nimi dobre relacje, które potem skutkowały współpracą, przynosząc korzyści zawodowe i satysfakcję współpracującym stronom.

We wszystkich realizowanych formach dotyczących profilaktyki AIDS, zawsze duży nacisk był kładziony na kształtowanie postaw tolerancji i empatii wobec osoby zakażonej. Poprzez dostarczenie wiedzy o HIV/AIDS odbiorcy otrzymywali możliwość dokonywania wyborów, podejmowania decyzji zdrowotnych.

„Pełnego człowieka tworzy: zimna głowa, gorące serce, trzeźwy sąd i zdrowe ciało.”

Ralph Waldo Emerson

Działania profilaktyczne obecnie

W ostatnich kilkunastu latach preferowaną formą promocji zdrowia stały się projekty. Powodzenie projektu w dużym stopniu zależy od szczegółowego zaplanowania. Zdefiniowanie problemu jest istotne dla opracowania jakiegokolwiek interwencji w edukacji zdrowotnej. Bardzo ważne jest, aby w jasny sposób przedstawić cel i założenia, bowiem łączy się to ściśle z procesem wdrożenia i ma wpływ na jego wynik. Na każdym z etapów potrzebna jest ciężka praca. Zamierzenia zawarte w projekcie to nie proste podejście polegające na mówieniu ludziom, co jest dla nich dobre, w nadziei, że posłuchają porady. Nowe podejście funkcjonuje wokół modelu organizacyjnego i zależy od pełnego udziału w nim partnerów różnych środowisk. Komunikowanie się jest bardzo ważnym elementem na etapie wdrażania. Staje się częścią zachowania człowieka i relacji społecznych. Jednostki i grupy muszą się komunikować między sobą i z profesjonalistami w sposób werbalny oraz niewerbalny. Na początku trzeba rozejrzeć się za partnerami instytucjonalnymi, którzy będą nas wspierać

w naszym przedsięwzięciu organizacyjnie i często finansowo.

Jak powstawał projekt zatytułowany: „List do....”

Gdy trzeba było zaplanować zadania do Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS na rok 2022 wiedziałam, że narzędzia edukacji muszą ewoluować razem ze społeczeństwem, szczególnie, gdy chodzi o młodego człowieka. Co dzisiaj jest najważniejszym źródłem wiedzy? Facebook, Instagram i inne serwisy internetowe. Jak znaleźć pomysł, aby było inaczej niż do tej pory. Co można wstawić na Facebook? Chciałam, aby młody człowiek wymyślił historię, którą będzie przeżywał, która wzruszy go na tyle, aby była wybraną kartką z pamiętnika na długie lata. Pomyślałam, że może taka forma edukacji wpłynie na losy samego autora. Chwile niezwykle mogą zmienić czyjeś życie, tak jak w opisanych historiach. Zależało mi, aby najważniejsze w opisie było samo wydarzenie, a bohater miał zajmować drugi plan. Zastanawiałam się nad formą przekazu: kartka z pamiętnika, wycinek reportażu czy list, a może film? Jako najlepszą na tamtą chwilę uznałam formę listu, tym bardziej, że można ją było wykorzystać jako ćwiczenie przed przyszłą maturą. Pracy literackiej w nadałam tytuł: „List do ...”. Ponadto postawiłam pytanie: do kogo napisze młody człowiek w przypadku życiowego problemu? I tak powstał konkurs literacki. Głównym jego celem było uzyskanie przez młodzież wiedzy z profilaktyki HIV/AIDS oraz chorób przenoszonych drogą płciową. Konkurs miał też pobudzić do samodzielnego poszerzania wiadomości i zdobywania nowych umiejętności, promowania fachowej medycznej literatury i czytelnictwa wśród młodzieży, skierowania uwagi na aktualne problemy zdrowotne, pielęgnowania i utrwalania takich wartości jak tolerancja, zaufanie, miłość i prawda.

Przygotowany przeze mnie regulamin konkursu literackiego pt. „List do..” zawierał: postanowienia ogólne, przedmiot konkursu, warunki uczestnictwa oraz postanowienia końcowe, które zastrzegały prawo do jego zmiany. Formularz ocen obejmował: treści prozdrowotne (profi-

laktyka), umiejętności literackie, walory artystyczne (prezentacja). Te kryteria były brane pod uwagę przy ocenie każdej z przygotowanych prac i wyłoniły najlepsze z najlepszych.

Mając już opracowaną pełną dokumentację przedsięwzięcia, przeprowadziłam rozmowy z dyrektorami szkół średnich, przedstawiając scenariusz. Uzyskałam wstępną zgodę, lecz najwięcej pracy było dopiero przede mną. Chcąc nadać wydarzeniu wysoką rangę, wystąpiłam o patronat Starosty Nowodworskiego, Krajowego Centrum ds. AIDS i lokalnej prasy. Następnie pozyskałam partnerów instytucjonalnych, którzy dobrze wpisivaliby się w mój scenariusz. Powołałam jury składające się z osób zajmujących się zawodowo literaturą. Wybrałam wariant, według którego w skład zespołu oceniającego poszczególne prace weszli: dyrektor biblioteki publicznej, niezależny pedagog szkolny oraz instruktor z ośrodka kultury.

Przyszedł moment, w którym trzeba było szczegółowo zaprezentować przedsięwzięcie dyrektorom i kadrze pedagogicznej szkół średnich. Podczas narad z dyrektorami, nauczycielami języka polskiego oraz pedagogami przekonywałam, że jeżeli coś powinno łączyć młodzież, to wiarygodna wiedza. Wszyscy powinni posiadać jak najwięcej informacji o profilaktyce HIV/AIDS, niezależnie od swojej fantazji i potrzeby poznawania świata. Trzeba było ustalić taką organizację zajęć w szkołach, aby dotrzeć do maksymalnej liczby uczniów. Do pedagogów należało też zapewnienie należytej frekwencji na spotkaniach. Pozyskałam też do współpracy jednostki samorządowe, prowadzące na swoim terenie placówki oświatowe. Edukacja młodzieży przebiegała niezwykle sprawnie, tym niemniej wymagała ode mnie dużego wysiłku. Prowadziłam ją w salach, w których jednocześnie przebywały po dwie klasy uczniów. Często spędzałam w placówce siedem godzin lekcyjnych dziennie. Młodzież była zainteresowana i skupiona, a to powiększało moje pozytywne nastawienie do projektu. Zajęcia trwały po 45 minut (trudno było zmieścić się w czasie) i aby nie były zbyt poważne i nużące, wzmacniałam je daw-

ką humoru. Przez dwa miesiące poprzedzające pisanie prac, przeszkoliłam około 1200 osób. Zależało mi, aby przekazane informacje były konkretne i miały duże znaczenie dla profilaktyki zakażeń HIV/AIDS. Wiedza została podzielona na kilka części obejmujących: budowę wirusa, różnicę pomiędzy wirusem HIV a chorobą AIDS, ostatnie stadium zakażenia, zakaźność materiałów biologicznych, drogi zakażenia z uwzględnieniem ekspozycji, aspekty psychologiczne związane z testowaniem, ujęcie prawne - zastosowanie kodeksu rodzinnego, cywilnego i karnego. Oczywiście podczas spotkań z młodzieżą zachęcałam do pisania. Wskazywałam, co pozytywnego takie wydarzenie może wnieść do ich życia, mówiłam dlaczego warto interesować się tematem profilaktyki HIV/AIDS we współczesnych czasach. Nie wszyscy uczniowie przystąpili do konkursu. Niektórzy nie uwierzyli w swój talent literacki.

W pierwszym etapie, z pięćdziesięciu powstałych listów, każda szkoła wytypowała na poziom powiatowy ich zdaniem najlepszą pracę. Od początku konkursu konieczna była współpraca z licznymi partnerami instytucjonalnymi, bez pomocy których konkurs mógłby się nie odbyć. Podsumowanie tak dużego projektu musiało być atrakcyjne. Wydarzenie zostało szeroko rozreklamowane poprzez lokalne media społecznościowe. Gala finałowa odbyła się 9 grudnia 2022 r. w Nowodworskim Ośrodku Kultury. Przybyłych gości przywitała profesjonalnie przygotowana scena: plakaty i logo partnerów były wyświetlane na ekranie monitora, który tworzył tło dla osób występujących na scenie. Tytułem wstępu, tekst mojego autorstwa dotyczący miłości i przyjaźni dwóch osobowości, poparty cytatami z książki o przygodach Kubusia Puchatka, zaprezentowała Magda, uczennica Liceum Ogólnokształcącego w Nowym Dworze Mazowieckim.

„Przyjacielu, jeśli będzie ci dane żyć sto lat, to ja chciałbym żyć sto lat minus jeden dzień, abym nie musiał żyć ani jednego dnia bez Ciebie”

A. A. Milne „Kubuś Puchatek”

Miłość, wierność, zaufanie to słowa, które są nam bardzo bliskie, towarzyszą człowiekowi od dzieciństwa do starości. Jednak dzisiaj, w trudnych czasach nie zawsze się sprawdzają, nabierają innego znaczenia. Zdarza się, że nie doceniaamy tego co nam bliskie, że warto kochać, chronić, pielęgnować kontakt z drugim człowiekiem. Przede wszystkim jako ludzie myślący nie zawsze postępujemy odpowiedzialnie. Chodzimy własnymi drogami, ale niezgodnie ze swoim sumieniem. Stąpamy po pięknej ziemi, bogatej w historię i przyrodę, a potrafimy być bezwzględni lub lekkomyślni. Często wyrządzamy krzywdę sobie i innym. Jest takie powiedzenie: ucz się ucz, bo wiedza to potęgi klucz. To nasza tarcza, która może być obroną, również przed wirusem HIV.

I na koniec znowu cytaty z Kubusia Puchatka: **„Myślenie nie jest łatwe, ale można się do niego przyzwyczaić”**

Nowodworski Ośrodek Kultury przygotował oprawę muzyczną, która nadała całemu spektaklowi specjalną atmosferę relaksu i nawiązała do tematu. Dlatego śpiewane były piosenki o miłości w wykonaniu zwycięzcy konkursu TVP „The Voice Senior” Krzysztofa Prusika. W przerwie, podczas obrad jury, wystąpili młodzi adepci sztuki wokalne, interpretując piosenki Wojciecha Młynarskiego. Do występu przygotowywała ich zwyciężczyni jednego z etapów cyklu muzycznego TVP „Szansa na sukces”, Paulina Serwatka. Całe przedsięwzięcie poprowadził pedagog z poradni psychologiczno-pedagogicznej, Jacek Gawroński.

Pierwszym miejscem komisja konkursowa nagrodziła pracę Jagody, uczennicy Liceum Ogólnokształcącego im. Wojska Polskiego w Nowym Dworze Mazowieckim. Jej bohaterka „J” pisze list do przyjaciółki „A”. Opowiada w nim o podsłuchanej rozmowie, w której słyszy wiele przykrych słów o innej uczennicy. Jest świadkiem ponurej historii nieznaney dziewczyny. Jej przyjaciółki w sposób okrutny, przyciszonymi głosami obrzucają ją epitetami i drwiną. „J” wyjaśnia w liście, że bohaterka, przez swoją bezmyślność i nadmierne zaufanie do nowo

poznanego chłopaka nie pomyślała o zabezpieczeniu przy pierwszym kontakcie seksualnym. Dalej czytamy o jej rozpaczy, przemyśleniach i wstydzie. Z czasem narasta w niej wściekłość na chłopaka, który jej nie poinformował o swojej przeszłości.

Dodatni wynik testu został potwierdzony. Ale zaczyna kiełkować w niej pozytywna myśl, zaczyna wierzyć, że objęta specjalistyczną opieką będzie mogła normalnie żyć.

„Wierzę w to, że dziewczyna z opowieści jeszcze będzie szczęśliwa, nauczy się na powrót ufać ludziom i kochać samą siebie. Znajdzie sobie cudownych przyjaciół, którzy nie będą się jej bali, oceniali i krzywdzili. Wierzę w to, bo na to zasługuje, niezależnie od tego, czy było to przypadkiem, błędem, czy tragedią. Nikt nie powinien tyle cierpieć za jeden moment.”

No i na koniec listu dowiadujemy się, że tą podsłuchującą dziewczyną jest fikcyjna bohaterka, „J”.

„Droga A, tą dziewczyną jestem ja. Ale mógł być nią każdy: Ty, Twoi rodzice, przyjaciółka, którą znasz od lat, chłopak, którego czasami widzisz na stacji. To może być każdy. Dlatego, proszę, badaj się i nie zamykaj oczu na takie rozmowy. Twoja „J”, powoli odnajdująca swoje szczęście”.

Nagrodzony list ma nie tylko zaskakujące zakończenie, ale zawarte są w nim wszystkie emocje, jakim poddany został młody człowiek. Jest tutaj też wątek akceptacji dla osoby zakażonej, której nie należy się obawiać, lecz pomagać i wspierać ją w życiu. Autorka listu pisze literackim językiem godnym dojrzałej pisarki, świadczącym o pasji do pisania, którą na pewno będzie rozwijała.

Autorką drugiego listu jest Julita, uczennica Liceum Ogólnokształcącego im. gen. Władysława Sikorskiego w Zespole Szkół Ponadpodstawowych w Pomiechówku. Jej bohaterka Julita napisała list do swojej przyjaciółki Oli. Ola mieszka bardzo daleko, ich spotkania nie są częste i dla-

tego list szczegółowo opisuje historię, która jest bardzo skomplikowana. Julita poznaje w parku przystojnego i sympatycznego chłopca. Są sobą zauroczeni, myślą o związku poważnie, ich przyjaźń rozwija się romantycznie i bajecznie. Z czasem dochodzi do wyznania miłości, a później do zbliżenia. W tym przypadku dziewczyna ani jej partner również nie pomyśleli o zabezpieczeniu.

(...)„Dni mijały nam beztrosko, wszystko robiliśmy razem, byliśmy nierozłączni, do momentu, aż chłopak zrobił badania do pracy. W tym dodatkowe badanie na HIV. Żadne z nas nie pomyślało, że coś może być nie tak, aż do czasu, kiedy przyszły wyniki badań. Po otworzeniu koperty z wynikami i przeanalizowaniu okazało się, że Kamil jest zakażony HIV. Targały mną różne emocje: złość, strach, byłam przerażona co dalej, przecież mogłam się zakazić od niego”

Powtórzone badanie potwierdziło dodatni wynik testu u chłopaka. Jego dziewczyna nie mogła wyjść z szoku i również postanowiła wykonać test. Następnego dnia rano poczuła mdłości i zawroty głowy. Wtedy do głowy przyszła jej jeszcze jedna myśl, że może być w ciąży. Test ciążowy okazał się dodatni.

„Nie, tylko nie teraz, dwie kreski, to oznaczało, że jestem w ciąży. To nie jest dobry moment na dziecko, co, jeśli ja jestem zakażona?” Możliwe pomyślała, że powinnam od niego odejść, ale moja miłość do niego jest tak silna. Czuję się przy nim bezpiecznie, kocham go. Ale czy dla miłości mogę narażać zdrowie swoje i naszego dziecka? Jeżeli okaże się, że naprawdę mnie zakaził, to ja mogę zakazić nasze dziecko, chociażby w czasie porodu, lub w czasie karmienia piersią. Z dnia na dzień pogłębiałam swoją wiedzę o HIV, to pomaga mi obniżyć poziom strachu. Odważyłam się nawet skorzystać z telefonu zaufania AIDS. Nadszedł ten dzień, kiedy mogłam odebrać mój wynik. Bez chwili wahania pobiegłam do PKD. Serce podchodzi mi do gardła. Nie jestem zakażona, to chyba najlepszy dzień w moim życiu, jaka ulga. To oznacza, że nasza dzidzia urodzi się zdrowa, wspinała wiadomość.”

Ale to nie koniec tej historii. Chłopak otrzymuje pomoc medyczną. Zaczyna się leczyć. Wszystko układa się po myśli zakochanych. Lecz dochodzi u niego do chwili zwątpienia w sens życia osoby zakażonej. Duże obciążenie psychiczne powoduje, że chłopak chce popełnić samobójstwo. Szybka reakcja pomocy medycznej ratuje mu życie.

„Kamil jeszcze przez długi czas będzie pod opieką specjalistów, ta sytuacja jeszcze bardziej wzmocniła nasz związek. Jestem z siebie dumna, że gdy dowiedziałam się, że ma HIV nie odeszłam od niego. Jesteśmy wreszcie szczęśliwą rodziną. Mam nadzieję, chyba już nic tego nie zmieni. Kamil bardzo się zmienił, stał się bardziej dojrzały i żyje tym co jest tu i teraz. Kocha Basię, tak ma na imię nasza córeczka. Nie wyobrażam sobie życia bez niego i malej. W naszym związku było dużo emocji: strachu, smutku, zwątpienia ale miłość zwyciężyła.”

Trzeci nagrodzony list napisała Wiktoria, uczennica Liceum Ogólnokształcącego im. Jarosława Iwaszkiewicza w Nasielsku. Wiktoria swój list adresuje do przyjaciółki o imieniu Małgosia. W opisanej historii bohaterka udziela pierwszej pomocy rannemu w wypadku samochodowym.

„Dookoła zdarzenia było dużo ludzi, ale nikt nie pomyślał, aby pomóc, zadzwonić po karetkę. Byłam bardzo roztrzęsiona i przejęta zaistniałą sytuacją. Uznałam, że tak nie może być, dlatego postanowiłam mu pomóc. Wiedząc jednak, że życie tego człowieka zależy teraz ode mnie i w każdej chwili może umrzeć na moich rękach, starałam się zapanować nad emocjami. Poprosiłam przechodnia o wezwanie karetki, a sama zdjęłam bluzę i zaczęłam uciskać ranę uszkodzowanego. Miałam zakrwawione całe ręce, którymi ocierałam twarz oraz zapłakane oczy”

U autorki listu doszło do zakażenia HIV. Ta praca jest jak instruktaż, autorka dosyć szczegółowo opisuje proces samego testowania, podaje objawy, które występują na początku u osoby zakażonej. Píše, jak wygląda terapia ARV, łącznie ze zdrowym stylem życia, którego należy przestrzegać. Osoba opisana w li-

ście, z powodu zakażenia przechodzi te wszystkie etapy.

Opisana bohaterka nie żałuje swojego zachowania i udzielenia pomocy uszkodzowanemu, jest z tego powodu dumna. Natomiast przestrzega, aby zawsze w takich sytuacjach myśleć też o swoim bezpieczeństwie.

„Po tej sytuacji rozumiałam, że w życiu oprócz wartości takich jak: rodzina, zdrowie, przyjaciele, wiara, ważne jest także bezpieczeństwo. Jedna sytuacja może pozostawić w nas ślad do końca życia. Ja nie zapewniłam sobie bezpieczeństwa tamtego dnia. Mężczyzna przeżył dzięki mojej pomocy, a ja zostałam zakażona HIV. Na szczęście, dzięki szybkiej reakcji oraz odpowiedniej opiece zdrowotnej mogę normalnie żyć. Mam ustalony plan leczenia. Wystarczy się do niego stosować, a powinno być dobrze, tak jak dawniej. Proszę uważaj na siebie, abyś Ty przez nieuwagę nie zakaziła się żadną chorobą”

Czwarta praca została napisana przez Darię, uczennicę Liceum Ogólnokształcącego im. Mikołaja Kopernika w Zespole Szkół Zawodowych w Nasielsku. Treść czwartej pracy jest zupełnie odmienna od pozostałych i niejeden imprezujący młody człowiek może się identyfikować z opisaną postacią. Bohaterka o imieniu Zosia napisała list do Ani. Na jego wstępie informuje ją, że postanowiła zrobić test na HIV, a związane to jest z częstą zmianą licznych partnerów.

„Wczoraj zrobiłam test na HIV. Teraz pewnie zastanawiasz się, czemu. Po rozstaniu z Maćkiem byłam pogrążona w rozpacz i smutku. Nie mogłam się pozbierać i brakowało mi adrenaliny, którą on zawsze mi dostarczał. Zaczęłam imprezować bardzo dużo. Między innymi dlatego się nie odzywałam. Kiedy wracałam z pracy i zajęć na uczelni, szłam spać, a weekendami do klubu. Najpierw tylko tańczyłam, ale potem zaczęły kręcić się wokół mnie różni mężczyźni. Zapraszali na drinka i takie tam...”

Liczne postanowienia ze zmianą dotychczasowego trybu życia nie skutkowały.

Dopiero fakt poznania miłego chłopaka, z którym była na razie na etapie koleżeństwa, spowodował zastanowienie nad swoim życiem. Zaczęło jej na nim zależeć. Któregoś dnia usłyszała od znajomej o pewnej historii ze złym zakończeniem. To spowodowało liczne refleksje.

„Serce zaczęło mi bić jeszcze szybciej z przerażenia, miałam wrażenie, że zaraz wyskoczy (w sumie to dalej się boję), jeśli naprawdę okaże się, że jestem zakażona, pożegnaj się przez swoją głupotę z tym, co się układa. Kiedy wróciłam do siebie, zaczęłam o tym czytać (nigdy nie przypuszczałabym, że będę o tym szukać informacji). Objawy takie jak osłabienie, zmęczenie, bóle stawów i mięśni zgadzały się z moim obecnym stanem. Zaczęłam szukać, gdzie i kiedy mogę zrobić test na HIV. Okazało się, że w wielu miejscach wykonują takie badanie, tylko od momentu prawdopodobieństwa zakażenia musi minąć sześć tygodni. Wahałam się jeszcze kilka dni, ale wczoraj, mimo swojego narastającego lęku, poszłam i zrobiłam odwlekany test. Teraz czeka mnie jeszcze trudniejsze zadanie: otworenie koperty. Cieszę się, że wykonałam to teraz, a nie w momencie, kiedy byłoby za późno i przeradzało się to w poważniejsze stadium. Mam nadzieję, że wynik okaże się ujemny, a jeśli nawet nie, że nie zaprzestasz kontaktu ze mną (...)”

Piąta praca została napisana przez Antka, ucznia Technikum Zawodowego im. por. Władysława Jakubowskiego w Zespole Szkół Zawodowych Nr 1 w Nowym Dworze Mazowieckim. List do przyjaciela Mateusza napisał fikcyjny bohater Antek. List jest krótki i bardzo konkretny. Antek skupia się głównie na swoim strachu i przyznaje, że nie zdawał sobie sprawy z braku dokładnej wiedzy na temat zakażenia wirusem HIV. Treść listu potraktował jako ostrzeżenie dla swojego kolegi.

„Udałem się na wizytę, cały czas wypierając możliwość otrzymania pozytywnego wyniku. Chyba głównym zamiarem było wykluczenie prawdopodobieństwa i spokój w głowie, a nie ukrywam, miałem coraz większą świadomość, że moje zachowanie było ryzykowne. Do tego czasu nie miałem żadnych problemów. Czujęm

się normalnie, ale jak się okazało nie na długo. Po samym teście poczułem niewyjaśniony niepokój. Wiedziałem o tym, że będę czekać na wynik kilka dni, więc w mojej głowie był czas na najgorsze scenariusze. Co, jeśli druga osoba nie była ze mną szczerą? Lub co, jeśli zabezpieczenia podczas stosunku nie były wystarczające? Mam wrażenie, że ten okres będę wspominać jako jeden z najgorszych”

Antek wreszcie dowiaduje się o ujemnym wyniku testu. Na własnej skórze czuje, jaką dawkę stresu można otrzymać w takiej sytuacji. Chwile niepewności, które przeżył sprawiają, że pragnie uświadomić innym o możliwości zakażenia po ryzykownych zachowaniach. Wie jak powierzchownie podchodzą do problemu jego znajomi, nie myśląc o konsekwencjach lekkomyślnego postępowania.

Podsumowanie

Czy powstałe prace można było zmierzyć jakąś miarą? Od autorów prac konkursowych wymagane było zrozumienie celu konkursu i wykorzystanie wyobraźni w znalezieniu najlepszego pomysłu na napisanie ciekawej historii. Postawione przeze mnie pytanie: do kogo napisze młody człowiek w przypadku życiowego

problemu, potwierdziła moje przypuszczenie. Taką osobą będzie najbliższy przyjaciel lub przyjaciółka. Szukając u nich pomocy, osoba zakażona nie będzie pouczana ani strofowana. Poczuję zrozumienie u rówieśnika. Czytając prace konkursowe i obserwując młodzież jestem pewna, że wszystkie postawione przeze mnie cele zostały osiągnięte. Zauważyłam zainteresowanie tematem, pobudził on do dyskusji i refleksji niejedną osobę. Dawało się to odczuć nawet podczas zajęć edukacyjnych z uczniami. Pytania zadawała nie tylko młodzież, ale również grono pedagogiczne. Mam nadzieję, że ludzie jeszcze wierzą i starają się pielęgnować w sobie takie wartości jak: tolerancja, zaufanie, miłość i prawda. Oczywiście zawsze w ciężkich chwilach można patrzeć na życie jako ciąg niesprawiedliwych zdarzeń, które powodują ból, albo potraktować te zdarzenia, jako nowe możliwości do wykorzystania w dalszym swoim życiu. Wszystkie sytuacje, które przeżywają bohaterowie w swoich historiach łączy jedna cecha. Brak wiedzy, ryzykowne zachowania i konsekwencje budzą koszmarny lęk. Jak napisał Francisco Goya: „Gdy rozum śpi budzą się demony.”

Bardzo ważnym dla laureatów, ich nauczycieli i młodzieży ze szkół powiatu

nowodworskiego był fakt, że znaczenie konkursu doceniły osoby reprezentujące instytucje różnego szczebla. W gali finałowej wzięli udział: Krzysztof Kapusta - Starosta Nowodworski i Paweł Calak – Wicestarosta, przedstawiciele Wojewódzkiej Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej w Warszawie i Krajowego Centrum ds. AIDS. Należy również podkreślić wsparcie instytucji Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Nowym Dworze Mazowieckim, reprezentowanej przez dyrektora Arkadiusza Chelstowskiego.

Biorąc pod uwagę wkład własnej pracy oraz inwencję, stwierdzam jako autorka i realizatorka, że projekt pt. „List do..” był bardzo trafiony oraz, co najważniejsze, dobrze przyjęty. Jednocześnie wykazał, jak bardzo potrzebna jest edukacja w zakresie profilaktyki HIV/AIDS, prowadzona wśród młodych osób u progu dorosłości. Przychodzi mi na myśl, że trzeba rozwijać ten temat nadając mu różne, bardziej wyrafinowane formy realizacji. Na koniec dziękuję uczniom, dyrektorom szkół i pedagogom za pomoc i umożliwienie mi przeprowadzenia tego projektu

Alicja Jaworska
Powiatowa Stacja
Sanitarно-Epidemiologiczna



Gala finałowa

aspekty

Dodatek do Biuletynu Krajowego Centrum ds. AIDS

kontra 

Czy niewykrywalny patogen jest zawsze niezakaźny? Krwiodawstwo: nie zawsze!

W artykule omówiono procedury istotne dla bezpieczeństwa leczenia krwią, jej składnikami i produktami krwiopochodnymi zapobiegające przeniesieniu HIV. Zwrócono uwagę na znaczenie odpowiedzialności dawcy w prewencji przenoszenia zakażeń przez transfuzję wobec większej zakaźności krwi w porównaniu z kontaktem seksualnym. Przedstawiono czynniki wpływające na ryzyko resztkowe przeniesienia HIV przez przetoczenia krwi oraz udzielono odpowiedzi na pytanie dlaczego krwiodawstwo nie jest miejscem właściwym dla prowadzenia diagnostyki HIV.

AIDS (zespół nabytego niedoboru odporności), został po raz pierwszy rozpoznany latem 1981 r. w Stanach Zjednoczonych nie tylko wśród mężczyzn praktykujących kontakty homoseksualne, ale także u chorych na hemofilię leczonych intensywnie krwią. Wkrótce udowodniono przenoszenie HIV przez krew i jej składniki oraz produkty krwiopochodne. Szacuje się, że na początku epidemii, w Stanach Zjednoczonych nawet 1 na 100 donacji mogła przenosić zakażenie HIV lub HCV. Zgodnie z ówczesnymi szacunkami przypadki AIDS w następstwie przetoczenia krwi stanowiły około 2% wszystkich przypadków AIDS w Stanach Zjednoczonych. W związku z tym na świecie zaczęto wprowadzać obowiązkowe badania markerów zakażenia HIV. Kolejne lata przynosiły doskonalenie metod identyfikacji zakażonych dawców: o ile testy I i II generacji pozwalały na wykrywanie jedynie przeciwciał izotypu IgG, to testy III generacji dodatkowo wykrywały wczesne przeciwciała izotypu IgM, a testy IV generacji oprócz

przeciwciał jednocześnie wykrywały antygen p24, natomiast testy V generacji, wdrożone niedawno, dostarczają informacji na temat obecności Ag i przeciwciała oddzielnie. Metody biologii molekularnej (NAT), wykrywające materiał genetyczny wirusa, po raz pierwszy zostały powszechnie zastosowane do badania dawców w Niemczech w 1997 roku.

Zgodnie z raportem WHO, w ostatnim czasie najczęściej stosowane są badania przeglądowe wykorzystujące testy IV generacji (jednocześnie wykrywające przeciwciała i antygen wirusa), nieco ponad 10% krajów stosuje testy III generacji wykrywające jedynie przeciwciała. Ponad 30% krajów, w tym Polska, stosuje NAT w połączeniu z immunoenzymatycznymi testami III lub IV generacji. Warto zwrócić uwagę na nierówny dostęp do NAT na świecie: większość krajów wykorzystujących NAT to kraje rozwinięte, przede wszystkim europejskie. Metodą NAT bada dawców ponad 50% krajów na starym kontynencie i jedynie niespełna 5% krajów w Afryce, gdzie zakażeń jest przecież najwięcej.

Stosowanie coraz doskonalszych testów przesiewowych umożliwiających identyfikację dawców zakażonych HIV nie powinno jednak przysłaniać faktu, że nie jest możliwe zapewnienie pełnego bezpieczeństwa transfuzji, jeśli wszyscy dawcy oddając krew nie będą się kierować wyłącznie altruistyczną chęcią pomocy chorym i nie będą w pełni współpracować z centrami krwiodawstwa w skrupulatnym przestrzeganiu procedur bezpieczeństwa. Dawcy powinni wiedzieć, że z jednej donacji

przygotowywane są nawet trzy składniki krwi, które mogą być przetaczane różnym pacjentom. Zatem oddanie krwi po zachowaniu/sytuacji niosącej ze sobą ryzyko zakażenia czynnikiem zakaźnym przenoszonym przez krew, zwłaszcza HIV, stanowi potencjalne zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia trzech ciężko chorych pacjentów.

Metody zapobiegania infekcji przez transfuzję nie związane z badaniami diagnostycznymi

Ankieta epidemiologiczna i badanie lekarskie

W Polsce osoba, która ma zamiar oddać krew, zapoznaje się z najważniejszymi informacjami dotyczącymi dróg przenoszenia zakażeń, zachowań i sytuacji, które niosą ze sobą ryzyko zakażenia wirusami przenoszonymi drogą krwi. Wiadomości przedstawiane dawcom oparte są na europejskiej dyrektywie oraz uwzględniają specyficzną sytuację epidemiologiczną w Polsce. Przyszły dawca poddany jest następnie wywiadowi medycznemu, który ma postać ankiety, zawierającej kryteria dyskwalifikacji stałej i czasowej. Nie mogą oddawać krwi osoby, u których stwierdzono zakażenie HIV. Dyskwalifikacji czasowej podlegają m.in. osoby, których słuźówka miała kontakt z obcą krwią lub uległy zakłuciu igłą, którym przetoczono krew, biorcy przeszczepów ludzkich komórek i tkanek, osoby po zabiegu chirurgicznym oraz posiadające tatuaż lub mające przekłute części ciała. Krwi nie można także oddawać przez 6 miesięcy po powrocie z kraju o wysokiej częstości zakażeń HIV.

Bardzo ważną jest szczerą odpowiedź na pytania związane z patogenami przenoszonymi drogą kontaktów seksualnych. Często pytania te dotyczą życia intymnego dawcy, jednak prawdziwość udzielanych odpowiedzi ma podstawowe znaczenie dla bezpieczeństwa krwi. Odpowiadając na pytania dawca musi mieć świadomość, że nawet najdoskonalniejsze procedury w krwiodawstwie, obejmujące m.in. badania najczulszymi testami diagnostycznymi, nie są w stanie w 100% zabezpieczyć biorcy przed przetoczeniem krwi, która została pobrana od dawcy, który np. uległ zakażeniu niedawno lub zmutowanym szczepem wirusa. Zatem dawca powinien czuć współodpowiedzialność za bezpieczeństwo leku jakim jest krew. Zgodnie z obowiązującym prawem dawcą krwi nie może być osoba, która podejmuje zachowania seksualne o podwyższonym ryzyku zakażenia poważnymi chorobami mogącymi przenosić się dalej drogą przetoczenia krwi. Zgodnie z wytycznymi WHO zachowania seksualne wysokiego ryzyka obejmują kontakt z wieloma partnerami seksualnymi, przyjmowanie lub płacenie pieniędzmi lub środkami psychoaktywnymi za seks (osoby świadczące usługi seksualne i ich klienci), mężczyźni uprawiających seks z mężczyznami (MSM) i kobiety uprawiające seks z MSM. (*Blood donor selection, Guidelines on Assessing Donor Suitability for Blood Donation*, WHO 2012). Dawca podejmujący ryzykowne zachowania lub mający wątpliwości czy są to zachowania ryzykowne, powinien zgłosić ten fakt lekarzowi dokonującemu kwalifikacji do oddania krwi. Lekarz na podstawie indywidualnej rozmowy oceni czy istnieje ryzyko wymagające dyskwalifikacji dawcy.

Innym istotnym działaniem profilaktycznym jest lekarskie badanie przedmiotowe – do oddania krwi nie są dopuszczane osoby, których zachowanie może sugerować, że znajdują się np. pod wpływem narkotyków lub u których zauważono nadmierną dysproporcję pomiędzy ciężarem ciała a wzrostem. Powiększenie obwodowych węzłów chłonnych jest przeciwwskazaniem do pobrania krwi, aż do wyjaśnienia przyczyn zmiany ich

wielkości. Podobnie jest w przypadku podwyższonej temperatury ciała. Wspomniane objawy mogą być nieswoistą manifestacją zakażenia HIV.

Postępowanie po potwierdzeniu zakażenia

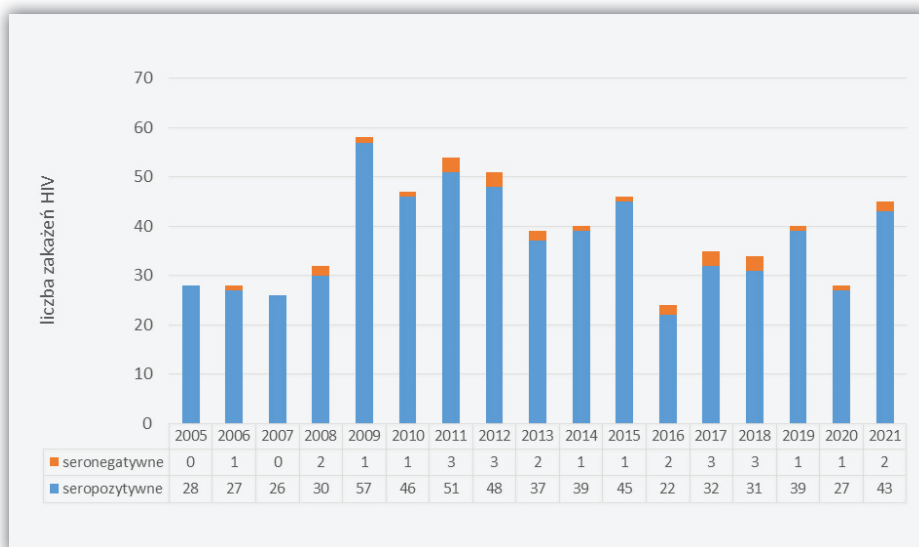
Po uzyskaniu dodatniego wyniku testu potwierdzenia techniką Western blot lub dodatniego wyniku RNA HIV, Centrum Krwiodawstwa wzywa zakażonego krwiodawcę. Dyrektor Centrum lub upoważniony przez niego lekarz przeprowadza rozmowę z krwiodawcą, informuje go o wykrytym u niego zakażeniu HIV i udziela wskazówek dotyczących ochrony innych osób przed zakażeniem. Następnie taka osoba kierowana jest do placówki świadczącej opiekę ambulatoryjną dla osób zakażonych HIV lub odpowiedniego oddziału szpitalnego.

Dodatnie wyniki testów weryfikacyjnych zostają umieszczone w bazie danych i są udostępniane wszystkim jednostkom organizacyjnym służby krwi. Działy rejestracji krwiodawców w centrach krwiodawstwa i w ich oddziałach terenowych są zobowiązane do prowadzenia imiennego wykazu dawców skreślonych z rejestru i sprawdzania każdego dawcy zgłaszającego się do oddania krwi, czy jego nazwisko nie znajduje się w tym wykazie.

Epidemiologia zakażeń HIV u dawców krwi w Polsce

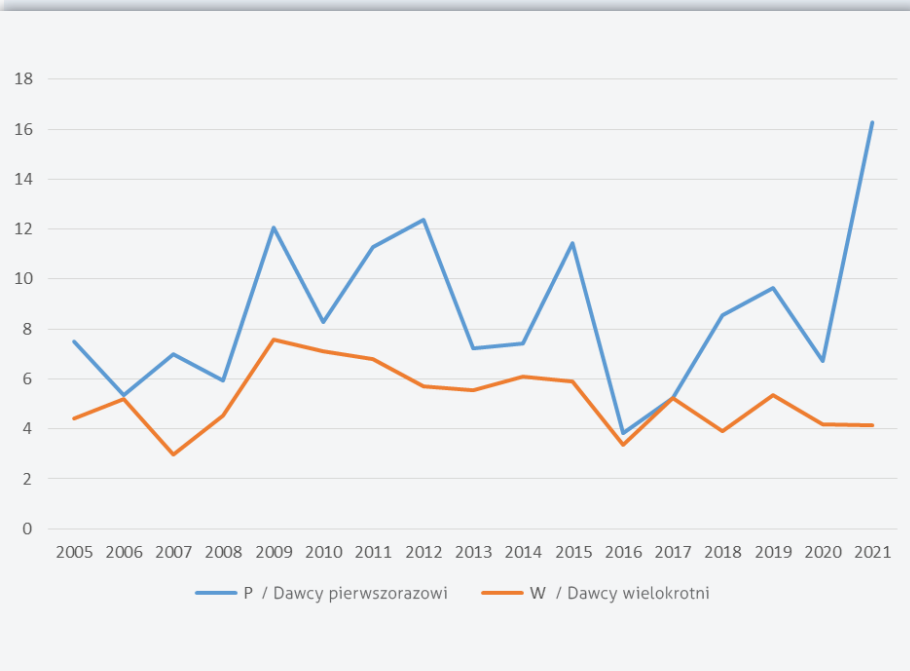
Na rycinie 1. przedstawiono dane dotyczące wykrywania seropozytywnych (z przeciwciałami) oraz seronegatywnych (na wczesnym etapie zakażenia, zanim we krwi obwodowej pojawią się przeciwciała na wykrywalnym poziomie, kiedy jedynym markerem zakażenia pozostaje RNA wirusa) zakażeń HIV. Co roku ten pierwszy typ zakażenia wykrywany jest u od 22 do 48 dawców, a zakażenia seronegatywne u od 1 do 3 dawców. Łącznie od 2005 roku zidentyfikowano zakażenie u 655 osób. Biorąc pod uwagę fakt, że z jednej donacji można przygotować do trzech składników krwi, badania przeglądowe zapobiegły nawet do 1965 przypadkom przeniesienia HIV.

Łącznie częstość zakażeń HIV u dawców w Polsce waha się średnio od 3 do 9 przypadków na 100 tys. dawców. Szczególnie niepokojącym faktem jest brak istotnej różnicy między częstością zakażeń u dawców pierwszorazowych i wielokrotnych (Rycina 2). W przypadku HCV i HBV zakażenia u dawców wielokrotnych są sporadyczne - wielokrotnie rzadsze niż u dawców pierwszorazowych, co jest zgodne z oczekiwaniami, ponieważ dawcy wielokrotni są uznawani za grupę, która powinna być bardziej świadoma, jakie sytuacje

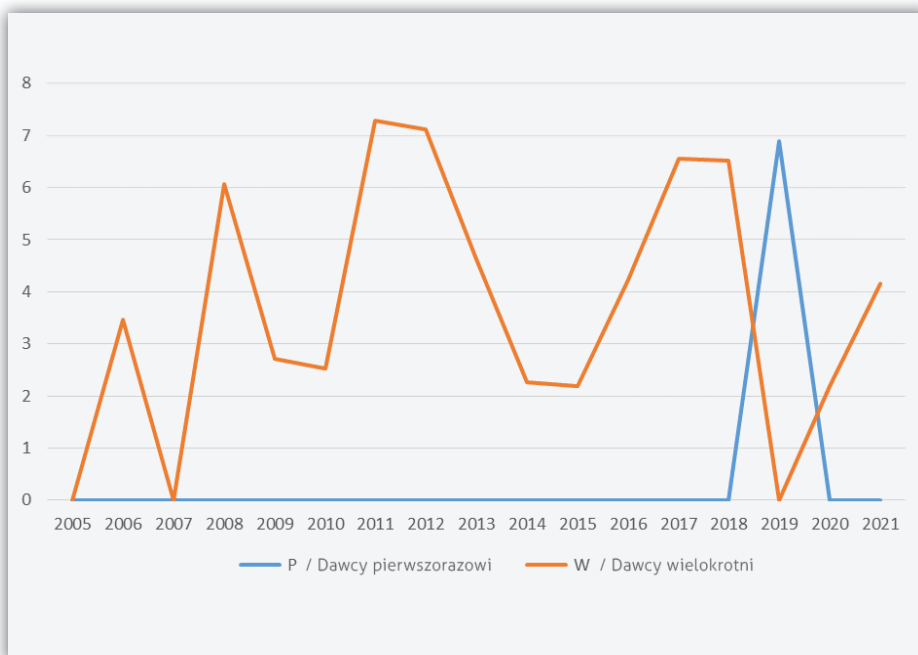


Rycina 1. Wykrywanie zakażeń HIV u dawców krwi w Polsce, w latach 2005-2021 (zakażenia seropozytywne i seronegatywne).

Rycina 2. Wykrywanie seropozytywnych zakażeń HIV u dawców krwi w Polsce, w latach 2005-2021 (liczba zakażeń/100.000 dawców)



A.



B.

czy zachowania są ryzykowne i dzięki temu obarczona jest mniejszym ryzykiem zakażenia.

Sytuacja wygląda również niekorzystnie w przypadku zakażeń seronegatywnych, czyli takich, do których doszło 1-2 tygodnie przed donacją/zgłoszeniem się w celu oddania krwi – do tej kate-

gorii zakażeń należą niemal wyłącznie mężczyźni oddający krew wielokrotnie.

Mimo, że częstość zakażeń HIV jest bardzo niska wśród dawców, może niepokoić fakt, że częstość zakażeń zarówno serododatnich, jak i tylko RNA HIV dodatnich u polskich dawców krwi jest wyższa niż u dawców krwi np. w Sta-

nach Zjednoczonych, gdzie częstość zakażenia HIV w populacji ogólnej jest większa niż w Polsce. Ta obserwacja może świadczyć o tym, że wśród polskich dawców krwi jest wielu (więcej niż w innych krajach) tzw. *test seekers* – osób, które oddają krew przede wszystkim w celu uzyskania wyników badań wirusologicznych. Są to zazwyczaj osoby przekonane, że mogły ulec zakażeniu, mimo to przed donacją nie zgłaszają sytuacji obciążonych istotnym ryzykiem.

Na występowanie tego zjawiska może wskazywać także relatywnie wysoka częstość zakażeń HIV wśród dawców wielokrotnych, zakażeń w tzw. okienku serologicznym oraz z wynikami reaktywnymi testu przeglądowego anty-HIV, dodatnich w badaniu RNA HIV, lecz negatywnych w teście WB. Dawcy wielokrotni teoretycznie powinni być istotnie bezpieczniejsi, ze względu na spodziewany większy stopień świadomości związanej z edukacją prowadzoną w trakcie oddawania krwi. Mniejsze prawdopodobieństwo zakażeń w tej grupie i tym samym ryzyko przeniesienia przez transfuzję obserwowane jest w przypadku HBV, HCV, ale nie HIV. W przypadku osób, u których wykryto zakażenie jeszcze przed pojawieniem się przeciwciał, niepokojący jest fakt braku zgłoszenia ryzykownej sytuacji lub zachowania, które w większości przypadków miały miejsce w okresie krótko poprzedzającym donację.

Z drugiej strony należy rozważyć, czy w Polsce nie mamy do czynienia z większą niż w innych krajach liczbą osób nieświadomych zakażenia HIV. Zmiany częstości zakażeń u dawców w ostatnich latach są zgodne z danymi dotyczącymi ogólnej częstości zakażeń w populacji polskiej i wskazują na rosnącą liczbę wykrywanych nowych zakażeń [dane NIZP-PZH].

Trudności diagnostyczne i ryzyko zakażenia przez krew

Szacunkowe wyliczenia ryzyka zakażenia HIV przez transfuzję pozwalają spodziewać się przeniesienia infekcji raz na jeden do kilku lat (najgorszy

scenariusz uwzględniający wysoką zakaźność przez przetoczenia). O ile współczynnik ten systematycznie maleje z roku na rok w przypadku HCV i HBV, to w przypadku HIV wykazuje nieznaczny trend rosnący. Jest to wynik pogarszającej się sytuacji epidemiologicznej oraz, jak się przypuszcza, narastającego problemu wspomnianych wcześniej *test seekers*. Istniejące ryzyko wynika z prawdopodobieństwa pobrania krwi od dawcy w okresie pierwszych kilkudziesięciu godzin zaraz po zakażeniu oraz z, jak się wydaje, niezwykle rzadkim występowaniem przypadków zakażeń w okienku serologicznym mutantami HIV, które są na tyle zmienione, że nie wykrywają ich obecnie stosowane testy NAT.

Inną populacją osób zakażonych, u której mogą wystąpić trudności diagnostyczne w trakcie badań przeglądowych, jest populacja tzw. *elite controllers*. W krajach z wysoką częstością zakażeń HIV, przede wszystkim w Afryce, stanowią oni ok. 2-4% zakażonych dawców. Należą do nich osoby, u których RNA HIV nie jest wykrywalne w osoczu metodami o czułości 50-70 kopii RNA/ml, mimo że przez przynajmniej dwa lata utrzymywały się u nich powtarzalnie reaktywne wyniki badania anty-HIV potwierdzone w teście Western blot. Osoby te nie były nigdy leczone lekami antyretrowirusowymi. Wiadomo, że u *elite controllers* wirus zachowuje zdolność do replikacji, jednak zakaźność krwi i jej składników pozostaje nieznana. Dotychczas identyfikowano pojedyncze tego typu przypadki wśród zakażonych dawców krwi w Polsce. Występowanie mutantów ucieczki oraz *elite controllers* przemawia za utrzymaniem badań metodami serologicznymi nawet w krajach, w których bada się RNA HIV.

Innym rozpoznanym potencjalnym zagrożeniem jest zgłaszanie się do odda-

wania krwi osób, które przyjmują leki antyretrowirusowe jako profilaktykę związaną z ryzykownymi zachowaniami (ang. *pre-exposure prophylaxis*, tzw. PreP). Zwraca się uwagę na ryzyko jakie tego typu zachowanie może nieść dla biorców krwi. Kolejne kraje wprowadzają zakaz oddawania krwi po PreP. Choć dotychczas zidentyfikowano pojedyncze nietypowe pod względem profilu markerów zakażenia przypadki zakażonych dawców najprawdopodobniej przyjmujących leki antyretrowirusowe, w Polsce nie jest póki co znana skala tego zjawiska. Niemniej dawcy i kandydaci na dawców przyjmujący PreP i jakiegokolwiek leki antyretrowirusowe powinni powstrzymać się od oddawania krwi ze względu na fakt zachowań ryzykownych, który skłania do korzystania z profilaktyki farmakologicznej.

Pomimo podejmowania wielu działań profilaktycznych nie udało się całkowicie wyeliminować ryzyka przeniesienia wirusa HIV przez przetoczenia krwi oraz jej składników, o czym świadczą dokumentowane w piśmiennictwie naukowym incydenty przeniesienia HIV przez transfuzję nawet w krajach, w których angażuje się najbardziej zaawansowane technologie do zapobiegania tego typu incydem. Kluczową rolę w profilaktyce nadal pełnią dawcy i ich pełna, odpowiedzialna współpraca w trakcie procedury kwalifikacji poprzedzającej oddanie krwi.

Do krwiodawstwa nie należy się zgłaszać w celu diagnozowania zakażenia HIV

Rozpatrując argumenty przeciwko zgłaszaniu się do krwiodawstwa w celu uzyskania wyniku badania w kierunku HIV trzeba mieć na uwadze fakt, że zakaźność HIV przez transfuzję krwi jest nieporównywalnie, wielokrotnie większa niż przez inne drogi transmisji, w tym przez kontakty seksualne.

Dysponujemy zaawansowanymi metodami diagnostycznymi identyfikacji zakażonych dawców, prowadzimy kwalifikację dawców w oparciu o badanie lekarskie i wywiad epidemiologiczny, w przypadku części składników krwi stosujemy metody redukcji patogenów (inaktywacji). W związku z tym wydawać by się mogło, że HIV przestał być problemem dla bezpieczeństwa przetoczeń. Niestety tak nie jest, ponieważ wysoka zakaźność przez transfuzje sprawia, że nawet wirus niewykrywalny – na początkowym etapie zakażenia, albo w trakcie leczenia/przyjmowania leków antyretrowirusowych (np. PreP) posiada potencjał zakaźny i może być przeniesiony na biorcę krwi. Zatem w krwiodawstwie nie działa zasada, że wirus niewykrywalny nie ulega transmisji, tak jak to zakłada się w przypadku drogi kontaktów seksualnych.

Należy zwrócić uwagę na to, że w krwiodawstwie badania nie są wykonywane anonimowo: dawca zakażony czynnikiem zakaźnym badanym przed oddaniem krwi jest dyskwalifikowany na stałe i informacja ta jest zgłaszana do Sanepidu oraz do innych Centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa w celu zapobieżenia w przyszłości oddania krwi przez taką osobę.

Co więcej, dawca oddając krew oraz próbkę na badania przeglądowe w kierunku czynników zakaźnych przenoszonych przez krew bierze na siebie odpowiedzialność podpisując oświadczenie, w którym potwierdza, że w zgodzie z sumieniem i posiadaną wiedzą podał informacje o przebytych chorobach i obecnym stanie zdrowia i że są one prawdziwe i dokładne. Poświadcza także, że zapoznał się z dostarczonymi materiałami informacyjnymi i zrozumiał ich znaczenie, miał możliwość wyjaśnienia wątpliwości, otrzymał satysfakcjonujące odpowiedzi na wszystkie zadane pytania; rozumie, że mają one na

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

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

celu ochronę jego zdrowia jako dawcy i zapewnienia bezpieczeństwa biorcy krwi. Potwierdza, że jego krew nadaje się do celów leczniczych i oświadcza, że w przypadku wystąpienia w ciągu 48 godzin od zakończenia donacji jakichkolwiek objawów chorobowych, zobowiązuje się do niezwłocznego powiadomienia jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi, w której miała miejsce donacja. W razie otrzymania zawiadomienia o konieczności odbioru wyników badań dawca zobowiązuje się do terminowego zgłoszenia się do centrum. Dawca przyjmuje do wiadomości, że jeżeli pomimo czterokrotnego zawiadomienia wyniki nie zostaną przez niego odebrane, centrum nie ponosi odpowiedzialności za konsekwencje wynikłe z tego faktu. Po stwierdzeniu

zakażenia, przy okazji wręczania wyników badań świadczących o zakażeniu HIV, zdyskwalifikowany dawca proszony jest o wypełnienie ankiety epidemiologicznej, która ma służyć identyfikacji najbardziej prawdopodobnej drogi zakażenia. O ile po wprowadzeniu badań na obecność wirusa, osoby zakażone wśród najbardziej prawdopodobnych źródeł zakażenia wymieniały środki odurzające podawane dożylnie (nota bene po ich przyjmowaniu nie wolno oddawać krwi do celów leczniczych!), o tyle obecnie najczęściej wskazują na homoseksualne kontakty między mężczyznami.

Właściwym miejscem sprawdzania statusu zakażenia w zakresie wirusa HIV (często także innych czynników zakaźnych przenoszonych drogą kontaktów seksualnych i przez transfuzję krwi) są

Punkty Konsultacyjno-Diagnostyczne dostępne w 27 miastach w Polsce, gdzie bezpłatnie, bez skierowania i, w przeciwieństwie do krwiodawstwa, anonimowo można wykonać testy w kierunku HIV. Diagnostyka w tym dedykowanym do diagnostyki miejscu nie posiada wspomnianych powyżej uciążliwości, związanych z odpowiedzialnością jaką bierze na siebie dawca krwi, a co więcej istnieje możliwość skorzystania z profesjonalnego poradnictwa w zakresie profilaktyki, dalszego leczenia czy z pomocy psychologicznej, czego nie można uzyskać przy okazji oddawania krwi do celów leczniczych w centrach krwiodawstwa.

*Prof. dr. hab. n. med. Piotr Grabarczyk
Instytut Hematologii i Transfuzjologii*

Piśmeinnictwo

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2017 r. w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi.
2. Blood donor selection, Guidelines on Assessing Donor Suitability for Blood Donation, WHO 2012
3. Seed CR, Yang H, Lee JF. Blood safety implications of donors using HIV pre-exposure prophylaxis. *Vox Sang.* 2017; 112 (5): 473-476.
4. Bruhn R, Lelie N, Custer B, Busch M, Kleinman S, Int NAT Study Grp. Prevalence of human immunodeficiency virus RNA and antibody in first-time, lapsed, and repeat blood donations across five international regions and relative efficacy of alternative screening scenarios. *Transfusion* 2015; 53, 10: 2399-2412.
5. Álvarez M, Luis-Hidalgo M, Bracho MA, Blanquer A, Larrea L, Villalba J, Puig N, Planelles D, Montoro J, González-Candelas F, Roig R. Transmission of human immunodeficiency virus Type-1 by fresh-frozen plasma treated with methylene blue and light. *Transfusion.* 2016; 56 (4): 831-6.
6. Sobata R, Shinohara N, Matsumoto C, Uchida S, Igarashi S, Hino S, Satake M, Tadokoro K. First report of human immunodeficiency virus transmission via a blood donation that tested negative by 20-minipool nucleic acid amplification in Japan. *Transfusion.* 2014; 54 (9): 2361-2.
7. Czynniki zakaźne istotne w transfuzjologii red. Ewa Brojer i Piotr Grabarczyk, Fundacja Pro Pharmacia Futura, Warszawa 2015.
8. Global status report on blood safety and availability 2021, WHO
9. Zanetti AR, Bodini U, Clerici M, Romanò L, Paolini E, Biasin M, Amendola A, Velati C. Transfusion of red blood cells from an HIV-RNA-positive/anti-HIV-negative donor without HIV infection in the recipient. *Transfusion.* 2007; 47 (7): 1328-9.
10. Schmidt M, Korn K, Nübling CM, Chudy M, Kress J, Horst HA, Geusendam G, Hennig H, Sireis W, Rabenau HF, Doerr HW, Berger A, Hourfar MK, Gubbe K, Karl A, Fickenscher H, Tischer BK, Babel R, Seifried E, Gürtler L. First transmission of human immunodeficiency virus Type 1 by a cellular blood product after mandatory nucleic acid screening in Germany. *Transfusion.* 2009; 49 (9): 1836-44.
11. Cappy P, Barlet V, Lucas Q, Tinard X, Pillonel J, Gross S, Tiberghien P, Laperche S. Transfusion of HIV-infected blood products despite highly sensitive nucleic acid testing. *Transfusion.* 2019; 59 (6): 2046-2053.
12. Gosbell IB, Hoard VC, Styles CE, Lee J, Seed CR. Undetectable does not equal untransmittable for HIV and blood transfusion. *Vox Sang.* 2019; 114 (6): 628-30.
13. Zachorowania na wybrane choroby zakaźne w Polsce od 1 stycznia do 31 grudnia 2022 r. oraz w porównywalnym okresie 2021 r. – http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2022/INF_22_12B.pdf
14. <https://aids.gov.pl/pkd/>
15. Sulkowska E. Epidemiologia zakażeń ludzkim wirusem nabytego niedoboru odporności u dawców krwi oraz ocena ryzyka resztkowego przeniesienia zakażenia przez transfuzję w Polsce, w latach 205-2018, rozprawa doktorska, IHiT, grudzień 2022.

kontra 

Redakcja
Maryla Rogalewicz

Wydawca:
Krajowe Centrum ds. AIDS

Adres redakcji:
ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa
tel. (+22) 331 77 66, 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.