

Dorota Rogowska-Szadkowska

ZAPOBIEGANIE ZAKAŻENIOM HIV W UGANDZIE

HIV INFECTION PROPHYLAXIS IN UGANDA

Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego
Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
Kierownik: Sławomir Chlabicz

STRESZCZENIE

Uganda jest jednym z niewielu krajów, w których częstość zakażeń HIV zmniejszyła się z około 18% w początkach lat 90. do około 5% w 2001 r. Pod koniec 2005 r. UNAIDS szacowało, iż 6,7% osób dorosłych zakażonych jest HIV, a w ostatnich latach liczba nowych zakażeń HIV ponownie zaczęła rosnąć. Uganda otrzymuje fundusze z amerykańskiego programu *President's Emergency Plan for AIDS Relief* (PEPFAR), proponując strategię ABC, skupiającą się przede wszystkim na promocji abstynencji seksualnej. Wielu ekspertów wyraża obawy, że podkreślanie abstynencji o negowanie stosowania prezerwatyw naraża na zakażenie przede wszystkim kobiety, gdyż obecnie w Ugandzie seks w związku małżeńskim stanowi ciągle szczególne ryzyko dla kobiet.

Słowa kluczowe: HIV, zapobieganie, prezerwatywy

ABSTRACT

Uganda is one of the few countries where rates of HIV infection decreased, from about 18 percent in the early 1990s to about five percent in 2001. Although at the end of 2005, UNAIDS estimated that 6,7 percent of adults were HIV-infected, in recent years the number of infections has started to rise again. Uganda receives funds from the United States President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), which promotes the ABC approach focusing on sexual abstinence. Many experts argue that by emphasizing abstinence over condom use, the approach leaves women at risk of infection, because currently in Uganda marital sex continues to pose a particular risk for women.

Key words: HIV, prophylaxis, condoms

WSTĘP

Uganda jest małym krajem leżącym w środkowo-wschodniej Afryce. Zamieszkuje ją około 29 mln ludzi należących do kilkunastu grup etnicznych, wyznających różne religie i używających różnych języków. Dochód na mieszkańca wynosi 300 dolarów USA rocznie, a 31% ludności żyje poniżej granicy ubóstwa (dane z 2006 r.) (1). Na północy kraju od 1986r. toczy się wojna z rebeliantami (1).

Pierwsze zachorowania na AIDS, zwane wówczas „złą” chorobą („*slim*” disease) obserwowano w Ugandzie w prowincji Rakai nad brzegami Jeziora Wiktorii w 1982r. (2).

Od początku epidemii zakażenie HIV występuje częściej u kobiet niż u mężczyzn, co związane jest z ogromną nierównością płci. Kobiety są całkowicie zależne od mężczyzn. Są dyskryminowane przez prawo i tradycję, mają trudniejszy dostęp do edukacji (analfabetkami jest prawie połowa kobiet, a tylko 26,3% mężczyzn), mają mniejsze możliwości wykonywania

pracy zarobkowej (3). Młode kobiety wydawane są za mąż często za znacznie starszych od nich mężczyzn. W 2001r. 32% dziewcząt w wieku 15 – 19 lat było już zamężnych, ale tylko 6% chłopców w tym samym wieku miało żony (4). Problemem Ugandy jest także przemoc domowa wobec kobiet, jak również istniejące wciąż wielożeństwo. W 2001r. wśród mężatek w wieku 15 – 19 lat co piąta była w związku poligamicznym (4). Kobiety w ciągu swego życia rodzą średnio siedmioro dzieci. Śmiertelność okołoporodowa jest większa, niż w pozostałych częściach kontynentu, a według danych WHO jedna na 16 kobiet w Afryce umiera w czasie ciąży lub porodu (5). Problemem Ugandy jest też duża liczba dzieci osieroconych przez rodziców zmarłych na AIDS, które są często dyskryminowane, nie mogą podejmować lub kontynuować nauki, tracąc dach nad głową, niezależnie od tego, czy są zakażone HIV (6).

ROZWOJ PROGRAMÓW ZAPOBIEGANIA HIV/AIDS W UGANDZIE

W roku 1986, po zakończeniu trwającej 15 lat wojnie domowej i dojściu do władzy prezydenta *Yoveri Museveni*, zdano sobie sprawę z rozmiarów epidemii AIDS. Utworzono Narodowy Komitet do spraw Profilaktyki AIDS (*National Committee for the Prevention of AIDS – NCPA*), w skład którego weszli lekarze, naukowcy, pracownicy administracji, sił zbrojnych, politycy, przywódcy kościołów i organizacji pozarządowych, kształtujący politykę zapobiegania HIV/AIDS. Powstał także Program Kontroli AIDS (*AIDS Control Program*) zajmujący się zapobieganiem szerzeniu się zakażeń HIV, tworzeniem mechanizmów opieki nad osobami zakażonymi HIV, chorymi na AIDS i ich rodzinami, a także bezpieczeństwem przetaczanej krwi i zapobieganiem przenoszeniu zakażenia w placówkach służby zdrowia (7, 8) Prezydent podkreślał, iż walka z HIV/AIDS jest „patriotycznym obowiązkiem” wymagającym otwartości, umiejętności porozumiewania się, poruszania trudnych dotąd tematów. Zapobieganiem zakażeniom HIV, opieką nad chorymi z AIDS oraz wdowami i sierotami, które po śmierci na AIDS swoich bliskich zostały bez środków do życia, zajęły się także organizacje religijne (9). Obywateli kraju namawiano do opóźniania inicjacji seksualnej, dochowywania wzajemnej wierności po zawarciu związku małżeńskiego, a tym, którzy nie potrafią sprostać tym wymaganiom zalecano właściwe i konsekwentne używanie prezerwatyw. Jedną z głównych strategii wykorzystywanych w profilaktyce HIV/AIDS było IEC (*information, education, communication*), (10).

W edukację społeczeństwa włączały się osoby żyjące z HIV, często powszechnie znane. Zakażeni HIV mężczyźni mówili otwarcie o tym, iż w życiu seksualnym używają prezerwatyw, by nie zakazić swoich żon, namawiali zarówno osoby samotne, jak i pozostające w związkach do wykonywania testów w kierunku obecności przeciwciał anty-HIV i zdobywania wiedzy o tym, czym jest HIV i AIDS.

Od 1989 r. zobowiązano nauczycieli do włączania informacji dotyczących HIV i zmian zachowań seksualnych do programów nauczania. W wydawanych podręcznikach przekazywano pełne informacje o drogach przenoszenia i sposobach zmniejszania ryzyka zakażenia HIV, z uwzględnieniem ochronnej roli prezerwatyw. Edukacją obejmowano szczególnie dziewczęta (11).

Od początku lat dziewięćdziesiątych wielokrotnie postulowano konieczność prowadzenia promocji stosowania prezerwatyw i zwiększenia ich dostępności (12). Wprowadzenie bezpłatnego rozdawnictwa prezerwatyw powodowało systematyczny wzrost liczby prezerwatyw używanych w kontaktach seksualnych.

W 1995 r. w stolicy kraju Kampali wykazano, iż wzrasta częstość ich stosowanie w przygodnych kontaktach seksualnych (13).

W 1990 r. powstał w Kampali pierwszy w Afryce *AIDS Information Center* (AIC), ośrodek, w którym testy w kierunku obecności przeciwciał anty-HIV wykonywano dobrowolnie i anonimowo, z właściwie prowadzonym poradnictwem przed i po teście. W następnych latach wzrosła liczba takich ośrodków. Dla osób, które poddały się testom, niezależnie od uzyskanego wyniku, powstawały *Post Test Clubs*, umożliwiające długotrwałe wsparcie, także w dokonywaniu zmian zachowań seksualnych.

Ogromne znaczenie dla dokonujących się wolno zmian zachowań seksualnych, a przede wszystkim wzrostu częstości używania prezerwatyw zarówno przez kobiety, jak i mężczyzn, miał rozmiar epidemii. W 1995r. 91,5% mężczyzn i 86,4% kobiet w Ugandzie znało kogoś zakażonego HIV, a ponad 70% dorosłych mieszkających w miastach przeżyło śmierć krewnych lub bliskich przyjaciół z powodu AIDS (14).

PREZYDENCKI PROGRAM ZWALCZANIA AIDS

W 2003 r. w USA, z inicjatywy prezydenta *G. W. Busha*, powstał program PEPFAR (*President's Emergency Plan for AIDS Relief*), który w ciągu 5 lat przekazać miał 15 miliardów dolarów 15 krajom świata (Botswana, Etiopia, Gujana, Haiti, Kenia, Mozambik, Namibia, Nigeria, Rwanda, Republika Południowej Afryki, Tanzania, Uganda, Wybrzeże Kości Słoniowej i Zambia – 15 kraj włączono pod koniec 2004r, jest nim Wietnam). Program w ciągu pięciu lat miał zapobiec 7 mln nowych zakażeń, dostarczyć leki antyretrowirusowe przynajmniej 2 mln osób i pomoc humanitarną 10 mln chorych z AIDS i sierotom, które przez AIDS straciły rodziców. Krajom otrzymującym tę pomoc narzucono program profilaktyczny A – B – C (*abstinence, be faithful, and when appropriate correct and consistent use condoms* – abstynencja, bycie wiernym lub, jeśli to wskazane właściwe i konsekwentne używanie prezerwatyw). W rzeczywistości skupiono się tylko na pierwszych dwóch literach – A i B, natomiast prezerwatywy mają być dostępne tylko dla osób o dużym ryzyku zakażenia HIV, do których zaliczono kobiety sprzedające usługi seksualne, niezakażonych partnerów osób zakażonych HIV, narkomanów i niedefiniowanych „innych”. Zaleceniem PEPFAR jest, by 30% środków finansowych przeznaczonych na profilaktykę było użytkowane na promowanie abstynencji seksualnej (15). W pierwszym rocznym sprawozdaniu z wykonania programu PEPFAR podano, iż w 2004 r. przeznaczono ponad 90 milionów dolarów USA na

profilaktykę seksualnej transmisji HIV, z czego ponad 50 milionów dolarów (56%) na programy A – B (16).

W 2004 r. Ugandyjska Komisja AIDS (*Uganda AIDS Commission*) opublikowała dokument zalecający wprowadzenie programu „abstynencja do małżeństwa” w całym kraju. Równocześnie zalecono zaprzestanie promowania prezerwatyw, gdyż „mogłoby to powodować zamęt w głowach młodych ludzi”. Jako strategię zapobiegania zakażeniom HIV wśród małżeństw zaproponowano obowiązkowe wykonywanie testów przez wszystkich planujących wstąpienie w związki małżeńskie. W programach dla szkół średnich, sponsorowanym przez PEPFAR, pojawiła się informacja, iż „prezerwatywy nie są skuteczne w 100% w zapobieganiu zakażeniom HIV, gdyż mają małe pory umożliwiające przenikanie wirusa”, a uczestnicy szkoleń dowiadywali się, iż „używanie prezerwatyw z osobą mającą te (przenoszone drogą płciową) choroby, to tak, jakby używać spadochronu, który otwiera się tylko w 75% przypadków” (4).

Pod koniec 2004 r. wycofano najtańsze na tym rynku prezerwatywy, jedyne rozdawane bezpłatnie w państwowych placówkach służby zdrowia, pod pretekstem konieczności dokonania kontroli ich jakości. W tym samym roku wprowadzono nowe opodatkowanie i wymóg kontroli jakości wszystkich importowanych prezerwatyw, także z USA, co spowodowało wzrost ich cen o ponad 500% (17). Zmiana podejścia do profilaktyki HIV/AIDS w Ugandzie wiązana jest z włączeniem kraju do programu PEPFAR. Sugestie, iż małżeństwo chroni przed HIV sprawiają, iż kobiety zamężne są najbardziej narażone na zakażenie HIV. W latach 1990 – 1992 w wiejskim regionie prowincji Rakai wykazano, iż zakażonych HIV było 21,3% dziewcząt w wieku od 15 do 19 lat, pozostających w związkach małżeńskich, przy czym 86% z nich miało tylko jednego partnera seksualnego w życiu (18).

CZY CZĘSTOŚĆ ZAKAŻEŃ HIV W UGANDZIE ULEGŁA ZMNIEJSZENIU?

Wśród ekspertów trwa spór o to, czy częstość zakażeń HIV w Ugandzie naprawdę uległa zmniejszeniu i co było tego przyczyną. Dane dotyczące częstości zakażeń w Ugandzie są dalece niekompletne, najczęściej pochodzą z klinik położniczych. Ocena częstości zakażeń HIV na podstawie badań kobiet ciężarnych powoduje niedoszacowanie zakażeń w populacji ogólnej o 35 – 65% (19), ponadto w Ugandzie większość porodów ma miejsce w domach.

Wielu badaczy uważa, że obserwowane zmniejszenie częstości zakażeń HIV wiązało się przede wszystkim z dużą śmiertelnością osób zakażonych HIV, a więc

źródeł zakażenia, przewyższającą liczbę nowych zakażeń (20).

Na początku 2006 r. pojawiły się informacje o ponownym wzroście liczby zakażeń HIV (21). W maju 2006r. dyrektor Ugandyjskiej Komisji ds. AIDS podał, iż mimo zagranicznej pomocy finansowej liczba nowych zakażeń HIV zwiększyła się z 70 000 w 2003 r. do 130 000 w 2005 r. (22). Wśród 640 współmałżonków osób leczonych lekami antyretrowirusowymi wykazano, iż większość z nich nie знаło wcześniej swojego statusu serologicznego, a po wykonaniu testów zakażenie HIV stwierdzono u 60% badanych (23). Odsetek nowych zakażeń HIV znacznie wzrósł w grupach ludności, w których wcześniej był niski. Na przykład osoby pozostające w związkach małżeńskich stanowią obecnie około 60% nowych przypadków. Odsetek zakażonych kobiet mających od 30 do 39 lat wzrósł z 8,3% do 14,7%, a wśród kobiet w wieku od 25 do 39 lat z 8,3% do 14,7% (24).

ZMIANA PLANU ZAPOBIEGANIA HIV/AIDS W UGANDZIE

W 2007 r. Ugandyjska Komisja ds. AIDS opublikowała nowy plan zapobiegania zakażeniom HIV do 2012 r. (1). Stwierdzono w nim, że od 2003 r. sytuacja epidemiologiczna w Ugandzie pogarsza się.

Celem nowego planu jest zmniejszenie liczby osób ulegających zakażeniu HIV i zachorowań na AIDS o 40% oraz objęcie pomocą socjalną, opieką i terapią antyretrowirusową 80% osób żyjących z HIV do 2012 r. W tym celu wykorzystywana będzie strategia ABC+, uwzględniająca wpływ uwarunkowań socjalnych, kulturowych i ekonomicznych na zachowania poszczególnych osób. W ramach tej strategii zostanie zwiększony dostęp do dobrowolnego wykonywania testów w kierunku zakażenia HIV, zapobiegania przenoszeniu zakażenia z matki na dziecko, terapii antyretrowirusowej oraz opieki nad osobami żyjącymi z HIV/AIDS. Profilaktyka HIV/AIDS kierowana będzie do populacji ogólnej, a także do grup największego ryzyka, którymi są osoby sprzedające usługi seksualne i ich klienci, służby mundurowe, kierowcy ciężarówek, rybacy, osoby niekonsekwentnie używające prezerwatyw, często zmieniające partnerów seksualnych i angażujące się w kontakty pozamałżeńskie. Wszyscy młodzi ludzie mają otrzymywać informacje dotyczące zapobiegania zakażeniom HIV, w tym o skuteczności prezerwatyw. Nastąpić ma powrót do programu IEC. Instytucje socjalne, religijne, ekonomiczne, kulturalne i placówki opieki zdrowotnej mają być wykorzystywane do przekazywania informacji o profilaktyce HIV. Do 2012r. zapewnione ma być 100% bezpieczeństwo

przetaczanej krwi i pełna dostępność do profilaktyki po ekspozycji na HIV.

PODSUMOWANIE

Profilaktyka HIV/AIDS w Ugandzie początkowo polegała na umiejętności dyskusyjnego o drogach przenoszenia HIV, w tym o seksualności człowieka, co przyczyniło się do pewnych zmian zachowań, ale przede wszystkim wzrostu częstości stosowania prezerwatyw, które przestały źle się kojarzyć, stygmatyzować osoby je używające, a ich stosowanie stawało się normą. Trudną do powetowania stratą jest zmiana poglądów na stosowanie prezerwatyw i sposoby prowadzenia edukacji dotyczącej HIV/AIDS. Zmiana podejścia do profilaktyki HIV/AIDS, jeśli będzie stosowana konsekwentnie, może zmniejszyć częstość nowych zakażeń HIV (25).

PIŚMIENNICTWO

1. Uganda AIDS Commission. Moving Toward Universal Access. National HIV & AIDS Strategic plan 2007/8 – 2011/2012. www.aidsuganda.org.
2. Buve A, Bishikwabo-Nsarhaza K, Mutangadura G. The spread and the effect of HIV-1 infection in sub-Saharan Africa. *Lancet* 2002;359:2011-7.
3. Lalonde AB, Okong P, Mugasa A, Peron L. The FIGO Save the Mothers Initiative: the Uganda – Canada collaboration. *Int J Gynecol Obstet* 2003;80:204-12.
4. Cohen J, Tate T. The less they know, the better. Abstinence-only HIV/AIDS programs in Uganda. *Hum Right Watch* 2005,17, no4 (A): 1 – 79.
5. WHO. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. WHO, Geneva 2004.
6. Foster G. Children who live in communities affected by AIDS. *Lancet* 2006;367:700-1.
7. Okware SI. Towards a National AIDS-Control Program in Uganda. *West Med J* 1987;147:726-9.
8. Kirungi F. Uganda beating back AIDS. Leadership, education and openness are keys to progress. *Afr Recovery* 2001;15:26-7.
9. Kagimu M, Marum E, Serwadda D. Planning and evaluating strategies for AIDS health education interventions in the Muslim community in Uganda. *AIDS Educ Prev* 1995;7:10-21.
10. Opio AA, Mulumba N, Asiimwe-Okikor G i wsp. Changes in HIV/AIDS prevention indicators in the rural district of Lira in Uganda. *AIDS* 2000;14:1461-3.
11. Schopper D, Doussantousse S, Amiga N i wsp. Village-based AIDS prevention in a rural district in Uganda. *Health Policy Plan* 1995;10:171-80.
12. Lule GS, Gruer LD. Sexual behavior and the use of the condom among Ugandan students. *AIDS care* 1991;3:9-11.
13. Kanya M, McFarland W, Hudes ES, Ssali A, Busuluwa R, Hearst N. Condom use with casual partners by men in Kampala, Uganda. *AIDS* 1997;11: Suppl. 1:S61-6.
14. Parkhurst JO. The Ugandan success story? Evidence and claims of HIV-1 prevention. *Lancet* 2002;360:78-80.
15. Konde-Lule JK, Tumvesigye MN, Lubania RG. Trends in attitudes and behaviour relevant to AIDS in Uganda community. *East Afr Med J* 1997;74:406-10.
16. Engendering bold leadership: the President's Emergency Plan for AIDS relief. First annual report to Congress. 2005. www.unaid.gov.
17. Bass E. Fighting to close the condom gap in Uganda. *Lancet* 2005;365:1127-8.
18. Cohen J, Schleifer R, Tate T. AIDS in Uganda: the human rights dimension. *Lancet* 2005;65:2075-6.
19. Zaba BW, Carpenter LM, Boerma JT i wsp. Adjusting ante-natal clinic data for improved estimates of HIV prevalence among women in sub-Saharan Africa. *AIDS* 2000;14:2741-50.
20. Wawer MJ, Gray JH, Serwadda D i wsp. Declines in HIV prevalence in Rakai, Uganda: not as simple as ABD. 12th Conference of Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, 2005, LB27.
21. Okware S, Kinman J, Onyango S, Opio A, Kaggwa P. Revisiting the ABC strategy: HIV prevention in Uganda in the era of antiretroviral therapy. *Postgrad Med J* 2005;81:625-8.
22. Shafer LA, Biraro S, Nakiyngi-Miiró J i wsp. HIV prevalence and incidence are no longer falling in southwest Uganda: evidence from a rural population cohort 1989-2005. *AIDS* 2008;22:1641-9.
23. Masumbuko E, Miti J. Uganda: 130 000 got HIV in 2005. *The Monitor*, 19 may 2006 (www.allafrica.com).
24. Were WA, Mermin JH, Wamai N i wsp. Undiagnosed HIV infection and couple HIV discordance among household members of HIV-infected people receiving antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006;43:91-5.
25. Wakabi B. New strategies sought in Uganda as HIV infection rise. *Lancet Infect Dis* 2008;8:285.

Otrzymano: 2.12.2008 r.

Zakwalifikowano do druku: 2.12.2008 r.

Adres do korespondencji:

Dorota Rogowska-Szadkowska

Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego

Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Mieszka I 4b, 15-054 Białystok.

e-mail: dszadkowska@umwb.edu.pl