



Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS

W numerze:

Kobieca siła wobec HIV

Bogna Szymańska-Kotwica,
Wojewódzki Szpital Zakaźny
w Warszawie

Str. 1-3

Seropozytywne kobiety w USA

Magdalena Ruszkowska-Cieślak,
Habitat for Humanity

Str. 4-6

Endometrioza a HIV

Anna Śladowska

Str. 6-7

Kobiety w erze HIV/AIDS

Dorota Rogowska-Szadkowska

Str. 8-12

Kobieta w ciąży. Aspekty prawne w kontekście HIV

Krajowe Centrum ds. AIDS

Str. 12

Telefon Zaufania AIDS

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

*połączenie płatne tylko za pierwszą minutę

**z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy

AIDS - Zielona Linia

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

Órodek Informacji o HIV/AIDS

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

Poradnia Internetowa HIV/AIDS

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

Kobieca siła wobec HIV Psychologiczne aspekty zakażenia HIV u kobiet

Wstęp

Od początku epidemii HIV pacjenci, klinicyści i inne osoby zaangażowane w pomoc ludziom zakażonym obserwują wielopłaszczyznowe skutki infekcji wywołanej przez ludzki wirus niedoboru odporności. Jedną z najbardziej dotkliwych konsekwencji zakażenia HIV jest jego psychologiczny ciężar. Niezależnie od tego kim jesteśmy, w jakich czasach żyjemy, w jakim kraju mieszkamy, jakiej jesteśmy rasy, ani jaką mamy preferencję seksualną, świadomość zakażenia destabilizuje całe nasze dotychczasowe życie. Mimo upływu lat i wielkiego postępu farmakoterapii, nadal informacja o HIV wielu osobom kojarzy się z wizerunkiem z czasów filmu Philadelphia (1993), kiedy to tematyka AIDS poruszyła show biznes. Ówczesny świat, ciężko doświadczony zgonami znanych aktorów, muzyków, artystów, nie mógł dalej udawać, że problemu nie ma. Na przestrzeni lat coraz częściej mówiło się o HIV/AIDS.

Zakażone kobiety stanowią prawie połowę populacji HIV+ na świecie według WHO (2016). Najnowsze amerykańskie doniesienia pokazują, że wśród nowo wykrytych zakażeń w Stanach Zjednoczonych jedna piąta dotyczy kobiet, a u ponad 87% osób do zakażenia doszło poprzez kontakty heteroseksualne. W Polsce, według danych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia zawartych w Mapach Potrzeb Zdrowotnych (2018), w populacji wszystkich zarejestrowanych pacjentów HIV+, 22% stanowią kobiety. Odsetek ten zmniejsza się na przestrzeni obserwacji prowadzonej w latach 2010-2015, i odpowiada światowym trendom.

Prawa kobiet

Wszystkie osoby zakażone, niezależnie od wieku, płci i długości zakażenia, doświadczają trudności związanych z dodatnim statusem serologicznym. Wszystkie działania na rzecz ludzi zakażonych HIV są godne uwagi i należytego szacunku, bo za każdą inicjatywą stoi sztab ludzi, ich dobre serca i wrażliwość na drugiego człowieka. Tym niemniej, przechodząc do tematu głównego publikacji, na uwagę zasługuje fakt, że kobiety ogólnie stanowią grupę szczególnie narażoną na dyskryminację i wykluczenie społeczne. Historycznie, rola kobiety zawsze była umniejszana – obyczajowo i prawnie. Często przemoc stosowana wobec kobiet była, i niestety czasem nadal jest, instrumentem sprawowania władzy. Prawa kobiet powstały jako prawa do wolności życiowej, integralności i autonomii cielesnej. Ponadto pozwoliły na uzyskanie niezależności w zakresie rodziny, rodzicielstwa, wolności religijnej, czynnego i biernego prawa wyborczego, sprawowania funkcji publicznych, sprawiedliwej i równej pracy oraz płacy, edukacji, służby wojskowej oraz zawierania umów i wielu innych możliwości. W związku z tym, niezależnie od statusu serologicznego każda kobieta ma równe prawa i nie powinna być narażana na dyskryminację, stygmatyzację, wykluczenie lub ostracyzm społeczny. Niestety we współczesnym świecie zakażone kobiety nadal narażone są na wyżej wymienione negatywne zjawiska.

HIV u kobiety

Zakażenie HIV w wyjątkowy sposób dotyczy kobiety; zarówno na płaszczyźnie emocjonalnej, społecznej, jak i zdrowot-

nej. Infekcja HIV może pokazać różnorodne oblicze na każdym etapie życia kobiety i w rozmaity sposób. Już sama świadomość zakażenia wpływa na życie seksualne, rodzinne, a także zawodowe. Często wiąże się z obniżeniem statusu socjoekonomicznego, zależnością (np. finansową), umniejszaniem poczucia własnej wartości, a nawet godności osobistej. Ze względu na uwarunkowania biologiczne i większą wrażliwość emocjonalną, kobiety są bardziej narażone na wystąpienie objawów depresji lub zaburzeń na tle lękowym oraz częściej doświadczają skutków przewlekłego stresu. Stan psychiczny kobiet żyjących z HIV/AIDS negatywnie wpływa na ogólną jakość ich życia. Zmniejsza się poziom zadowolenia z siebie i własnego życia, pojawiają się nadmierne krytyczne i obwiniające myśli, porównywanie się do innych – zdrowych osób, lub do stanu sprzed zakażenia. Częściej występują trudności ze snem, apatia, brak apetytu lub nadmierne objadanie się, odczuwalna mniejsza satysfakcja z życia seksualnego. Często wiąże się to z obawą o zdrowie swoje i najbliższych osób.

Kobiety zakażone HIV częściej doświadczają problemów zdrowotnych. Pewne dolegliwości mogą być silniej odczuwane lub bardziej rozpowszechnione niż w populacji kobiet zdrowych. U zakażonych kobiet dotkliwie wyrażone są zmiany hormonalne oraz zaburzenia cyklu menstruacyjnego. Problemy te objawiają się bardziej dokuczliwym zespołem napięcia przedmiesiączkowego, zmianami w intensywności krwawienia, zaburzeniami owulacji oraz wcześniejszą menopauzą. Problemy te nie muszą wynikać z samej obecności wirusa w organizmie, lecz często ujawniają się na skutek przewlekłego stresu, dodatkowych chorób przenoszonych drogą płciową lub stanów zapalnych dróg rodnych. Nawracające infekcje zlokalizowane w okolicach intymnych, odczuwalne swędzenie, pieczenie i inne dolegliwości ograniczają lub zniechęcają kobiety do podejmowania aktywności seksualnej, nie dając poczucia spełnienia w roli życiowej partnerki. Ograniczając poczucie pożądania, seksapilu, realizacji podstawowych potrzeb egzy-

stencjalnych lub rozrywki, wywołują frustrację i wycofanie.

Ponadto u osób zakażonych częściej rozpoznaje się zmiany nowotworowe, które definiują AIDS. U kobiet może to być na przykład rak szyjki macicy, który oznacza już głębokie zaawansowanie choroby. W związku z tym kobiety HIV+ muszą częściej korzystać z wizyt u ginekologa oraz regularnie wykonywać badania cytologiczne, aby wcześniej wykryć zmiany onkologiczne. Ten fakt z jednej strony oznacza, że wiedza o zagrożeniach dla zdrowia kobiety HIV+ jest na wysokim poziomie i można „trzymać rękę na pulsie”, ale z drugiej, życiowej perspektywy jest to opcja, która powoduje, iż odczuwalna jest ciągła presja i przymus pamiętania o terminach, badaniach, wizytach, a także lęk przed złą diagnozą. Również zaburzenia hormonalne, determinujące konieczność pilnowania, kiedy i jakie badania należy wykonać i jakie przyjmować leki stabilizujące na przykład funkcje tarczycy, odpowiedzialnej m.in. za zmienność nastrojów, powodują ustawiczny strach o swoje zdrowie.

Rodzicielstwo

Świadomość zakażenia HIV istotnie wpływa na podjęcie decyzji o założeniu rodziny, począwszy od znalezienia partnera, który zaakceptuje dodatni status serologiczny i wraz z kobietą HIV+ założy rodzinę. Kolejne zmartwienia pojawiają się, kiedy zakażona kobieta pragnie uro-

dzić zdrowe dziecko. Mimo ogromnego postępu medycyny i faktu, iż kobieta żyjąca z infekcją może urodzić zdrowe dziecko, to sama świadomość choćby cienia możliwości transmisji HIV na dziecko powoduje silny stres i lęk przed porodem. W coraz liczniejszych publikacjach badacze zwracają uwagę na zjawisko depresji u ciężarnych kobiet HIV+. Kobiety w ciąży żyjące z infekcją stanowią jedną z najbardziej priorytetowych grup w zakresie leczenia i kompleksowej, wielospecjalistycznej opieki. Ważnym obserwowanym czynnikiem wpływającym na stan psychiczny pacjentek w ciąży są objawy lęku i depresji, które w istotny sposób osłabiają ocenę jakości życia. Wielu ekspertów dowodzi, że depresja jest także związana ze słabszą adherencją terapii ARV, a jest to niezmiernie ważne w okresie okołoporodowym. Objawy depresyjne występujące w trakcie ciąży, mniejsza aktywność społeczna i wahania nastroju mogą stopniowo odbierać radość z powiększającej się rodziny. W tak ważnym życiowo czasie istotnym czynnikiem oddziałującym na stan psychiczny ciężarnej kobiety HIV+ jest wsparcie i zaangażowanie życiowego partnera, najbliższego otoczenia oraz poczucie bezpieczeństwa w zakresie opieki medycznej. Badacze z Finlandii wskazali specyficzną rolę medycznej opieki okołoporodowej, która różni się w porównaniu z kobietami zdrowymi ze względu na wymagane procedury (Aho i wsp. 2018). Mimo dokładnie sprecyzowanych procedur ciężarne HIV+ nadal doświadczają dyskryminacji na salach porodowych.



Na kolejnych etapach życia zakażone kobiety mogą napotkać trudności związane z kompetencjami rodzicielskimi i wychowawczymi, niższe poczucie umiejętności rodzicielskich wynikające z kompleksów lub obawy przed stygmatyzacją dziecka przez środowisko. Pojawiają się dylematy związane z momentem ujawnienia statusu serologicznego, kiedy z dzieckiem zacząć rozmawiać na ten temat – co zrobić, kiedy dziecko dopytuje, co jest powodem przyjmowania leków, jak doszło do zakażenia lub czas, w którym dorastające dziecko wykorzystuje informację przeciwko rodzicowi, próbując manipulować lub wyegzekwować dla siebie jakieś dobra.

Starzenie się kobiet HIV+

Dzięki wysoce skutecznej terapii antyretrowirusowej, wiele kobiet zakażonych HIV żyje dłużej. W związku z tym, kolejnym trudnym momentem w przebiegu życia jest czas starzenia się oraz klimakterium, które samo w sobie jest okresem chwiejności emocjonalnej, niezależnie od statusu serologicznego. Infekcja HIV przyspiesza naturalne procesy starzenia się, a więc przejście w okres menopauzy następuje w młodszym wieku niż w populacji ogólnej. Niektórzy naukowcy sądzą również, że obniżenie poziomu estrogenu po menopauzie wpływa na obniżenie odporności widocznej w niższej wartości CD4, co także przekłada się na ogólną kondycję zdrowotną. Ponadto w przebiegu zakażenia HIV

ujawniają się inne czynniki związane z wcześniejszym okresem starzenia, np. osteoporoza. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni o dodatnim statusie serologicznym w młodszym wieku wykazują znaczną demineralizację kości i w jej konsekwencji narażeni są na złamania, pęknięcia kości oraz bóle kostno-stawowe, co istotnie ogranicza codzienne funkcjonowanie i aktywność ruchową dając poczucie ograniczonej sprawności.

Społeczne piętno

Nie wszystkie ograniczenia i zagrożenia zdrowotne, które mogą wystąpić w przebiegu infekcji HIV, są tymi najbardziej dotkliwymi. Według Gill Green, czasami medyczny aspekt doświadczania choroby może być łatwiejszy do zniesienia niż społeczne piętno. Ta konkluzja niestety jest aktualna mimo tak wysoce rozwiniętej wiedzy i możliwości leczenia oraz życia z HIV. Strach, wstyd, poczucie winy lub bezradność są silnymi bodźcami, które ograniczają możliwości działania oraz determinują uruchomienie spirali dręczących myśli i przekonań o sobie i innych. W długofalowej perspektywie życia negatywne myśli powodują obniżenie poczucia własnej wartości, zagubienie, osamotnienie, brak autentyczności oraz inne dysfunkcje.

Potrzeby i pomoc

Według rekomendacji Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS, wszystkie

osoby żyjące z HIV powinny mieć dostęp do wielospecjalistycznej opieki, w tym także psychologicznej, zarówno w placówkach medycznych, jak i innych organizacjach pracujących na rzecz osób zakażonych. W ostatniej dekadzie zakres pomocy osobom HIV+ w Polsce rozwinął się i stał się wielopłaszczyznowy i wielodyscyplinarny. Coraz więcej placówek państwowej opieki medycznej dedykowanej osobom HIV+ zapewnia możliwość interwencji psychologicznej, a nawet różne formy psychoterapii. Ponadto liczne stowarzyszenia i organizacje pozarządowe tworzą grupy wsparcia i warsztaty edukacyjne dotyczące życia z infekcją. Jednak proponowane oferty są uogólnione i nie wszystkie osoby odnajdują się w takiej konwencji spotkań. Istnieją programy wsparcia przeznaczone dla kobiet HIV+, jednak ich zasięg jest ograniczony lub nie przemawia do pewnej grupy kobiet, szczególnie tych aktywnych zawodowo i społecznie. Potrzebują konkretnych rozwiązań i usług dedykowanych ich oczekiwaniom, bez nadawania z góry określonej etykiety. Grupa kobiet może sama w sobie być czynnikiem wspierającym na różnych etapach życia z przewlekłą infekcją, jeśli jest moderowana zgodnie z potrzebami uczestniczek. Dowodem tego mogą być grupy kobiet wspierających się w innych stanach klinicznych, jak np. Amazonki lub w ramach Fundacji Rak'n'Roll.

Każda kobieta to inna historia. Dlatego nie można jednoznacznie określić psychologicznych aspektów życia z HIV, które odpowiadałyby każdej doświadczającej przez HIV kobiecie. Jest wiele wspartych kobiet, które bardzo dobrze i sprawnie radzą sobie z obowiązkami rodzicielskimi oraz zawiłościami życia – zawodowego, seksualnego, zdrowotnego, emocjonalnego, a fakt bycia osobą zakażoną wcale nie wpływa na ich poczucie kompetencji i pewności siebie. Oby było jak najwięcej wśród nas takich dziewczyn, które każdego dnia dają świadectwo swojej wielkiej mocy i wytrwałości!

*dr n. społ. Bogna Szymańska-Kotwica
psycholog, Wojewódzki Szpital
Zakaźny w Warszawie
Minds of Hope Warszawa*



Seropozytywne kobiety w USA

W pierwszej fazie epidemii problem HIV w przeważającej części dotyczył mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami, jednakże wraz z upływem lat kolejną szczególnie dotkniętą populacją stały się także kobiety i dziewczęta. Obecnie stanowią one ponad połowę światowej populacji osób żyjących z HIV (blisko 18 milionów przypadków zakażeń), a w wielu krajach liczebność kobiet HIV+ przewyższa liczebność zakażonych mężczyzn! HIV można określić przyczyną śmierci numer jeden kobiet w wieku rozrodczym (od 15 do 44 r.ż); wśród ogółu nastolatków ponad sześć na dziesięć nowych zakażeń HIV diagnozuje się właśnie u dziewcząt (w wieku od 15 do 19 r.ż). Podatność kobiet na zakażenie jest kwestią złożoną, można wyróżnić tu czynniki biologiczne, społeczne, kulturowe i ekonomiczne.

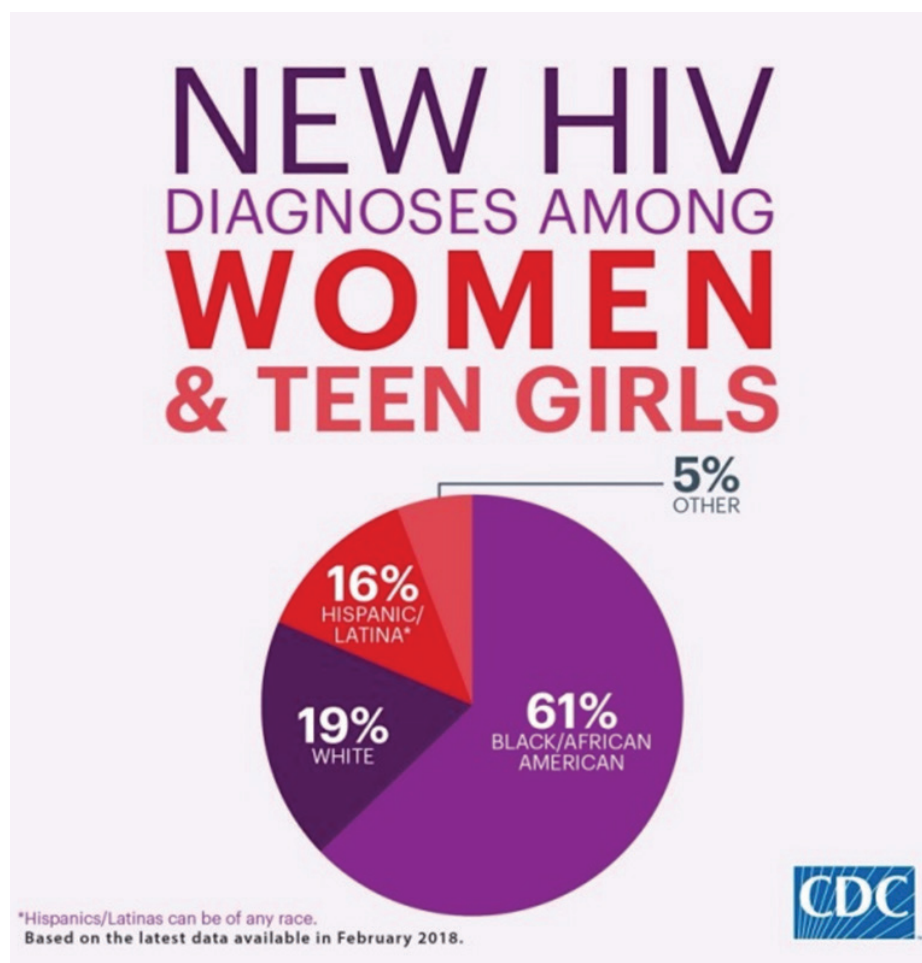
Ubóstwo, seksizm, stygmatyzacja, dyskryminacja, obowiązek opieki nad dziećmi i starszymi, przemoc w rodzinie to składowe uniemożliwiające kobietom (szczególnie kolorowym i latynoskim) swobodny dostęp do informacji i świadczeń profilaktycznych, a w przypadku zakażenia – do leczenia, opieki i wsparcia. Epidemia w sposób szczególnie dotkliwy dotyka kobiety trans. Ocenia się, że odsetek kobiet transseksualnych żyjących z HIV jest 49 razy wyższy od tego notowanego w ogólnej światowej populacji dorosłych kobiet, niezależnie czy żyją one w krajach o niskim, średnim lub wysokim poziomie dochodów.

W USA żyje około 1,1 miliona osób zakażonych, z czego co siódma osoba (14%) nie jest tego faktu świadoma. W 2017 roku w tym kraju zdiagnozowano 38 739

nowych przypadków HIV, blisko jedną czwartą wśród kobiet i dziewcząt. Jak widać na diagramie, kobiety rasy innej niż biała (choć stanowią mniej niż 30% całej populacji amerykańskich kobiet) są w szczególnie dojmujący sposób dotknięte problemem epidemii. Mimo że dane statystyczne pokazują, że w latach 2005-2014 liczba nowych przypadków HIV wśród ogółu kobiet spadła aż o 40%, to należy pamiętać, że większość z nich nie jest objęta systemem opieki i leczenia. Skutkuje to tym, że tylko u mniej niż jednej trzeciej amerykańskich kobiet notuje się supresję wirusa.

The Well Project

The Well Project to organizacja non-profit założona w 2002 roku w Stanach Zjednoczonych przez aktywistkę Dawnę Averitt pracującą w obszarze HIV/AIDS i jej brata Richarda Averitt, których życiową misją jest ograniczenie pandemii HIV/AIDS w globalnej społeczności kobiet i dziewcząt. Impulsem do podjęcia tego typu działań był fakt, że ówczesny rynek praktycznie nie oferował żadnych specjalistycznych materiałów na temat HIV przygotowanych z myślą o kobietach i odpowiadających na ich specyficzne potrzeby. Czemu nie należy się też szczególnie dziwić, gdyż nawet do tej pory kobiety są niedostatecznie reprezentowane w badaniach nad HIV, w tym w badaniach klinicznych i różnego rodzaju analizach naukowych. Oznacza to, że wiele rekomendacji dotyczących wdrażania schematów leczenia, prowadzenia pacjentek oraz zaspokajania ich potrzeb zdrowotnych paradoksalnie opiera się na badaniach przeprowadzanych prawie wyłącznie wśród mężczyzn. Dlatego też aktywiści działający na rzecz The Well Project, w pierwszej kolejności poświęcili kilka lat pracy na utworzenie i udostępnienie pokaźnego zbioru danych, obecnie uznawanego za najpełniejsze internetowe źródło wiedzy na tematy dotyczące kobiet HIV+. Ze źródeł tych każdego roku korzysta bezpośrednio ponad milion internautów. W ramach wdrażania działań projekto-



Nowe przypadki HIV wśród kobiet i dziewcząt w USA.

19% - kobiety białe, 16% - kobiety latynoskie, 61% kobiety czarnoskóre, 5% - inne.

Dane Centers for Disease Control and Prevention – luty 2018.



The Well Project: <https://www.thewellproject.org>

wych podejmowane są też wysiłki na rzecz zachęcania kobiet odwiedzających portal The Well Project do brania udziału we wszystkich możliwych ankietach i badaniach klinicznych dotyczących HIV/AIDS, by potrzeby kobiet mogły być uwzględniane w systemowych planach leczenia antyretrowirusowego.

A Girl Like Me

A Girl Like Me – Dziewczyna Taka Jak Ja – to platforma internetowa skupiająca szeroki wachlarz blogów prowadzonych w ramach The Well Project, których celem jest promocja o globalnym zasięgu zrozumienia i akceptacji społecznej problemu zakażenia HIV wśród kobiet w związku z udokumentowanymi nierównościami w dostępie do leczenia i opieki w populacji kobiet i mężczyzn.

Rozmowa z Katie Adsila, blogerką A Girl Like Me

KONTRA: Co sprawiło, że dołączyłaś do grupy A Girl Like Me?

Katie: Pragnę być siostrą, przyjacielem, rzecznikiem kobiet HIV+, tak aby nikt z mojego otoczenia nie czuł się wyalienowany w swoich zmaganiach z życiem, tylko dlatego, że jest zakażony. Mój blog powstał z myślą o ogromnej rzeszy kobiet naznaczonych przez HIV, które z tego powodu cierpią z powodu samotności i izolacji społecznej. Chciałabym być przewodniczką również dla tych, dla których HIV to temat nowy, jeszcze nieoswojony, chcę tym kobietom służyć swoją wiedzą i pomocą. Także na poziomie osobistym pragnę realizować swoje

własne poczucie misji i celu, a nie tylko biernie patrzeć, jak życie przecieka mi przez palce. Pisanie zawsze sprawiało mi przyjemność, więc aktywna obecność na blogu pozwala mi na pełną realizację moich pasji i dążeń.

KONTRA: Katie, podzielisz z czytelnikami swoją historię?

Katie: Nazywam się Katie Adsila Wilingham i pochodzę z miasteczka Tuscumana, otoczonego terenami rolniczymi w północno-zachodniej Alabamie (USA). Czy wiesz, że to także miejsce narodzin słynnej Helen Keller, głuchoniewidomej pisarki, pedagog i działaczki społecznej? W czerwcu 2000 roku zdiagnozowano u mnie HIV, obecnie dzięki leczeniu ARV mam niewykrywalny poziom wirusa we krwi. Jednak początek mojej drogi z HIV nie wyglądał tak różowo. Do tej pory pamiętam wzrok lekarzy i pielęgniarek, jak na mnie patrzyli, gdy przekazywali mi wynik testu... Zgodnie twierdzili, że nie zostało mi wiele czasu. Mój poziom wirusii wynosił blisko 800 000, a liczba komórek CD4 – 42. Dawano mi od roku do pięciu lat życia. Przez te pięć pierwszych lat każde kichnięcie wywoływało u mnie atak paniki, nieustannie towarzyszył mi lęk przed śmiercią, który dodatkowo nasilał się przy takich błahostkach jak: nocne poty, katar u osoby z najbliższego otoczenia czy epidemia grypy w sąsiedniej szkole. Przez ponad dziesięć lat każdego dnia czekałam na śmierć, ale ta nie nadchodziła, ja niezmiennie każdego ranka budziłam się ponownie, co dla mnie było zdumiewające, przecież miałam HIV! W tym pełnym lęku okresie nawet nie myślałam o tym, aby stać się aktywistką czy rzecznikiem praw kobiet HIV+. Zmiana mojego sposobu myślenia nadeszła, gdy zdecydowałam się na ujawnienie najbliższym, że jestem kobietą trans. Uwolnienie się od ciężaru tej skrywanej przez dekady wielkiej ta-

jemnicy dało mi poczucie tak ogromnej ulgi i szczęścia, że automatycznie otworzyły się przede mną inne obszary życia, poczułam wewnętrzną siłę do działania na rzecz innych. Tak zaczęła się moja przygoda z The Well Project.

KONTRA: O czym piszesz na blogu?

Katie: (Śmiech). Zajrzyj tam i się przekonaj!

Fragment bloga Katie

Kiedy byłam dzieckiem mieszkaliśmy nad brzegiem rzeki Tennessee. Nie umiałam pływać, więc gdy tylko chciałam bawić się przy wodzie musiałam na wszelki wypadek zakładać kamizelkę ratunkową. Pewnego dnia mój tato i kilku jego znajomych łowili w rzece ryby, a ja jak zwykle kręciłam się w pobliżu. Było mi gorąco i niewygodnie, więc samowolnie zdjęłam kamizelkę. Nikt tego nie zauważył, a niedługo potem któryś z dorosłych przejęty połowem niechcący mnie potrafił, a ja jak długa wpadłam do wody i oczywiście zaczęłam się topić. Uratował mnie tato, który bez wahania wskoczył do rzeki i przyholował na brzeg. To był moment zwrotny, gdy moi rodzice podjęli decyzję, że muszą nauczyć mnie pływać. Wkrótce tato ponownie zabrał mnie nad rzekę, dokładnie w to miejsce, gdzie wcześniej nieomal się nie utopiłam i powiedział: „- Nie bój się, ale jedyny sposób, jaki znam, aby cię nauczyć pływać, to taki w jaki i mnie nauczono” – i ... wrzucił mnie do wody. Oczywiście wpadłam w panikę, ale potem podjęłam desperacką próbę utrzymania się na powierzchni, machałam rękami i kopałam nogami i... zaczęłam płynąć! Po chwili już nie bałam się wody, kochałam ją! To nieco okrutne doświadczenie nauczyło mnie, że w przypadku braku wyboru szybko nabywa się niezbędnych umiejętności potrzebnych do przeżycia. Właśnie ta historia z dzieciństwa przychodzi mi do głowy, gdy w sposób metaforyczny myślę o mojej pracy jako aktywistki na rzecz rozwiązywania problemów związanych z HIV. Jeszcze dwa lata temu byłam bierną obserwatorką życia. Ten stan można porównać do bezcelowego kręcenia się na brzegu rzeki, szczelnego



otulenia kamizelką ratunkową, dbania o siebie i zajmowania się tylko swoimi sprawami. Gdy poznałam inne osoby z Sieci Kobiet Pozytywnych uświadomiłam sobie, że chcę być aktywna, czyli w przenośni chcę nauczyć się „pływać”. To był rok 2016. Praca moich koleżanek-aktywistek była dla mnie inspiracją, ja też chciałam się do nich przyłączyć, więc bez szczególnego namysłu... wskoczyłam do rzeki. Zapisalam się do Społecznej Rady Doradczej mojej lokalnej organizacji ASO (AIDS Service Organisation), niedługo potem zaproponowano mi możliwość zasiadania w Alabamskim Komitecie ds. Zapobiegania HIV i Planowania Opieki, po czym zostałam przyjęta do Positive Women's Network (PWN). Wszystko działało się bardzo szybko. Mniej więcej w tym okresie mojego ży-

cia moja żona złożyła pozew o rozwód, a dzieci zerwały ze mną kontakt, większość rodziny się mnie wyparła. Złych doświadczeń było tak dużo, że czułam, że tonę, że ogarnia mnie panika, ale też, że nie mogę się poddać, tak więc wszystkimi siłami starałam się utrzymać na powierzchni. Rok później dołączyłam do iAdvocate (grupy aktywistów z Thrive Alabama), założyłam trzy edukacyjne grupy na Facebooku, zaczęłam moją przygodę z blogiem The Well Project, stałam się przywódczynią takich organizacji jak Positive Women's Network (PWN) Alabama oraz ambasadorem U = U (Undetectable=Untransmittable). A teraz pracuję nad stworzeniem pierwszego regionalnego oddziału PWN na terenie stanu Alabama, a także przygotowuję się do bycia oficjalnym członkiem rzecznika

PWN-USA. Wciąż czuję, że rzucam się na głęboką wodę, nie mając pojęcia, co mnie dalej czeka. Niełatwo jest pokonać strach i niepewność i uwierzyć w swoją siłę sprawczą, możliwość wywiązania się z nowych obowiązków, przetrwanie rozmaitych trudów i nieszczęść, ale tak jak powiedziałam, kiedy życie jak katarakta wyrzuca cię poza strefę komfortu, odkrywasz w sobie siłę, o której, żyjąc tylko dla siebie w komfortowych warunkach, nie miałas nawet pojęcia. Kiedy rzeczywistość staje się trudna, musisz podjąć wyzwanie i mieć silne postanowienie, by się nie poddawać. Jeśli wytrwasz, będziesz zaskoczona potęgą swojej wewnętrznej siły.

*opr. Magdalena Ruszkowska-Cieślak
Habitat for Humanity*

Endometrioza a HIV

Endometrioza jest chorobą o nie do końca poznanim podłożu. Dotyczy ona tzw. ektopowego, czyli poza właściwym sobie miejscem, umiejscowienia tkanki błony śluzowej jamy macicy. Ogniska endometriozy mogą wszczerpić się w różne miejsca, np. powierzchnię jelit, jamy otrzewnowej, pęcherza, jajowodów czy jajnika. Można również spotkać doniesienia o endometriozie zlokalizowanej w tkance ośrodkowego układu nerwowego.

Ze względu na swoją budowę komórkową, która odpowiada tkance błony śluzowej jamy macicy, endometrioza podlega podobnym przemianom, które są zależne od cyklu miesięczkowego. Oznacza to, że gdy pod wpływem estrogenów endometrium przyrasta na grubość, pojawiają się także bóle związane z endometriozą. Co ciekawe, rozległość i ilość zmian nie koreluje z nasileniem dolegliwości bólowych. Inne objawy występujące przy endometriozie dotyczą najczęściej nieprawidłowych krwawień i plamień śródcyklicznych. W badaniach laboratoryj-

nich najbardziej charakterystyczne jest podwyższenie markera nowotworowego Ca-125, który nie jest specyficzny dla żadnego raka, a jedynie sugeruje wzmożoną czujność onkologiczną.

Jedną z teorii dotyczących etiologii endometriozy uwzględnia przekształcanie się tkanek w nabłonek gruczołowy jamy macicy. Inna mówi o tzw. „wstecznej menstruacji”, czyli przedostawaniu się

krwi miesięczkowej wraz ze złuszczonego nabłonkiem wstecznie przez jajowody do jamy otrzewnowej. Niezależnie od bezpośredniej przyczyny, większość naukowców jest zgodna co do tego, że jest to zaburzenie układu immunologicznego. Rozwój ognisk endometriozy doprowadza do przewlekłego stanu zapalnego, toczącego się w obrębie miednicy mniejszej. To z kolei skutkuje wytwarzaniem się płynu przesiękowego, a w rezultacie



kontra 

Redakcja
Maryla Rogalewicz
Katarzyna Gajewska
Wydawca:
Krajowe Centrum ds. AIDS

Adres redakcji:
ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa
tel. (+22) 331 77 68, 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.

zrostów – cienkich błonek zbudowanych z tkanki łącznej, które „zlepiają” macicę, jajowody, jajniki oraz pętle jelit ze sobą. Wynikiem tego są objawy bólowe przy oddawaniu moczu lub stolca, zaparcia oraz kolki jelitowe. Najbardziej dokuczliwym skutkiem wytworzenia się zrostów jest zespół bólowy miednicy mniejszej, definiowany jako trwający co najmniej 6 miesięcy przewlekły ból brzucha niezależny od fazy cyklu miesięczkowego.

Z uwagi na niepoznany dotąd mechanizm biologiczny prowadzący do powstawania endometriozy, nie ma pewności, w jaki sposób ogniska endometriotyczne upośledzają płodność u kobiet, pomijając mechaniczną obstrukcję drogi komórki jajowej do jamy macicy poprzez „zlepianie” za pomocą zrostów jajowodów i aparatu strzępkowego, odpowiedzialnego za wyłapywanie i kierowanie komórki jajowej do światła jajowodu. Badania dowodzą, że u kobiet ze stwierdzoną endometrią, jednak bez mechanicznych przeszkód do zajścia w ciążę, nadal występuje obniżona płodność. Wciąż trwają prace kliniczne i laboratoryjne dotyczące tych zjawisk. Do tej pory naukowo udowodniono silny wpływ genetyki na rozwiniecie endometriozy – naukowcy zdołali określić geny odpowiedzialne za podwyższone ryzyko wystąpienia tej choroby.

Diagnoza stawiana jest najczęściej na podstawie występujących u pacjentki objawów i skuteczności leczenia hormonalnego. Jedynym zarejestrowanym w Polsce lekiem przeznaczonym bezpośrednio do leczenia endometriozy jest Visanne®, czyli dienogest – syntetyczny progesteron. W znaczący sposób zmniejsza objawy oraz rozległość ognisk endometriozy. Jednym z jego działań niepożądanych jest antykoncepcja. Ten sam mechanizm działania hormonalnego wykorzystywany jest przy stosowaniu dwuskładnikowej antykoncepcji estrogenowo-progestagenowej, której bezpośrednim celem nie jest zapobieganie ciąży, ale zmniejsze-

nie dolegliwości wynikających z choroby, jaką jest endometrioza.

W przypadku niepowodzenia terapii hormonalnej lub przy współwystępowaniu przeciwwskazań do jej stosowania, a także w innych, szczególnych przypadkach, stosowane jest leczenie operacyjne. Wykonywana jest tzw. laparoscopia diagnostyczna, podczas której określa się, czy występują zmiany o morfologii (wyglądzie) endometriozy i, w przypadku ich uwidocznienia, niszczy się je za pomocą elektrokoagulacji lub wycina, gdy mamy do czynienia z torbielami endometrialnymi. Podczas takiej operacji możliwa jest również kontrola drożności jajowodów poprzez podanie barwnika do jamy macicy i obserwację jego wypływu przez jajowody, oraz uwolnienie zrostów wewnętrznych, będących częstą przyczyną dolegliwości bólowych.

Endometrię można wykryć w badaniu USG tylko w ograniczonym stopniu – np. w przypadkach torbieli endometrialnych. Jednak u większości kobiet ogniska endometriozy będą niewidoczne podczas badania USG. Istnieje niewielka liczba lekarzy na świecie, którzy wyspecjalizowali się w uwidacznianiu ognisk endometrialnych za pomocą ultradźwięków, jednak ze względu na bezpieczeństwo i dostępność laparoskopii diagnostycznej nie jest to zalecana metoda diagnostyczna.

Niezależnie od zastosowanego leczenia, nie są do tej pory poznane metody całkowitego wyleczenia z endometriozy. Objawy ustępują dopiero po wygaśnięciu funkcji wydzielniczej jajników, czyli po menopauzie, lub w wyniku usunięcia przydatków z innych przyczyn. Mimo to długofalowe skutki endometriozy, na przykład wytworzone zrosty między pętlami jelit, potrafią przypominać o dawnej chorobie jeszcze przez wiele lat. U kobiet z aktywnymi hormonalnie jajnikami dolegliwości potrafią nawracać, a ogniska endometriozy powiększać się z czasem.



Z nieznanych do tej pory przyczyn, endometrioza potrafi zmniejszyć swoje nasilenie po przebytej ciąży.

W czasach, kiedy zakażenie HIV może być bardzo skutecznie leczone, opisywanych jest coraz więcej przypadków rozsianej endometriozy u pacjentek HIV-dodatnich. Podejrzewa się, że endometrioza może być w takich przypadkach bardziej nasiloną, przypominając nawet rozsianą proces nowotworowy. Najczęstszymi objawami endometriozy są: bóle brzucha, utrata masy ciała i zaparcia. Ze względu na podobieństwo do objawów raka jajnika, jak również wzmożony nadzór nad pacjentkami zakażonymi HIV, różnicowanie najczęściej odbywa się dopiero na poziomie operacji lub pooperacyjnego badania histopatologicznego.

Należy pamiętać, że pacjentki HIV-dodatnie mogą cierpieć na te same choroby, które są bardzo często spotykane w niezakażonej populacji, jednak zapomina się o nich, skupiając się głównie na zakażeniu HIV. Również przebieg endometriozy może być bardziej nasilony niż zwykle jest to obserwowane. Przy rosnącej liczbie pacjentek, których długość ani jakość życia nie są w znaczący sposób zmienione przez zakażenie wirusem HIV, problem ten będzie się pojawiał coraz częściej.

Anna Śladowska
ginekolog

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

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

Kobiety w erze HIV/AIDS

Przytłaczająca większość informacji, które Państwo tu przeczytają okazała się nieprawdą, jednak wiele z tych nieprawdziwych poglądów przetrwało do dziś.

W początkach epidemii amerykańskiej AIDS był przede wszystkim problemem mężczyzn. Ale zanim opisano przypadki zgonów młodych, zdrowych wcześniej mężczyzn spowodowanych *Pneumocystis carinii*, z powodu chorób, które zwykle nie były śmiertelne, jak na przykład bakteryjne zapalenia płuc, zmarło wiele kobiet przyjmujących w przeszłości lub w tym czasie narkotyki w iniekcjach. Stało się tak dlatego, jak pisała w latach 90. amerykańska profesor prawa Elizabeth B. Cooper, że pojawienie się ciężkich chorób o niezwykle dużej śmiertelności u młodych homoseksualnych mężczyzn, w większości białych, wywołało taki wstrząs, że nie zostały nawet zauważone częstsze choroby i powodowane nimi zgony u przyjmujących narkotyki kobiet, po których i tak nikt nie spodziewał się szczególnie dobrego stanu zdrowia.

Wprawdzie już na początku lat 80. spostrzeżono, że AIDS dotyczy też kobiet ale w Afryce. A to niespecjalnie interesowało uczonych z północnej półkuli globu. Nie chciano przyjąć do druku w *New England Journal of Medicine* publikacji lekarzy pracujących w Europejsko-Amerykańskim projekcie w Zairze (obecnie Demokratyczna Republika Kongo), którzy wykazali, iż AIDS w równym stopniu dotyczy kobiet, jak i mężczyzn. Artykuł odrzuciło jeszcze kilka innych czasopism, zanim w czerwcu 1984 roku opublikował go *The Lancet*.

W kwietniu 1985 roku odbyła się w Atlancie (USA) konferencja dotycząca AIDS, sfinansowana przez rząd USA i WHO, na której spotkało się ponad 2 000 badaczy z 30 krajów świata. Mimo prezentowanych doniesień z Afryki o wyrównanych proporcjach AIDS wśród kobiet i mężczyzn, opinie uczestników konferencji na temat transmisji heteroseksualnej były podzielone – w Stanach Zjednoczonych AIDS rozpoznawano przede wszystkim u homoseksualnych mężczyzn, więc wielu lekarzy zastanawiało się, czy w ogóle zagraża kobietom.

Czy AIDS zagraża kobietom? Kontrowersje z początków epidemii

W początkach epidemii uznano, że istnieją grupy ludzi szczególnie narażonych na zachorowanie na nowy zespół chorobowy. Mieli do nich należeć: homoseksualiści, heroiniści (osoby przyjmujące heroinę w iniekcjach), chorzy na hemofilię, Haitańczycy (nazywani 4-H) oraz ich partnerzy, seksualni bez określania płci. Była też kategoria „innych”, do której trafiały kobiety, co sprawiało, że były niewidoczne, a dodatkowo wprowadzało to zamęt informacyjny zarówno wśród narażonych na zachorowanie kobiet, jak i u lekarzy, którzy powinni AIDS rozpoznać (nie uważali kobiet za narażone na zakażenie i często nie rozpoznawali AIDS mimo ewidentnych objawów).

Przez pierwsze lata nową chorobę nazywano rakiem gejów (*gay cancer*), zespołem gniewu Boga (*WOGS – the Wrath of God Syndrome*), później – upośledzeniem odporności związanym z homoseksualizmem (*GRID – Gay-related immune deficiency*). Nazwa AIDS powstała w 1982 roku, kiedy spostrzeżono, że chorują nie tylko mężczyźni homoseksualni. Jednak przekonanie, że choroba dotyczy tylko mężczyzn pozostało na długie lata.

Pierwszy przypadek zespołu nabytego upośledzenia odporności u kobiety odnotowano w USA już w roku 1981, ale w komentarzu redakcyjnym nie poświęcono jej nawet słowa. W czerwcu 1983 roku było już 129 przypadków AIDS u kobiet, do 19 grudnia – 210, do 30 czerwca 1985 roku 1 075, 81% z nich dotyczyło kobiet będących w wieku prokreacyjnym (15 do 45 lat). Do lutego 1991 roku rozpoznano 15 749 przypadków AIDS u kobiet i 38 434 u mężczyzn, a kontakty heteroseksualne stanowiły drogę zakażenia u 30% kobiet (4 783 przypadki), u mężczyzn u 5% (2 020).

W styczniu 1983 roku CDC komentując zachorowanie na AIDS przez 5 kobiet, których jedynym czynnikiem ryzyka było pozostawanie w związku z mężczyznami przyjmującymi narkotyki w iniekcjach

napisano: *Niewykluczone, że mężczyźni nadużywający narkotyków są nosicielami czynnika zakaźnego, który u nich nie spowodował choroby, ale spowodował AIDS u ich partnerek seksualnych.*

W 1983 roku ukazały się dwa listy do redakcji *Annals of Internal Medicine*, których autorzy zwracali uwagę na ryzyko zakażenia się HIV mężczyzn biseksualnych i związanym z tym zagrożeniem dla ich partnerek seksualnych. Autorzy drugiego listu podzielili się obserwacją, że wszyscy mężczyźni mówili o utrzymywaniu licznych, anonimowych kontaktów seksualnych, a ich partnerki były z nimi w monogamicznych związkach i nie przyjmowały narkotyków w iniekcjach. Jak zaznaczyli lekarze, żadna nie była Haitanką ani nie chorowała na hemofilię. Ich zdaniem to doniesienie wspiera hipotezę, że AIDS jest przenoszony przez swoisty czynnik zakaźny.

W listopadzie 1984 roku wśród zgłoszonych 6 921 przypadków AIDS tylko 54 osoby jako prawdopodobną drogę zakażenia podały wyłącznie kontakty heteroseksualne. Wśród nich było 49 (91%) kobiet. Niektórzy z mężczyzn podawali, że prawdopodobną drogą ich zakażenia były kontakty seksualne z kobietami sprzedającymi seks, więc epidemiolodzy CDC zajęli się rozważaniem możliwości takiej drogi zakażenia i związanym z tym zagrożeniem dla mężczyzn: *Znaczenie transmisji od kobiet do mężczyzn w rozprzestrzenianiu się AIDS w USA i znaczenie, jeśli istnieje, kobiet sprzedających seks w tej transmisji nie zostało dotąd wyjaśnione. Kobiety, w tym kobiety sprzedające seks, mogą być ekspozowane na wirus przez kontakty seksualne, przyjmowanie narkotyków w iniekcjach lub transfuzje krwi. Jednak liczba tych kobiet zakażonych obecnie jest prawdopodobnie niewielka. Nie wiadomo, czy takie kobiety byłyby równie skuteczne w przenoszeniu wirusa HIV jak heteroseksualni lub homoseksualni mężczyźni. Późniejsze badania będą zmierzać do wyjaśnienia i oceny ryzyka przenoszenia wirusa z kobiet na mężczyzn i kontaktów z kobietami sprzedającymi seks.*

Niebawem bardzo intensywnie zaczęto badać kobiety sprzedające usługi seksualne

na całym świecie. Znacznie mniej uwagi poświęcano mężczyznom zarabiającym w taki sposób.

W sierpniu 1985 roku w czasopiśmie *Journal of the Royal Society of Medicine* były konsultant do spraw wenerologii, John Seale, napisał, że *wirus AIDS przenosi się tylko przez krew, co sprawia, że łatwo przenosi się w kontaktach analnych, szczególnie wśród mężczyzn homoseksualnych, bo takie regularnie kontakty powodują mniejsze lub większe uszkodzenia i krwawienie z błony śluzowej odbytu, a „podobne uszkodzenia rzadko występują podczas kontaktów waginalnych. [...] dowody eksperymentalne wskazujące na obecność zakaźnego «wirusa AIDS» w nasieniu są błędne [...] dokładna analiza doniesienia z «Nature» i pokrewnych publikacji w «Science» wskazuje, że Amerykanie w ogóle ich w nasieniu nie znaleźli*. Niebawem okazało się, że brytyjski wenerolog nie ma racji.

Po kilku miesiącach w poczytnym czasopiśmie *Discover* John Langone, popularny wówczas dziennikarz medyczny, pisał, że *wirus wnika do organizmu poprzez „podatny na zranienia odbyt” i „delikatną cewkę moczową”, więc „w przeciwieństwie do tego, co słyszałeś, AIDS nie jest zagrożeniem dla przytłaczającej większości osób heteroseksualnych. [...] Jest teraz – i prawdopodobnie pozostanie – śmiertelną ceną płaconą za kontakty analne”*. Artykuł upewnił wielu ludzi, że ryzyko zakażenia dotyczy tylko osób z listy 4-H, czyli mężczyzn.

W 1987 roku doktor John Rawlins w *British Medical Journal* pisał o istniejącym zamęciu informacyjnym dotyczącym przenoszenia HIV w kontaktach heteroseksualnych, gdyż w programach różnych stacji telewizyjnych pojawiły się bardzo różne głosy ekspertów: profesor Michael Adler wskazywał, że badania partnerek 1 000 zakażonych chorych na hemofilię mężczyzn dowodzą, że ryzyko zakażenia w kontaktach seksualnych jest niewielkie i wynosi 5%, a doktor Anthony Pinching twierdził, że ryzyko nabycia AIDS od zakażonej osoby przez kontakt analny wynosi 50%, przez kontakt waginalny także 50% - ta wypowiedź padła w programie telewizyjnym z udziałem młodych ludzi, a reakcja uczestniczących w nim dziewcząt pokazała, jak duży strach wzbudziła. Raw-

lins przytoczył dane Departamentu Zdrowia i Ubezpieczeń Społecznych, zgodnie z którymi w Wielkiej Brytanii zarejestrowano 731 przypadków AIDS, wśród osób heteroseksualnych tylko 25, ale jedynie w pięciu przypadkach zakażenie zostało nabyte w następstwie kontaktów seksualnych – **jeden** dotyczył mężczyzny, a **cztery** – kobiet. Doktor pisał, że zdarzają się samobójstwa lub nawet morderstwa, do których dochodzi w następstwie błędnych przekonań o zakażeniu HIV. Pytał, jak psychiatrzy i socjologzy widzą przyszłość pokolenia kobiet, które są przekonywane, że kontakty seksualne nierozdzielnie wiążą się z zagrożeniem zakażeniem nieuleczalną chorobą.

W tamtych latach hasło profilaktyczne lansowane w Wielkiej Brytanii brzmiało „nie umieraj [z powodu] niewiedzy” (*don't die of ignorance*), choć dostęp do wiarygodnych informacji w środkach masowego przekazu nie był łatwy.

W czerwcu 1990 roku brytyjska gazeta *The Sun* na tytułowej stronie zamieściła informację „Zapomnij o pomysle, że zwykli heteroseksualni ludzie mogą złapać AIDS”, a dalej doktor Vernon Coleman w kolumnie zatytułowanej „AIDS – mistyfikacja stulecia” twierdził, że AIDS nigdy nie będzie dużym zagrożeniem dla osób heteroseksualnych. Kilka dni później redaktorzy gazety przyznali, że według WHO 60% zakażeń HIV na świecie jest konsekwencją kontaktów heteroseksualnych.

AIDS zagraża kobietom

Niemal od początku epidemii AIDS spostrzeżono, że częste zmiany partnerów seksualnych są głównym czynnikiem narażającym na AIDS homoseksualnych mężczyzn. Słowo „promiskuityzm” było też używane wobec kobiet z AIDS, choć przez pierwsze lata zakażały się w większości kobiety przyjmujące narkotyki w iniekcjach poprzez wspólnie używane igły i strzykawki. Ale w styczniu 1984 roku przedstawiono przypadek 71-letniej kobiety z AIDS, której jedynym czynnikiem ryzyka były – jak podkreślono – rzadkie kontakty seksualne z jej starszym o kilka lat mężem, chorym na hemofilię, który nieco wcześniej zmarł z powodu zapalenia płuc spowodowanego *Pneumocystis carinii* (obecnie *P. jiroveci*).

Autorzy doniesienia napisali, że: *monogamiczne i niezbyt częste kontakty seksualne przy braku innych czynników u pacjentki (która prowadziła spokojne życie ze swoim mężem) jest dowodem przeciwko teorii mówiącej, że częste, powtarzalne stymulacje licznymi antygenami (co występuje u promiskuitycznych mężczyzn homoseksualnych) są niezbędne do wystąpienia AIDS*.

W 1988 roku jeden z amerykańskich lekarzy zajmujących się HIV/AIDS napisał: *Liczba przypadków AIDS, także tych będących następstwem transmisji heteroseksualnej, nie jest imponująca. Głównym ryzykiem dla przekazywania AIDS w kontaktach heteroseksualnych są osoby zakażone innymi drogami, szczególnie przez przyjmowanie narkotyków w iniekcjach i zachowania biseksualne. Niewielka częstość zakażeń HIV wyłącznie heteroseksualnych, bez innych czynników ryzyka, bez wątpienia się zwiększy, ale nic nie sugeruje, że osiągnie takie proporcje epidemii jak na niektórych obszarach Afryki Środkowej i Wschodniej. Mamy dziś czas na edukację aktywnych seksualnie ludzi o podejmowaniu środków ostrożności, by mogli zapobiegać zakażeniu siebie i innych, ale skuteczna profilaktyka będzie zależała od edukacji i zmiany zachowań przez tych, u których istnieje ryzyko zakażenia*.

Mary E. Guinan i Ann Hardy, lekarki z CDC, w 1987 roku w artykule zatytułowanym „Kobiety i AIDS: przyszłość jest ponura” alarmowały: *do kwietnia 1987 roku w następstwie kontaktów heteroseksualnych zakażenie HIV nabyło 555 kobiet i ... 127 mężczyzn, w 1982 roku odsetek kobiet zakażonych w następstwie kontaktów heteroseksualnych wynosił 14%, w 1986 roku już 28%, odsetek mężczyzn zakażonych w kontaktach heteroseksualnych w tym samym czasie wzrósł z 1% do 2%*. Lekarki zwracały uwagę, że heteroseksualne kobiety w USA mają większe ryzyko nabycia AIDS przez kontakty seksualne niż heteroseksualni mężczyźni, gdyż zakażonych mężczyzn jest więcej, większa jest też skuteczność transmisji wirusa z mężczyzn na kobiety. Ich zdaniem kobiety powinny być świadome swojego ryzyka zakażenia, którego źródłem mogą być mężczyźni przyjmujący narkotyki w iniekcjach i biseksualiści niewykazujący jeszcze objawów choroby, dlatego z epidemiologicznego punktu widzenia niezwykle ważne jest

edukowanie wszystkich kobiet, zachęcanie do zmniejszania liczby partnerów, abstinencji seksualnej (*celibacy*) lub do posiadania tylko jednego partnera seksualnego. Autorki uznały, że kobiety mające więcej niż 2 partnerów lub będące partnerkami mężczyzn zakażonych HIV albo mających ryzykowne zachowania mogą zmniejszyć swoje ryzyko wymaganiem, by partnerzy zawsze używali prezerwatyw. Stwierdziły też, że wprawdzie kontakty analne wiążą się z największym ryzykiem zakażenia, to raczej nie dotyczy to kobiet, choć brak jest danych dotyczących aktywności seksualnych utrzymywanych przez kobiety. Guinan i Hardy niewątpliwie przeceniały zdolności ówczesnych kobiet do negocjowania uprawiania seksu w sposób dla nich bezpieczny. W Polsce w latach 90. kobiety zakażone HIV przez swojego pierwszego w życiu i często jedynego partnera seksualnego czasem mówiły o swoich podejrzeniach – partnerzy przyjmowali „polską heroinę” w iniekcjach – a na pytanie dlaczego nie domagały się użycia prezerwatywy odpowiadały tak samo: *co on by sobie o mnie pomyślał*. Z dalszej rozmowy wynikało, że partner mógłby pomyśleć, że partnerka nie ma do niego zaufania, albo że jest bardziej doświadczona w seksie, niż było to naprawdę.

Dość długo uważano, iż pojedynczy kontakt z nowo poznanym mężczyzną jest bezpieczny. Nieco zmieniło ten pogląd doniesienie z 1989 roku o zakażeniu HIV 11 kobiet w Belgii: studentek, urzędniczek średniego i wyższego szczebla, mężatek pozostających w separacji ze swoimi mężami lub kobiet wolnych, które przeżyły krótką „przygodę” z tym samym, jak się okazało, zakażonym HIV mężczyzną. Dla części z tych młodych kobiet był to pierwszy i jedyny partner seksualny. Żadna z nich nie czuła się narażona na zakażenie HIV przecież miały tylko jeden przygodny kontakt lub pierwszego i jedynego partnera. Infekcję rozpoznano u nich dopiero w stadium objawowym.

W 1983 trójka lekarzy amerykańskich na łamach *New England Journal of Medicine* zwróciła uwagę na konieczność badania dawców nasienia w kierunku HIV, ze względu na możliwość przeniesienia zakażenia na kobiety. Dwa lata później potwierdzili to lekarze australijscy, opisu-

jąc przypadek przeniesienia wirusa w następstwie sztucznego zapłodnienia, co ich zdaniem, było pierwszym dowodem, że wirus może być przenoszony waginalnie bez towarzyszących infekcji lub urazów.

W maju 1985 roku stwierdzono obecność przeciwciał anti-HIV u 2 spośród 21 żon chorych na hemofilię mężczyzn zakażonych przez przetoczenie czynników krzepnięcia. Jego autorzy napisali:

Ostatnie doniesienia o występowaniu AIDS lub limfadenopatii u kobiet będących partnerkami seksualnymi hemofiliaków, narkomanów i Haitańczyków sugerują, że zdarza się przenoszenie zakażenia w kontaktach heteroseksualnych. [...] Wykrycie przeciwciał anti-HIV u 2 spośród 21 żon zakażonych wirusem chorych na hemofilię wskazuje, że heteroseksualne partnerki hemofiliaków mają ryzyko zakażenia. Chociaż nie możemy dowieść, że mężowie byli źródłem zakażenia tych 2 kobiet, żadna z nich nie miała innych dających się zidentyfikować czynników ryzyka [...] Wydaje się, że zakażeni HIV hemofiliacy bez klinicznie jawnej choroby mogą przenosić zakażenie. [...] Niska częstość występowania zakażenia (9,5%, 2 z 21) u żon seropozytywnych hemofiliaków sugeruje, że transmisja horyzontalna w tej populacji nie zdarza się często, ale w przyszłości może znacznie wzrosnąć. Liczba chorych na hemofilię, którzy byli eksponowani na HIV, dramatycznie wzrosła w ciągu ostatnich 2 lat, a czas między zakażeniem a serokonwersją może być długi i zmienny. Dłuższa obserwacja pokaże, czy kolejne żony z tej grupy przejdą serokonwersję przy kontynuowanej ekspozycji na swoich mężów. [...] Nie wiadomo, czy unikanie pewnych rodzajów aktywności seksualnej lub używanie pewnych form antykoncepcji zmniejszy ryzyko transmisji heteroseksualnej.

Nie wspomniano o konieczności chronienia żon mężczyzn chorych na hemofilię przed śmiertelną chorobą. Postanowiono wyłącznie obserwować rozwój sytuacji.

W 1987 roku lekarze brytyjscy przebadali partnerki/partnerów osób zakażonych HIV. Wśród 78 kobiet mających zakażonych HIV partnerów zakażenie rozpoznano u 15 (19,2%), wśród 18 mężczyzn mających seropozytywne partnerki zaka-

żony był jeden (5,5%). Większość z zakażonych kobiet (8 spośród 15) uprawiała seks z mężczyznami będącymi w bezobjawowym stadium zakażenia, u 2 kobiet infekcję udokumentowano po jednym tylko kontakcie seksualnym bez zabezpieczenia.

W 1992 roku doktor Chris Ford zwrócił uwagę w *British Medical Journal* na fakt, iż w wiadomościach o HIV/AIDS ciągle dominują informacje dotyczące wyłącznie mężczyzn. W opublikowanych w czasopiśmie dla lekarzy relacjach z symposium dotyczącego HIV i AIDS ani razu nie wspomniano o kobietach, w innym przegląd informacji o diagnostyce i leczeniu zakażeń grzybiczych nie zawierał nawet wzmianki o pochwie. A w niedawno wydany atlasie AIDS pokazano 153 przypadki zachorowań, ale tylko 2 dotyczyły kobiet. Jak napisał doktor Ford – ta lista zaniechań nie ma końca. *Jeśli tego nie zmienimy, zakażenie będzie ciągle rozpoznawane u kobiet późno, będą dostawały leki gorszej kategorii i będą zapomniane w kwestii zapobiegania AIDS.*

W tym samym numerze *British Medical Journal* zabrali głos lekarze z przychodni w Londynie, którzy zgodzili się z doktorem Fordem twierdzącym, że diagnostyka, leczenie i zapobieganie zakażeniom HIV u kobiet jest daleko w tyle w porównaniu z tym, co kierowane jest do mężczyzn homoseksualnych. Jednak sytuacja epidemiologiczna w Wielkiej Brytanii ulega zmianie. Do poradni St. Stephen's, w której pracują, do końca 1991 roku zgłosiło się 269 osób zakażonych w następstwie kontaktów heteroseksualnych, w tym 110 kobiet. W reakcji na tę zmianę w kwietniu 1991 roku powstała poradnia dla kobiet, prowadzona przez kobiety, której popularność stale rośnie. Poradnia zajmuje się też zdrowiem seksualnym dla homoseksualnych kobiet, które mają problemy w otrzymywaniu właściwej opieki medycznej.

W początkach lat 90. Program Narodów Zjednoczonych do spraw Rozwoju [United Nations Development Program – UNDP] alarmował: *Dla większości zamężnych kobiet głównym czynnikiem ryzyka zakażenia HIV jest bycie mężatką. Codziennie kolejne trzy tysiące kobiet zostają zakażone, a pięćset z nich umiera. W większości mają od 15 do 35 lat.*

W prowadzonych w USA na początku lat 90. badaniach wśród osób dorosłych, zakażonych HIV wykazano, że aż 35% zakażonych HIV kobiet miało tylko jednego partnera seksualnego w ciągu ostatnich 5 lat i prawdopodobnie od niego nabyło zakażenie.

19 czerwca 1991 roku opublikowano całostronicowe ogłoszenie w *New York Times*: *Women don't get AIDS, they just die from it*. [Kobiety nie chorują na AIDS, one tylko na to umierają.] Sygnowała je grupa kobiet z Act Up i ponad 200 innych organizacji i osób. Jego celem było zwrócenie uwagi na ignorowanie kobiet w epidemii AIDS. Istniejąca wówczas definicja AIDS opracowana przez Center for Disease Control nie obejmowała chorób występujących wyłącznie u kobiet. Dlatego wiele kobiet umierało na AIDS, ale nie spełniały kryteriów niezbędnych do jego rozpoznania. Takie akcje pomogły zwrócić uwagę na szczególne potrzeby kobiet z HIV/AIDS i prowadzenie badań na przebieg i leczenie zakażenia HIV u kobiet właśnie. W 1992 roku do chorób definiujących AIDS włączono choroby występujące tylko u kobiet.

W 1992 roku pisano, że nie do końca znane są drogi zakażenia HIV u kobiet nabywających je w następstwie kontaktów heteroseksualnych, uważano, że wrażliwa na zakażenie HIV jest tylko wewnątrzpochwowa część szyki macicy. Zaprzeczył temu przypadek kobiety mającej ślepo zakończoną pochwę, bez macicy (zespół Merer-Rokinansky-Küster-Hauser), która została zakażona poprzez seks bez zabezpieczenia.

W opublikowanej w 1993 roku książce amerykańskich ekspertów, przetłumaczonej i wydanej w 1999 roku w Polsce pisano: *Choć w pierwszych latach AIDS zachorowania występowały wyłącznie w populacji mężczyzn homoseksualnych, to niemal od razu nasunęło się pytanie, czy wirus HIV przenosi się również drogą kontaktów seksualnych – z mężczyzną na kobietę i odwrotnie. Nie ma obecnie żadnych co do tego wątpliwości, ale na tym kończy się pełna zbieżność opinii ekspertów. [...] Większość specjalistów skłania się ku opinii, że infekcję łatwiej nabywa kobieta od mężczyzny niż mężczyzna od kobiety. [...] Mniej ryzykowny (w porównaniu z kontaktami analnymi) dla obydwu stron jest stosunek*

pochwowy, ponieważ błona śluzowa pochwy lepiej znosi ocieranie się o nią członka niż śluzówka odbytu. [...] Dotychczasowe obserwacje wskazują na to, że drobnoustroj ten łatwiej przenosi się ze spermą niż z wydzieliną z pochwy. Idąc dalej tym tropem, niektórzy eksperci twierdzą nawet, że zakażenie mężczyzny w następstwie stosunku z prostytutką najczęściej jest spowodowane kontaktem z pozostałym w jej pochwie zakażonym nasieniem któregoś z poprzednich jej partnerów. Uważają zakażenie się mężczyzny wirusami pochodzącymi z jej ustroju za mało prawdopodobne, z uwagi na to, że wydzielina z pochwy zawiera niewielkie ich ilości.

W latach 90. w dalszym ciągu przypominało informacje o większej wrażliwości błony śluzowej odbytu niż pochwy, a w rozważaniach dotyczących ryzyka zakażenia rozważano jedynie możliwość przeniesienia zakażenia podczas kontaktów analnych z kobiety na mężczyznę. Nie wspomniano o ryzyku kontaktów analnych dla kobiet, choć już kilka lat wcześniej, w badaniach prowadzonych w Europie wykazano, że są najbardziej ryzykowną aktywnością seksualną.

Nie wszyscy zauważyli, że już w 1990 roku szacowano, że w kontaktach heteroseksualnych ryzyko przeniesienia zakażenia z mężczyzny na kobietę jest 12-krotnie większe, niż ryzyko przeniesienia HIV z kobiety na mężczyznę, ryzyko u kobiet zwiększają kontakty analne, szczególnie jeśli dojdzie do krwawienia, a także nie stosowanie prezerwatywy.

Pozycja kobiet w społeczeństwie odgrywa ważną rolę w ich możliwościach skutecznego chronienia się przed HIV. Doradza się im, by w celu uniknięcia zakażenia zachowywały abstynencję seksualną, były monogamiczne lub negocjowały używanie prezerwatyw ze swoimi partnerami. Tak więc kobiety przedstawiane są jako odpowiedzialne za zapewnienie wprowadzenia zasad bezpieczniejszego seksu. Jednak takie opinie odzwierciedlają skupianie się na męskiej, heteroseksualnej konstrukcji seksualności, podtrzymują tradycyjny pogląd o popędzie seksualnym, za który mężczyźni nie są odpowiedzialni. To od kobiet wymaga się kontroli i dokonywania wyborów w obszarze, w którym realnie mają nie-

wielką moc i niewiele możliwości. Młode kobiety niechętnie domagają się używania środków zapobiegających ciąży, chorobom przenoszonym drogą płciową i HIV, bo to sugerować by mogło, że prowadzą aktywne życie seksualne, co nie mieści się w tradycyjnych normach ich zachowania. Nastolatki w niektórych częściach świata postrzegają konsekwencje proszenia partnera o użycie prezerwatywy w kategorii straty – utraty związku, utraty zaufania, utraty wiary w swoją dobroć i cnotę i utraty akceptacji przez rówieśników.

W 2005 roku w *Przeglądzie Epidemiologicznym* w artykule „Profilaktyka HIV/AIDS ze względu na kulturową tożsamość płci” dr hab. n. med. Dorota Cianciara pisała:

Według badań z różnych kręgów kulturowych kobietom przypisuje się przede wszystkim funkcje opiekuńcze i oczekuje się od nich głównie tak zwanej pracy odtwórczej w domu, związanej z zarządzaniem zasobami ludzkimi i materialnymi rodziny. Podjęcie pracy twórczej, zawodowej, zazwyczaj nie zwalnia kobiet z prac domowych. [...] Kobiety pracujące w domu, ale także te, które pracują zawodowo i dostają mniejszą zapłatę niż mężczyźni, mogą stać się uzależnione ekonomicznie od mężczyzn. Wytwarza to sytuację wyraźnej asymetrii w sile partnerów i może w poważnym stopniu utrudniać kobietom podejmowanie różnych decyzji, w tym także decyzji o separacji lub rozwodzie, nawet wtedy, gdy ryzyko zakażenia HIV przez męża staje się oczywiste. Z badań wynika bowiem, że obawa przed biedą i jej potencjalnymi skutkami (bezdolność i wykluczenie społeczne) bywa większe, niż strach przed chorobą. Nierównowaga siły może też, razem z innymi czynnikami, wyzwać różne formy przemocy wobec kobiet, z pożyciem seksualnym pod przymusem i gwałtem łącznie. [...] Dziewczyny są często bardzo ostrożne w poszukiwaniu pomocy specjalistycznej związanej z prokreacją i zakażeniami przenoszonymi drogą płciową. Mogłoby to bowiem narazić je na utratę dobrej opinii w oczach lekarzy, pielęgniarek, rodziców czy chłopaka. [...] Z badań wynika też, że jeśli w hierarchii wartości danej społeczności macierzyństwo jest cechą obdarzoną szczególnym szacunkiem, może to przyczyniać się do

małej akceptacji planowania rodziny, antykoncepcji i prezerwatyw oraz trudności w praktycznym ich stosowaniu.

Dorota Cianiara pisała dalej o podatności kobiet w Polsce na HIV/AIDS, ubolewając że tak niewiele uwagi w badaniach prowadzonych w naszym kraju poświęca się analizie zmiennych niezależnych, jak na przykład akceptowane normy seksualne,

role i zwyczaje społeczne charakterystyczne dla kobiet i mężczyzn.

W pierwszych latach epidemii AIDS podkreślano, iż częste zmiany partnerów seksualnych zwiększają ryzyko nabycia zakażenia. Stwarzało to wrażenie, iż pojedynczy kontakt z nowo poznanym mężczyzną jest bezpieczny. Nie wszyscy zakażeni HIV wiedzą o swoim zakażeniu.

Z HIV można żyć średnio 8-10 lat bez żadnych objawów klinicznych. Dokąd więc nie robi się testu w kierunku obecności przeciwciał anty-HIV, dotąd można nie mieć pojęcia o swoim zakażeniu. Dotyczy to zarówno mężczyzn, jak i kobiet.

*dr n. med. Dorota Rogowska-Szadkowska
(piśmiennictwo u autorki)*

Kobieta w ciąży. Aspekty prawne w kontekście HIV

W aktualnie obowiązującym stanie prawnym kobiety w ciąży i dzieci do 18 r.ż. – nie tylko w kontekście HIV/AIDS, lecz generalnie opieki zdrowotnej – traktowane są w sposób szczególny: zasadniczo możliwość leczenia nie ma związku z posiadanym lub nie ubezpieczeniem. W ślad za Programem Polityki Zdrowotnej MZ, należy podkreślić, że „prawidłowe postępowanie (powszechne testowanie w kierunku zakażenia wirusem HIV, włączenie leczenia antyretrowirusowego u ciężarnej, a w sytuacji gdy terapia ARV jest nieskuteczna wykonanie cięcia cesarskiego przed rozpoczęciem czynności skurczowej oraz zaniechanie karmienia piersią i profilaktyka lekowa u noworodka) daje kobiecie zakażonej niemal 99% szans na urodzenie zdrowego dziecka.”¹

Z dniem 1 stycznia 2019 r. weszło w życie nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, wydane na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Rozporządzenie to określa standard organizacyjny opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej. W załączniku do ww. rozporządzenia określony został między innymi zakres badań diagnostycznych i konsultacji medycznych wykonywa-

nych u kobiet w ciąży wraz z terminem ich wykonania. Na tej podstawie, badanie w kierunku HIV powinno zostać wykonywane dwukrotnie tj. (1) do 10 tygodnia ciąży lub w chwili zgłoszenia się pacjentki oraz (2) pomiędzy 33 a 37 tygodniem ciąży.²

Ponadto, zakażenie wirusem HIV lub HCV zostało zaliczone do czynników ryzyka identyfikowanych na podstawie wywiadu przeprowadzonego podczas ciąży oraz przed porodem. W przypadku stwierdzenia występowania czynników ryzyka, ciężarna, rodząca lub noworodek powinni w myśl przedmiotowego rozporządzenia pozostawać pod opieką lekarza położnika lub lekarza oddziału neonatologicznego o odpowiednim do ich stanu zdrowia poziomie referencyjnym zapewniającym opiekę perinatalną lub neonatologiczną.³ Zidentyfikowane u ciężarnej czynniki ryzyka (w tym ewentualne zakażenie wirusem HIV lub HCV) należy omówić z ciężarną lub jej przedstawicielem ustawowym, tak aby zapewnić podjęcie świadomej decyzji odnośnie do wyboru miejsca porodu. W myśl ww. rozporządzenia, w celu zapewnienia odpowiedniej opieki nad rodzącą zakażoną HIV oraz noworodkiem zasadne jest kierowanie jej do porodu do podmiotu leczniczego posiadającego oddział o III poziomie referencyjnym opieki perinatalnej i neonatologicznej⁴, który zapewnia opiekę nad najcięższą patologią ciąży.

W świetle ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, oraz do leczenia ARV prowadzonego w ramach programu polityki zdrowotnej, oprócz oczywiście osób ubezpieczonych, mają także prawo wskazane w ustawie osoby nie posiadające ubezpieczenia (świadczeniobiorcy). Zgodnie z ustawą, do świadczeniobiorców należą m.in. dzieci (osoby, które nie ukończyły 18. roku życia) oraz kobiety w okresie ciąży, porodu lub połogu, pod warunkiem, że (a) posiadają obywatelstwo polskie lub (b) uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w celu połączenia z rodziną i posiadają jednocześnie miejsce zamieszkania na terytorium Polski.⁵ Powyższe oznacza, że każde dziecko będące obywatelem polskim oraz każda kobieta w ciąży, obywatelka Polski, także nie posiadająca ubezpieczenia, mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w tym do leczenia ARV. W przypadku dzieci i kobiet w ciąży, będących obywatelami innych krajów, niezbędne jest aby uzyskali status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy i posiadali jednocześnie miejsce zamieszkania na terytorium RP.

*Stan prawny na dzień 2 lutego 2019 r.
opracowanie Krajowe Centrum ds. AIDS*

1. Program Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia pt.: Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017 – 2021, str. 50-51.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U.2018.1756), Załącznik nr 1, pkt. II.
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U.2018.1756), Załącznik nr 1, pkt. III.1.2 oraz ppkt.1.6.
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U.2018.1756), Załącznik nr 1, pkt. III.1.7 oraz pkt. III.V.6.
5. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2018.1510 j.t. ze zm.), art. 2 ust. 1.