



W numerze:

**Wszystko, co chcielibyście
wiedzieć o HIV i nie boicie się
zapytać – część 2**

A. Lembas

Str. 1-5

**Od tabu do świadomości.
Skuteczność edukacji
rówieśniczej w profilaktyce HIV
na przykładzie warsztatów
dla młodzieży trójmiejskiej**

P. Nowaczyk

Str. 6-10

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

<https://www.gov.pl/web/aids>

Więcej informacji

aids.gov.pl

facebook.com/kcaids

Wszystko, co chcielibyście wiedzieć o HIV i nie boicie się zapytać – część 2

Diagnostyka zakażenia HIV

1. Wstęp

Drogi zakażenia oraz diagnostyka zakażenia HIV to dwa tematy cieszące się największym zainteresowaniem wśród klientów Poradni Internetowej HIV/AIDS Krajowego Centrum ds. AIDS. Do skrzynki pocztowej Poradni Internetowej regularnie wpływają maile zawierające opis sytuacji, której doświadczyła osoba zainteresowana. Klienci zwykle pytają, czy stanowiła ona ryzyko zakażenia HIV, a następnie, czy jest wskazaniem do wykonania testu. Zdarzają się również bardziej szczegółowe pytania: jaki test należy wykonać, jak przygotować się do niego, po jakim czasie od ekspozycji warto zgłosić się na badanie, gdzie można je wykonać, a także jak zinterpretować wynik. Pierwsza część serii artykułów „Wszystko, co chcielibyście wiedzieć o HIV i nie boicie się zapytać” dotyczyła dróg zakażenia HIV oraz jak nie może dojść do zakażenia. Kolejna część, będąca kontynuacją cyklu, będzie omówieniem zagadnień związanych z diagnostyką HIV.

2. Kto powinien wykonać test?

Każda osoba, która kiedykolwiek odbyła ryzykowny kontakt seksualny, czyli kontakt seksualny bez prezerwatywy (także oralny) z osobą z nieleczonym zakażeniem HIV, lub z osobą o nieznanym statusie HIV, ma wskazanie do wykonania testu w kierunku HIV. Test powinny również wykonać osoby, u których doszło do narażenia drogą krwi, czyli te, które przyjmowały narkotyki drogą dożylną niesterylnym sprzętem, lub doznały zakłucia lub skaleczenia narzędziem zabrudzonym krwią, nawet jednorazowo. Aby wykluczyć zakażenie,

należy wykonać test w kierunku HIV po upływie co najmniej 6 tygodni od ostatniej ekspozycji. Osoby, które regularnie podejmują ryzykowne zachowania, powinny wykonywać badanie co 3 miesiące. [1]

3. Jakiego rodzaju testów w kierunku HIV?

W diagnostyce zakażenia HIV stosuje się różne rodzaje testów. Każdy z nich ma swoje specyficzne zastosowanie. Wyróżniamy następujące testy:

- testy IV generacji,
- testy III generacji,
- testy molekularne,
- testy serologiczne. [1]

3.1. Testy IV generacji

Testy IV generacji pełnią podstawową rolę w diagnostyce zakażenia HIV. Wykrywają one antygen p24 wirusa oraz przeciwciała anty-HIV. Są dostępne pod różnymi nazwami, z czego najczęstsze to: HIV DUO, HIV COMBO oraz HIV Ag/Ab. Każdy z nich jest testem IV generacji, czyli badaniem przesiewowym, które powinno być wykonywane jako pierwsze w diagnostyce zakażenia HIV. Pytania o to, kiedy po ryzykownym zachowaniu należy wykonać test, by mieć pewność, że do zakażenia nie doszło, należą do najczęściej pojawiających się w skrzynce pocztowej Poradni Internetowej. Otrzymując ujemny wynik testu IV generacji po co najmniej 6 tygodniach (czyli 42 dniach) od ostatniego ryzykownego zachowania, możemy z całą pewnością stwierdzić, że podczas tej sytuacji nie doszło do zakażenia HIV.

„Uzyskałam ujemny wynik testu przesiewowego po 6 tygodniach od ostatniego kontaktu seksualnego, czy muszę zrobić dodatkowe badania aby wykluczyć zakażenie”

– po upływie 6 tygodni wynik na pewno jest już wiarygodny i nie ma konieczności wykonywania żadnych dodatkowych testów. „Czy trzeba powtarzać test po 3 czy 6 miesiącach gdy uzyskało się wynik ujemny i nie doszło do kontaktów w tym czasie?” – jeśli w tym czasie nie było żadnych ryzykownych zachowań, to nie ma konieczności powtarzania testu po czasie dłuższym niż 6 tygodni. Jedyną sytuacją, która stanowi wyjątek, jest przyjmowanie profilaktyki poekspozycyjnej (PEP). „Po jakim czasie od zakończenia terapii PEP test IV generacji będzie miarodajny?” – w przypadku przyjmowania PEP, wynik ujemny po 6-8 tygodniach od zakończenia przyjmowania leków pozwala na wykluczenie zakażenia HIV. [1]

Klienci często pytają, czy test można wykonać wcześniej niż po upływie 6 tygodni i na ile jest wtedy wiarygodny: „Znalazłem informację, że test można zrobić już 2 tygodnie po ryzykownym zdarzeniu. Gdzieś indziej przeczytałem, że 3 tygodnie to już wystarczający okres. Czy taki test będzie wiarygodny?”, „Czy po 19 dniach wyjdzie już antygen p24 czy nie ma sensu się kłuć?”. Oczywiście test można wykonać wcześniej, najkrótszy czas, jaki musi minąć od czasu ryzykownego zachowania, aby była szansa, że test wyjdzie dodatni, gdyby doszło do zakażenia, to dwa tygodnie. Średnio test zaczyna być dodatni po 18 dniach od momentu ekspozycji, podczas której doszło do zakażenia HIV. [2] Jednak należy podkreślić, że jeśli wykonamy go wcześniej niż po 6 tygodniach i uzyskamy wynik ujemny, to taki wynik nie pozwala na wykluczenie zakażenia HIV i zawsze należy go powtórzyć po upływie minimum 6 tygodni, aby mieć pewność, że do zakażenia nie doszło. „Czy jeśli zrobiłem test COMBO po 22 dniach i wynik jest ujemny to może jeszcze ulec zmianie po sześciu tygodniach?” – jak najbardziej TAK, wynik testu może ulec zmianie i należy go powtórzyć po upływie 6 tygodni.

Do skrzynki pocztowej trafiają również pytania, czy jeśli czas od ostatniego ryzykownego zachowania do wykonania testu jest znacznie dłuższy niż 6 tygodni, to czy istnieje możliwość, że test nie wykryje zakażenia: „Czy wynik negatywny testu HIV COMBO wykonany ponad 5 lat po ryzykownym zdarzeniu jest wiarygodny? Czy po

tak długim czasie przeciwciała nie są już wykrywalne i badanie może dać wynik fałszywie ujemny?”. Jeśli kiedykolwiek doszło do zakażenia HIV, to test wykonany po co najmniej 6 tygodniach, zawsze to wykryje, nawet jeśli będzie to kilka, kilkanaście, lub nawet kilkadziesiąt lat. Co więcej, testy wychodzą dodatnie również u osób z leczonym zakażeniem HIV. „Czy test Combo na HIV wykryje zakażenie, które jest leczone, a wirus HIV jest niewykrywalny?”. Tak, test wyjdzie dodatni. Nawet jeśli wirus jest niewykrywalny, to test wykrywa przeciwciała anty-HIV, które nie przestają być produkowane w organizmie, jeśli kiedykolwiek doszło do zakażenia HIV. U osoby żyjącej z HIV (pod warunkiem, że od zakażenia minęło co najmniej 6 tygodni) test IV generacji już zawsze będzie dodatni.

Zdarza się, że osoby, które wykonały test, mają problem z jego interpretacją. Zazwyczaj otrzymując wynik badania, uzyskujemy informację, że jest on „dodatni” („pozytywny”, „reaktywny”) lub „ujemny” („negatywny”, „niereaktywny”). Czasami wynik może być dodatkowo podany w formie liczby. Wówczas zazwyczaj wartości >1.0 oznaczają wynik dodatni, a <1.0 – wynik ujemny. W przypadku niektórych testów punktem odcięcia może być wartość 0.9, lub inna, dlatego przy interpretacji należy zawsze sugerować się legendą dołączoną do testu. Zdarzają się również inne wyniki: „Mam problem z interpretacją testu przesiewowego HIV Ag/Ab (Combo). Nie jest ani pozytywny ani negatywny tylko „do weryfikacji”. Co to oznacza?” W tej sytuacji są dwie opcje. Test mógł wykryć tylko jedną składową – przeciwciała anty-HIV lub antygen p24, dlatego nie został opisany jako „pozytywny” lub „negatywny”. Istnieje również możliwość, że wynik testu wyszedł dodatni, dlatego niektóre laboratoria wydają wyniki dodatnie jako wyniki „do weryfikacji”, aby podkreślić konieczność wykonania dodatkowych badań w celu potwierdzenia lub wykluczenia zakażenia.

3.2. Testy III generacji

Testy III generacji są również testami przesiewowymi w diagnostyce zakażenia HIV, jednak wykrywają tylko przeciwciała anty-HIV, bez antygenu p24. Testy te mają podobną czułość jak testy IV generacji,

jednak aby można było wykluczyć zakażenie HIV, taki test należy wykonać po upływie minimum 12 tygodni od ostatniego ryzykownego zachowania. Z tego względu Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS zalecają, by rutynowo w diagnostyce zakażenia HIV wykonywać test IV generacji [1]. Testy III generacji mają jednak swoje zastosowanie jako testy tzw. „szybkie”, wykonywane z kropli krwi pobranej z palca. Większość testów szybkich to testy III generacji, jednak od niedawna na rynku dostępne są również testy „szybkie” IV generacji. [3] Z uwagi na fakt, że dostępność testów szybkich IV generacji jest jeszcze ograniczona, zazwyczaj szybkie testy, to testy III generacji.

Do skrzynki pocztowej Poradni Internetowej docierają pytania, gdzie można wykonać szybki test, lub jak można go zdobyć. Testy są dostępne w Punktach Konsultacyjno-Diagnostycznych, checkpointach, niektórych gabinetach lekarskich, a czasami także w klubach. Istnieją również testy do samodzielnego wykonania w domu, dostępne w aptekach, niektórych drogeriach, a także do kupienia online. „Czy jest możliwość wysłania szybkiego testu na choroby weneryczne do domu? Punkty testowania są daleko od mojego miejsca zamieszkania” – niestety Punkty Konsultacyjno-Diagnostyczne nie wysyłają testów do domu, można jednak łatwo je kupić, zwłaszcza online.

Klienci Poradni miewają wątpliwości co do wiarygodności szybkich testów: „Czy testy domowe na HIV, takie z apteki dają 100 % pewność?” – wszystkie testy szybkie posiadające certyfikat CE, które nie są przeterminowane, są odpowiednio przechowywane i prawidłowo wykonane, są wiarygodne i pozwalają na wykluczenie zakażenia HIV po 12 tygodniach od ekspozycji. [1]

Niekiedy wątpliwość budzi ograniczenie wiekowe, które znajduje się na testach do użytku domowego – w instrukcji jest informacja, że testy te są dla osób od 18 roku życia. „Wyszukałam test w kierunku HIV w aptece internetowej, jednak jest tam napisane, że jest przeznaczony wyłącznie dla osób powyżej 18-go roku życia. Zastanawiam się dlaczego nie można wykonać go u dziecka? Czy testy są szkodliwe?” – ogra-

niczenie to wynika głównie ze względów prawnych, psychologicznych oraz związanych z odpowiedzialnością za otrzymany wynik. Samo przeprowadzenie testu jest zupełnie nieszkodliwe.

W skrzynce odbiorczej Poradni Internetowej często znajduje się również pytanie: „*test dał wynik pozytywny, czy mam HIV?*”. Samo uzyskanie dodatniego wyniku testu przesiewowego nie świadczy jeszcze o zakażeniu HIV. Każdy taki wynik należy potwierdzić – obecnie zalecaną metodą jest test PCR. [1]

„*Robiłam badania... test wyszedł pozytywnie. Pani powiedziała, że wysyłają materiał na dodatkowe badania czy to standardowa procedura?*” – Tak, jest to standardowa procedura. W Punktach Konsultacyjno-Diagnostycznych, a także w niektórych laboratoriach, w przypadku uzyskania dodatniego wyniku testu przesiewowego, od razu wykonywany jest test potwierdzenia. Z uwagi na to, że test potwierdzenia jest mniej dostępny niż testy przesiewowe, niekiedy zachodzi konieczność wysłania krwi do innego laboratorium, które przeprowadza takie badania.

„*Powiedziano mi, że istnieje konieczność pobrania krwi jeszcze raz, bo w wyniku testu był komunikat o konieczności weryfikacji, czy to oznacza że mam HIV?*” – oznacza to, że test przesiewowy wyszedł dodatni i istnieje konieczność zweryfikowania tego wyniku testem PCR, jednak nie oznacza to jeszcze, że na pewno doszło do zakażenia HIV, test PCR ostatecznie potwierdzi lub wykluczy zakażenie.

3.3. Testy PCR

Testy PCR, czyli testy molekularne badające materiał genetyczny (RNA) wirusa, są bardzo czułymi testami pozwalającymi na wykrycie nawet niewielkiej liczby kopii wirusa we krwi. Testy te są stosowane do potwierdzenia (lub wykluczenia) zakażenia HIV, gdy wynik testu przesiewowego wyjdzie dodatni. Drugim zastosowaniem testów jest monitorowanie skuteczności leczenia u osób żyjących z HIV.

„*Po jakim czasie najlepiej wykonać test PCR oraz czy wykonanie go 3 miesiące po ekspozycji ma sens?*” – w takiej sytuacji

zalecane jest wykonanie testu przesiewowego IV generacji po upływie 6 tygodni od ekspozycji. Nie ma wskazań do wykonywania testu PCR u osób, które nie wykonały testu przesiewowego lub otrzymały ujemny wynik testu przesiewowego. Testy PCR są znacznie droższe i mniej dostępne niż testy IV generacji, a test IV generacji w zupełności wystarcza do wykluczenia zakażenia HIV.

„*Wykonałem test PCR w kierunku HIV po 16 dniach od ryzykownego kontaktu seksualnego, wynik wyszedł ujemny, czy jest to wiarygodny wynik?*” – ujemny wynik testu PCR po 16 dniach nie pozwala na wykluczenie zakażenia HIV. Test PCR wykrywa zakażenie HIV średnio 7 dni przed testem IV generacji, jednak według Rekomendacji Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS nie jest to test stosowany w diagnostyce przesiewowej i nie pozwala na wykluczenie zakażenia HIV wcześniej niż test IV generacji [1,2]. Aby wykluczyć zakażenie HIV, należy wykonać test IV generacji po upływie 6 tygodni.

3.4. Test Western Blot

Do niedawna badaniem rekomendowanym do weryfikacji zakażenia HIV w przypadku uzyskania dodatniego wyniku testu przesiewowego, było badanie Western Blot. Obecnie Rekomendacje PTN AIDS zalecają w tym celu badanie PCR [1]. Test Western Blot jest testem serologicznym, służącym do wykrywania przeciwciał anti-HIV. Jest on jednak dużo bardziej swoisty niż testy przesiewowe, które również wykrywają przeciwciała. Z tego względu dodatni wynik testu Western Blot pozwala na ostateczne potwierdzenie zakażenia HIV. Badanie to zostało jednak zastąpione testem PCR, ponieważ metoda PCR umożliwia wcześniejsze potwierdzenie zakażenia HIV – materiał genetyczny wirusa wykrywany jest we krwi wcześniej niż przeciwciała anti-HIV. Nadal jednak test Western Blot może być użyteczny w pewnych sytuacjach klinicznych, np. w przypadku zakażenia HIV-2 lub gdy zachodzi podejrzenie, że osoba żyjąca z HIV ma bardzo niską lub niewykrywalną wiramię HIV.

„*Otrzymałem wynik do weryfikacji. Czy mam teraz zrobić test metodą Western Blot, żeby wykluczyć zakażenie w 100%? U mnie*

w mięście mogą zrobić tylko test potwierdzenia metodą PCR, a czytałem, że musi być to test Western Blot” – obecnie do potwierdzenia zakażenia HIV rekomendowany jest test PCR, jednak zarówno test PCR jak i Western Blot są w stanie ostatecznie potwierdzić lub wykluczyć zakażenie HIV.

4. Diagnostyka zakażenia HIV w przypadku podejrzenia ostrej infekcji retrowirusowej

Ostra infekcja retrowirusowa to pierwsza faza zakażenia HIV, której objawy występują po około 2-6 tygodni od ekspozycji (średnio po 3 tygodniach). Objawy pojawiają się u większości osób, u których dojdzie do zakażenia, jednak często bywają niespecyficzne. Najczęściej można zaobserwować: gorączkę, zmęczenie, zapalenie gardła, powiększenie węzłów chłonnych, bóle mięśni, stawów lub głowy, wysypkę, nudności, wymioty i biegunkę.

Klasycznie w diagnostyce zakażenia HIV wykonujemy test przesiewowy, a w przypadku uzyskania wyniku dodatniego, potwierdzamy go testem PCR. Inaczej jednak wygląda sytuacja, gdy podejrzewamy ostrą infekcję retrowirusową. Z racji tego, że objawy ostrej infekcji retrowirusowej występują zazwyczaj po około 3 tygodniach od momentu zakażenia, może to być za krótki czas, by test przesiewowy był w stanie wykryć zakażenie. Z tego względu w tej sytuacji wynik testu IV generacji nie ma dużego znaczenia diagnostycznego. W diagnostyce ostrej infekcji retrowirusowej powinniśmy jak najszybciej wykonać test PCR, ponieważ w momencie, kiedy występują objawy, mamy już pewność, że materiał genetyczny wirusa znajduje się we krwi. Zarówno antygen p24, jak i przeciwciała anti-HIV, wykrywane są we krwi później, dlatego test IV generacji może nie wykryć zakażenia na tym etapie.

W przypadku podejrzenia ostrej infekcji retrowirusowej powinniśmy jak najszybciej zgłosić się do lekarza, który skieruje nas na diagnostykę do ośrodka prowadzącego leczenie antyretrowirusowe. W tej fazie zakażenia HIV dochodzi do gwałtownego namnażania się wirusa oraz do zakażania kolejnych komórek organizmu. Włączenie leczenia na tym etapie pozwala na szybkie zahamowanie replikacji, a tym samym

może uchronić niektóre tkanki lub narządy przed zakażeniem. Z tego względu szybka przeprowadzona diagnostyka jest kluczowa. Gdy zaobserwujemy objawy, które mogą być skorelowane z ryzykownym zachowaniem, nie należy czekać 6 tygodni, by wykonać test IV generacji, ale jak najszybciej zgłosić się do lekarza.

„Okolo trzy dni po stosunku wystąpiły lekkie objawy: ból głowy gardła, uszu i mięśni przez okolo dwa dni. Obecnie nie mam już żadnych objawów. Czy ostra infekcja reowirusowa mogła wystąpić u mnie w czasie tak krótkim?” – jest bardzo mało prawdopodobne, by obserwowane objawy wynikały z ostrej infekcji reowirusowej, zazwyczaj potrzeba minimum tygodnia do wystąpienia objawów. Nie znaczy to jednak, że podczas tego stosunku na pewno nie doszło do zakażenia HIV. Aby wykluczyć zakażenie należy wykonać test IV generacji po upływie 6 tygodni od tej sytuacji.

„Witam czy objawy HIV mogą trwać jeden albo dwa dni, a mianowicie tylko ból głowy i dreszcze?” – najczęściej objawy ostrej infekcji reowirusowej trwają okolo 2 tygodni, jednak nie musi być to regułą, objawy mogą występować w bardzo ograniczonym zakresie i trwać bardzo krótko, a nawet nie występować wcale. Ból głowy i dreszcze przez jeden/dwa dni to nie jest najczęstszy przebieg ostrej infekcji reowirusowej, ale choroba może też wyglądać w ten sposób.

„Czy da się odróżnić ostrą infekcję reowirusową od grypy żołądkowej?” – objawy żołądkowo-jelitowe mogą występować zarówno w ostrej infekcji reowirusowej, jak i w zatruciu pokarmowym lub infekcji przewodu pokarmowego. Na podstawie samych objawów nie da się tego odróżnić.

„Czy da się wykryć ostrą infekcję reowirusową w morfologii?” – niestety tylko badania w kierunku HIV są w stanie wykryć zakażenie HIV. Podczas ostrej infekcji reowirusowej można zaobserwować pewne odchylenia w morfologii, które mogą ją zasugerować, jak obniżona liczba płytek krwi lub obniżona liczba białych krwinek, jednak na podstawie samej morfologii da się potwierdzić ani wykluczyć zakażenia HIV.

5. Wyniki fałszywie ujemne i dodatnie

Testy przesiewowe, nie tylko w diagnostyce zakażenia HIV, ale także w innych chorobach, są projektowane tak, by miały wysoką czułość. Jednocześnie badania te cechują się stosunkowo niską swoistością. Oznacza to, że znacznie częściej zdarzają się wyniki fałszywie dodatnie niż fałszywie ujemne. W przypadku uzyskania wyniku ujemnego, wynik ten jest bardzo wiarygodny i pozwala na wykluczenie zakażenia (pod warunkiem, że minął odpowiedni czas od ekspozycji), ale w przypadku uzyskania wyniku dodatniego, nie ma pewności, że do zakażenia doszło i taki wynik należy zawsze potwierdzić inną metodą. Istnieją pewne sytuacje kliniczne, które zwiększają ryzyko otrzymania fałszywie dodatniego wyniku testu przesiewowego i są to:

- ostre zakażenia (np. innymi wirusami lub kiłą),
- choroby autoimmunologiczne,
- szczepienia w ciągu miesiąca przed badaniem,
- ciąża,
- przetoczenia krwi i immunoglobulin,
- przeszczepienie narządów. [1]

Mogą wystąpić również sytuacje, gdy wynik testu przesiewowego jest fałszywie ujemny i najczęściej zdarza się to, gdy:

- test został wykonany zbyt wcześnie,
- suplementujemy biotynę w dużych dawkach,
- doszło do zakażenia rzadkimi, nietypowymi wariantami HIV,
- stwierdzono głęboki niedobór odporności, który wpływa na wytwarzanie przeciwciał (najczęściej o innej etiologii niż AIDS). [1]

Klienci Poradni Internetowej często opisują najróżniejsze sytuacje kliniczne zapytaniem, czy mogą one wpływać na wyniki testów w kierunku HIV. Do czynników, które nie wpływają na wynik testu należą: krwawienie miesiączkowe, przyjmowanie leków przeciwbólowych, antybiotyków, przeciwdepresyjnych, hormonalnych, obniżających ciśnienie krwi, obniżających cholesterol i zdecydowanej większości powszechnie stosowanych leków, a także większości ziół i suplementów (z wyjątkiem dużych dawek biotyny, ponad 1 mg na dobę).

Sytuacje, które mogą stanowić ryzyko uzyskania fałszywie dodatniego wyniku testu, o które najczęściej pytają klienci Poradni, to: przeziębienie, obecność innej infekcji przenoszonej drogą płciową, rozpoznanie choroby autoimmunologicznej, szczepienia. Warto jednak podkreślić, że wszystkie te okoliczności nie są przeciwwskazaniem do wykonania testu w kierunku HIV, a jedynie wiążą się ze zwiększonym ryzykiem uzyskania wyniku fałszywie dodatniego. Jeśli z powodu którejś z tych przyczyn otrzymany wynik będzie fałszywie dodatni, to test potwierdzenia wykluczy zakażenie.

„Czy przy grupie krwi 0 Rh+ częściej zdarzają się fałszywie dodatnie wyniki testów przesiewowych?” – w literaturze dostępna jest jedna publikacja, która wskazywała, że posiadacze tej grupy krwi mogą częściej otrzymywać fałszywie dodatnie wyniki testów przesiewowych. Jednak w pracy tej badany był tylko jeden rodzaj testu (test szybki III generacji konkretnej firmy) i nie są to wystarczające dowody naukowe, by móc uznać grupę krwi 0 Rh+ za czynnik ryzyka otrzymania wyniku fałszywie dodatniego [4]

„Czy test PCR może być fałszywie dodatni lub fałszywie ujemny?” – wynik fałszywie dodatni jest możliwy, choć takie sytuacje należą do wyjątkowych rzadkości i wynikają najczęściej z błędów analitycznych (np. pomylenie próbki, kontaminacja próbki). Jeśli natomiast chodzi o wynik fałszywie ujemny, to istnieje takie ryzyko, gdy test zostanie wykonany zbyt wcześnie, lub gdy wirus HIV jest niewykrywalny (np. gdy wykonamy test u osoby przyjmującej leki antyretrowirusowe).

6. Gdzie wykonać test?

Istnieje wiele możliwości, gdzie można wykonać test w kierunku HIV. Można przebadać się bezpłatnie, anonimowo i bez skierowania w Punktach Konsultacyjno-Diagnostycznych, których jest 29 w Polsce, pełna lista miejsc wraz z godzinami otwarcia dostępna jest na stronie internetowej Krajowego Centrum ds. AIDS. [5] Punkty Konsultacyjno-Diagnostyczne są bardzo dobrym miejscem do wykonania testów, ponieważ oprócz samego badania, istnieje również możliwość porozmawiania z wykwalifikowanym doradcą.

Ponadto, w przypadku uzyskania wyniku dodatniego, zostanie wykonany test potwierdzenia, a w przypadku potwierdzenia zakażenia HIV doradca poinstruuje, gdzie należy się zgłosić, by uzyskać leczenie. Dodatkowo w PKD można wykonać również test w kierunku kiły oraz zakażenia HCV. Aby wykonać badania w PKD, nie trzeba się na nie zapisywać, wystarczy przyjść w godzinach otwarcia punktu.

Zdarza się, że klienci pytają, czy test w kierunku HIV musi być wykonany w PKD: „Czy test 4 generacji wykonany w prywatnym laboratorium również jest miarodajny? Czy bezpieczniej jest wykonać w punkcie specjalnie do tego przeznaczonym?” – test wykonany w prywatnym laboratorium jest równie wiarygodny jak ten wykonany w PKD. Jeśli nie mamy w pobliżu PKD, wykonanie testu odpłatnie w najbliższym laboratorium może być znacznie wygodniejszą opcją. Warto jednak pamiętać, że wówczas test nie jest bezpłatny i anonimowy, a w przypadku uzyskania testu dodatniego, należy zgłosić się do lekarza lub wykonać badanie PCR odpłatnie.

Testy w kierunku HIV można także wykonać w placówkach ochrony zdrowia, takich jak przychodnie, poradnie specjalistyczne czy szpitale. Od maja 2025 roku lekarze rodzinni również mają możliwość zlecenia testu w kierunku HIV. Wykonanie testu w placówkach ochrony zdrowia odbywa się w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia i nie jest dodatkowo płatne dla pacjenta.

Korzystając z szybkich testów, można przeprowadzić badanie również w domu, w klubie lub podczas różnego rodzaju wydarzeń, gdzie testy są dostępne. Jeśli test zostanie wykonany prawidłowo, jest on wiarygodny.

7. Ciekawe pytania

Diagnostyka zakażenia HIV wzbudza zainteresowanie klientów Poradni Internistycznej HIV/AIDS Krajowego Centrum ds. AIDS. Niekiedy do skrzynki odbiorczej Poradni trafiają bardzo ciekawe i trafne pytania związane z tym aspektem zakażenia HIV:

„Dlaczego u kobiet w ciąży zaleca się wykonanie testu 2 razy, czy to znaczy, że jeden test nie wystarczy, by wykluczyć zakażenie?” – jeden test wykonany po minimum 6 tygodniach od ostatniego ryzykownego kontaktu seksualnego wystarcza, by wykluczyć zakażenie HIV. Kobiety w ciąży mają jednak zalecenie, by wykonać test dwukrotnie, aby mieć pewność, że do zakażenia HIV nie doszło nie tylko przed ciążą, ale również w czasie jej trwania. Jest to ważne, ponieważ w przypadku wykrycia zakażenia HIV w ciąży, szybkie włączenie leczenia antyretrowirusowego i osiągnięcie niewykrywalnej wirēmii HIV w momencie porodu znacząco zmniejsza ryzyko zakażenia dziecka.

„Czy aby wykonać test na HIV w PKD trzeba mieć ukończone 18 lat?” – osoba niepełnoletnia może wykonać test w PKD, jednak zgodnie z prawem obowiązującym w Polsce, dla osób <16 lat, konieczna jest zgoda rodzica / opiekuna prawnego, a dla osób w wieku 16-18 lat, konieczna jest zarówno zgoda osoby, która chce wykonać test, jak i rodzica / opiekuna prawnego. Z uwagi na to, że testy w Punktach Konsultacyjno-Diagnostycznych wykonywane są anonimowo, dowód osobisty nie jest sprawdzany przy wykonywaniu testu. Obowiązuje jednak wypełnienie ankiety, w której należy wpisać rok urodzenia.

„Na ile dni przed objawami jest wykrywany antygen p24? Czy możliwe jest pojawienie antygeny przed objawami HIV, czy jednak aby antygen się pojawił muszą być objawy infekcji?” – antygen p24 pojawia się we krwi średnio po 18 dniach od ekspozycji, podczas której doszło do zakażenia. Aby antygen p24 był wykrywalny we krwi, nie muszą występować żadne objawy. Prawdopodobna jest zarówno sytuacja, gdy objawy występują, a wynik testu jest ujemny, jak i taka, gdy antygen p24 jest wykrywalny, a objawy nie występują. Należy również pamiętać, że objawy ostrej infekcji retrowirusowej nie występują u wszystkich osób, u których doszło do zakażenia HIV.

„Czy przed testem w kierunku HIV trzeba powstrzymać się od jedzenia przez kilka godzin?” – nie ma takiej konieczności, spożycie posiłku nie wpływa na wynik testu w kierunku HIV.

„Mam regularnie dodatnie wyniki badań przesiewowych na HIV przy ujemnym teście potwierdzenia. Czy jest to wskazanie do diagnostyki innych chorób?” – faktycznie fałszywie dodatnie wyniki testów przesiewowych mogą wskazywać na występowanie innych chorób, ale przyczyn takiego zjawiska jest znacznie więcej, co zostało opisane powyżej. Jeśli nie występują żadne objawy kliniczne, to sam fakt otrzymywania fałszywie dodatnich testów przesiewowych w kierunku HIV nie jest wskazaniem do dalszej diagnostyki.

Dr n. med. Agnieszka Lembas^{1,2}

**1. Klinika Chorób Zakaźnych,
Tropikalnych i Hepatologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
2. Wojewódzki Szpital Zakaźny
w Warszawie**

Piśmiennictwo:

1. Zasady opieki nad osobami żyjącymi z HIV zalecenia PTN AIDS 2025. Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS Warszawa–Kraków 2025
2. (https://ptnaids.pl/wp-content/uploads/2025/06/Rekomendacje_PTNAIDS_2025_2.pdf)
3. Fiebig EW, Wright DJ, Rawal BD, Garrett PE, Schumacher RT, Peddada L, Heldebrandt C, Smith R, Conrad A, Kleinman SH, Busch MP. Dynamics of HIV viremia and antibody seroconversion in plasma donors: implications for diagnosis and staging of primary HIV infection. *AIDS*. 2003 Sep 5;17(13):1871-9. doi: 10.1097/00002030-200309050-00005. PMID: 12960819.
4. <https://www.globalpointofcare.abbott/us/en/product-details/determine-1-2-ag-ab-combo.html>
5. Rifkin SB, Owens LE, Greenwald JL. Factors associated with false-positive results from fingerstick OraQuick ADVANCE rapid HIV 1/2 antibody test. *J Int Assoc Physicians AIDS Care (Chic)*. 2012 Nov-Dec;11(6):356-60. doi: 10.1177/1545109712454194. Epub 2012 Sep 26. PMID: 23015378.
6. <https://aids.gov.pl/pkd/>

Od tabu do świadomości.

Skuteczność edukacji rówieśniczej w profilaktyce HIV na przykładzie warsztatów dla młodzieży trójmiejskiej

W ostatnich dekadach rozwój terapii antyretrowirusowej (ART) sprawił, że zakażenie HIV przestało być chorobą śmiertelną, a stało się schorzeniem przewlekłym. Wczesne wdrożenie leczenia pozwala osobom żyjącym z HIV (PLHIV) osiągać długość życia zbliżoną do populacji ogólnej. [1]

W Polsce w 2024 roku zgłoszono 2257 nowych zakażeń HIV.[2] Należy podkreślić, że wszystkie osoby żyjące z HIV w naszym kraju mają dostęp do bezpłatnego leczenia antyretrowirusowego. Zapewnienie dostępu do tej terapii traktowane jest również jako profilaktyka (TasP – leczenie ARV jako profilaktyka - Treatment as Prevention). Pacjenci, którzy przyjmują regularnie leki antyretrowirusowe i mają niewykrywalną wiramię przez okres dłuższy niż 6 miesięcy, nie są zakaźni drogą kontaktów seksualnych, zgodnie z zasadą N=N – Niewykrywalny = Niezakażający. [3]

Mimo tego postępu profilaktyka pierwotna, dotycząca zapobiegania zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa poprzez zapewnienie rzetelnej i szeroko dostępnej edukacji w zakresie HIV/AIDS, nadal pozostaje istotnym wyzwaniem, szczególnie wśród młodzieży. Według danych UNAIDS, około jedna trzecia osób w wieku 15–24 lat posiada kompleksową wiedzę na temat dróg transmisji HIV. [4]

Badania prowadzone wśród polskich uczniów wskazują na utrzymujące się luki w wiedzy oraz częste poczucie jej niewystarczającego poziomu. [5] Może to mieć

związek z brakiem spójnej i systematycznej edukacji zdrowotnej w szkołach.

Jednym z podejść, które może uzupełniać tradycyjne formy edukacji, jest edukacja rówieśnicza (peer education). Badania pokazują, że tego typu działania zwiększają poziom wiedzy i sprzyjają podejmowaniu zachowań prozdrowotnych. [6] [7] Ich skuteczność wiązana jest m.in. z bardziej przystępną formą komunikacji oraz większym komfortem rozmowy o tematach wrażliwych. [8]

W polskich realiach istotne jest jednak nie tylko to, czy edukacja rówieśnicza działa, ale także jak jest odbierana przez uczniów i czy rzeczywiście uzupełnia szkolną edukację zdrowotną.

W odpowiedzi na tę potrzebę Oddział Gdańsk Stowarzyszenia IFMSA - Poland zrealizował projekt „Peer Education: HIV & AIDS”. Warsztaty przeprowadzono w szkołach na terenie Trójmiasta, obejmując blisko 500 uczniów. Celem pracy była ocena wpływu tej interwencji na poziom wiedzy uczniów oraz jej odbioru przez uczestników.

Jak wyglądały warsztaty?

Projekt miał charakter interwencji edukacyjnej z oceną przed-po (pre-post) i został zrealizowany w sześciu szkołach podstawowych i ponadpodstawowych na terenie Trójmiasta. W zajęciach uczestniczyli uczniowie w wieku około 13–18 lat – od klas 7–8 szkół podstawowych po klasy 1–3 szkół ponadpodstawowych. Łącznie przeprowadzono 21 warsztatów, obejmujących

452 uczniów (na etapie analizy danych). Projekt jest w trakcie realizacji – zaplanowano kolejne zajęcia, a docelowa liczba uczestników przekroczy 500 osób. Udział był dobrowolny, a zajęcia odbywały się za zgodą dyrekcji szkół.

Warsztaty prowadzono według ujednoliconego scenariusza dydaktycznego, dostosowanego do wieku uczestników (oddzielne warianty dla szkół podstawowych i ponadpodstawowych), łączącego prezentację multimedialną z elementami pracy interaktywnej. Spotkania rozpoczynały się krótkim wprowadzeniem oraz anonimowym pre-testem oceniającym wyjściowy poziom wiedzy uczniów.

Istotnym elementem zajęć była praca na przykładach klinicznych (case-based learning), opartych na fikcyjnych historiach rówieśników uczestników. W dalszej części omawiano podstawowe zagadnienia dotyczące HIV, w tym mechanizm zakażenia, jego przebieg oraz wpływ na układ odpornościowy, ze szczególnym uwzględnieniem dróg transmisji oraz sytuacji, w których zakażenie nie jest możliwe.

Znaczną część warsztatów poświęcono profilaktyce, obejmującej stosowanie prezerwatyw, testowanie oraz metody zapobiegania zakażeniu (PrEP, PEP). Przedstawiono również aktualne możliwości leczenia HIV oraz koncepcję „N = N”.

Zajęcia obejmowały elementy interaktywne, takie jak quizy i dyskusja, oraz możliwość zadawania anonimowych pytań. Poruszano również temat innych chorób przenoszonych drogą płciową.

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”

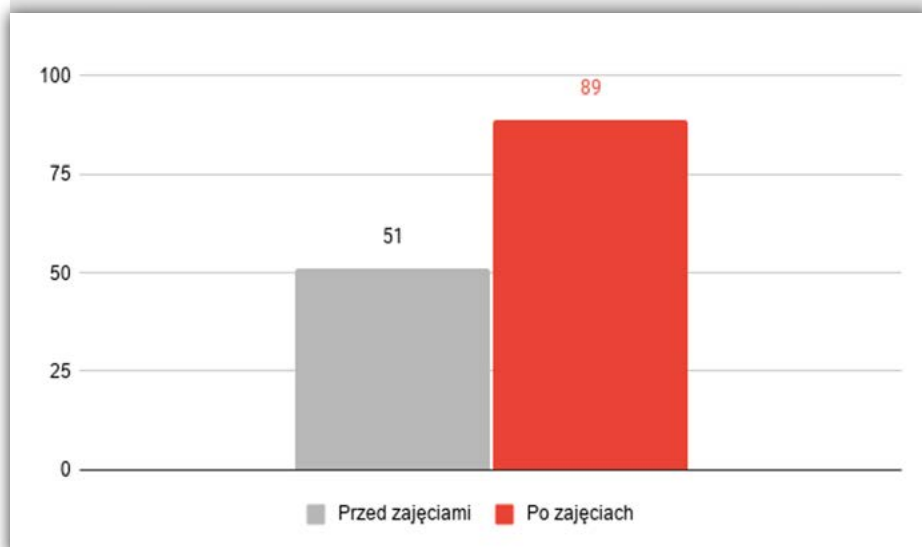


Fot. 1. Sprawdź, ile wiesz - uczestnicy rozwiązują test wiedzy.

Wykres 1. Bezpieczne korzystanie z tej samej toalety - zmiana wiedzy uczniów (%).



Wykres 2. Wspólne używanie szczoteczki do zębów - zmiana wiedzy uczniów (%).



Na zakończenie przeprowadzono post-test umożliwiający ocenę przyrostu wiedzy, a uczestnikom przekazywano materiały edukacyjne.

Efektywność warsztatów oceniono na podstawie anonimowych ankiet pre- i post-testowych składających się z 10 pytań zamkniętych jednokrotnego wyboru. Zastosowanie identycznych pytań umożliwiło bezpośrednie porównanie poziomu wiedzy przed i po interwencji. Dodatkowo zebrano dane jakościowe od edukatorek dotyczące najczęściej pojawiających się mitów oraz obserwowanych postaw uczniów. Wyniki przedstawiono jako odsetek poprawnych odpowiedzi w całej grupie.

Skuteczność mierzona faktami – wyniki ewaluacji

Jedną z największych zmian zaobserwowano w zakresie wiedzy dotyczącej codziennego kontaktu z osobą żyjącą z HIV. Odsetek uczniów, którzy wiedzieli, że można bezpiecznie korzystać z tej samej toalety, wzrósł z 28,5% przed zajęciami do 86,7% po ich zakończeniu. Już przed zajęciami większość uczniów prawidłowo wskazywała, że HIV może przenosić się przez kontakt z krwią (87,8%), a po warsztatach odsetek ten wzrósł do 97,1%.

Podobnie w przypadku pytania dotyczącego możliwości zakażenia poprzez przytulenie – 77,4% uczniów poprawnie wskazało odpowiedź „nie” przed zajęciami, przy jednoczesnym spadku odpowiedzi „nie wiem” z 12,2% do 1,2% po zajęciach.

Znaczącą poprawę zaobserwowano także w odniesieniu do codziennych sytuacji potencjalnie uznawanych za ryzykowne. W przypadku pytania dotyczącego wspólnego używania szczoteczki do zębów odsetek poprawnych odpowiedzi wzrósł z 51,1% do 89%.

W obszarze postaw społecznych odsetek uczniów deklarujących poczucie bezpieczeństwa podczas siedzenia w ławce z osobą żyjącą z HIV wzrósł z 35,3% do 73,4%.

Poprawę odnotowano również w zakresie mitów dotyczących transmisji – zarówno drogą kropelkową (wzrost z 52% do 75,7%), jak i przez owady (z 21,7% do 76,9%).

Szczególnie istotnym wynikiem był wzrost deklarowanej wiedzy dotyczącej profilaktyki. Odsetek uczniów, którzy po zajęciach wskazywali, że wiedzą, jak chronić się przed zakażeniem HIV, wyniósł 93,6%.

Odpowiedzi otwarte uczniów wskazują, że warsztaty zostały zapamiętane przede wszystkim przez pryzmat konkretnych, praktycznych informacji. Najczęściej pojawiała się profilaktyka – uczniowie podkreślali znaczenie stosowania zabezpieczenia oraz świadomych decyzji zdrowotnych („jak się chronić”, „trzeba korzystać z prezerwatywy”).

W odpowiedziach pojawiały się także odniesienia do testowania („darmowe badanie”, „PKD”) oraz zmiany postrzegania HIV („HIV ≠ wyrok”). Często zapamiętywane były również treści dotyczące obalania mitów, zwłaszcza związanych z codziennymi sytuacjami (np. komary, wspólne przedmioty), co wskazuje na skuteczność tej części warsztatów.

Uczniowie zwracali także uwagę na elementy narracyjne („historyjki”), co sugeruje, że forma przekazu miała istotne znaczenie dla zapamiętywania treści. Powtarzalność tych wątków wskazuje na spójny efekt edukacyjny warsztatów.

Warsztaty zostały wysoko ocenione przez uczestników – dominowały oceny dobre i bardzo dobre, a średnia ocena zajęć wyniosła 4,25 w pięciostopniowej skali.

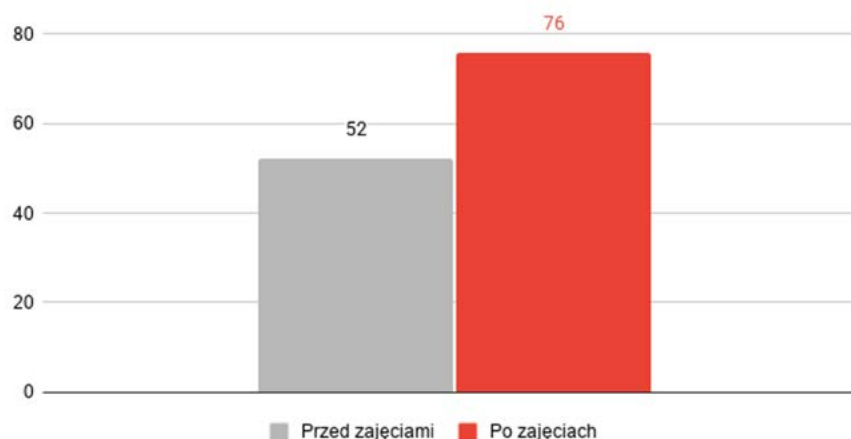
Wiedza zamiast strachu – dlaczego edukacja rówieśnicza działa?

Edukacja rówieśnicza może stanowić skuteczne narzędzie w profilaktyce HIV wśród młodzieży, co pozostaje zgodne z wynikami wcześniejszych badań. [7] Największe zmiany obserwowano w obszarach, w których wcześniej dominowały

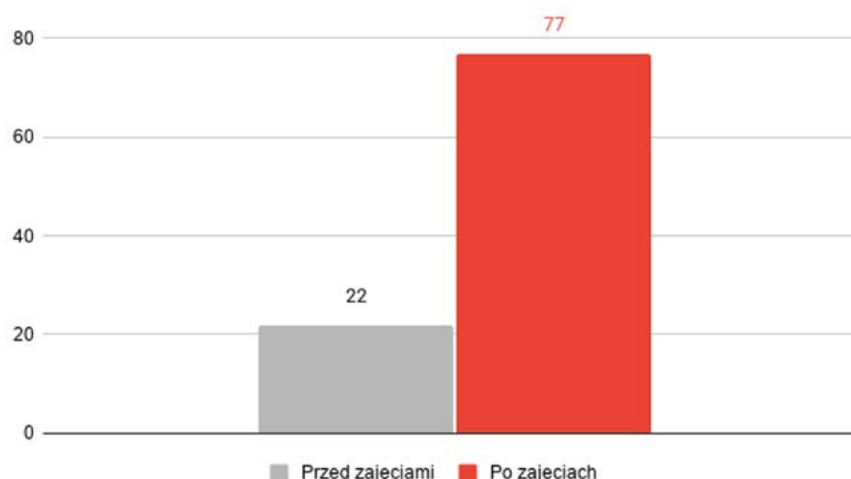
Wykres 3. Poczucie bezpieczeństwa podczas siedzenia w ławce z osobą żyjącą z HIV (%).



Wykres 4. Transmisja HIV drogą kropelkową - zmiana wiedzy uczniów (%).



Wykres 5. Transmisja HIV przez komary - zmiana wiedzy uczniów (%).



błędne przekonania, co wskazuje, że taka forma zajęć jest szczególnie skuteczna w ich korygowaniu, zwłaszcza w sytuacjach wymagających zastosowania wiedzy w praktyce.

Istotnym wnioskiem jest jednak to, że wzrost wiedzy nie zawsze w pełni przekłada się na zmianę postaw. Uczniowie prawidłowo wskazywali, że przytulenie nie wiąże się z ryzykiem zakażenia, jednak część z nich nadal odczuwała dyskomfort w sytuacjach społecznych, takich jak wspólne siedzenie w ławce z osobą żyjącą z HIV. Choć poziom wiedzy po warsztatach istotnie się zwiększył, obawy związane z bezpośrednim kontaktem nie zostały całkowicie wyeliminowane, co sugeruje, że zmiana postaw wymaga bardziej długofalowych działań.

Wysoki odsetek odpowiedzi „nie wiem” przed zajęciami, szczególnie w pytaniach dotyczących mitów, wskazuje na utrzymującą się niepewność i podatność na błędne przekonania. Może to odzwierciedlać etap kształtowania się świadomości zdrowotnej, w którym wiedza nie jest jeszcze w pełni uporządkowana i zintegrowana z postawami.

Uzyskane wyniki sugerują, że edukacja rówieśnicza oddziałuje wieloetapowo – w pierwszej kolejności redukuje niepewność („nie wiem”), następnie porządkuje wiedzę, a dopiero w dalszej perspektywie wpływa na zmianę postaw.

Należy jednak podkreślić, że ocena dotyczyła bezpośredniego efektu warsztatów – trwałość uzyskanych zmian oraz ich wpływ na postawy wymagają dalszych badań. Mimo to wyniki sugerują, że nawet krótkie interwencje edukacyjne mogą mieć istotny wpływ na poziom wiedzy i świadomości młodzieży.

Głos z sali lekcyjnej – perspektywa edukatorek

Analiza ankiet ewaluacyjnych przeprowadzonych wśród edukatorek wskazuje, że poziom wiedzy uczniów przed zajęciami był najczęściej oceniany jako niski lub średni. Jednocześnie już na początku warsztatów uczniowie wykazywali wyraźne

zainteresowanie tematyką HIV – dominiowały postawy ciekawości i otwartości.

W trakcie zajęć obserwowano stopniową zmianę postaw uczniów. Początkowy dystans lub niepewność części uczestników ustępowały wraz z przebiegiem warsztatów, a uczniowie coraz chętniej angażowali się w dyskusję i zadawali pytania.

Najczęściej obserwowane mity dotyczyły dróg transmisji HIV. Uczniowie wskazywali m.in. możliwość zakażenia poprzez codzienny kontakt, taki jak dotyk, wspólne korzystanie z przedmiotów czy ukąszenia owadów. Pojawiały się również przekonania dotyczące ograniczeń życiowych osób żyjących z HIV, w tym niemożności prowadzenia życia rodzinnego. Warsztaty pozwalały na ich systematyczne wyjaśnianie i konfrontowanie z aktualną wiedzą medyczną.

Za najbardziej efektywne elementy zajęć uznano obalanie mitów, dyskusję oraz pracę na przykładach klinicznych. Interaktywna forma sprzyjała aktywnemu udziałowi uczniów. W mniejszym stopniu jako kluczowy element edukacyjny wskazywano quizy podsumowujące.

Edukatorzy zwracali uwagę, że dla wielu uczniów szczególnie zaskakująca była informacja o skuteczności współczesnego leczenia antyretrowirusowego oraz fakt, że osoby żyjące z HIV mogą prowadzić normalne życie. Pokazuje to, jak duże są nadal braki w wiedzy dotyczącej aktualnych możliwości terapii.

Do najczęściej zgłaszanych trudności należały ograniczenia czasowe spotkań oraz konieczność utrzymania uwagi uczniów w trakcie zajęć. Mimo to prowadzące zajęcia oceniły edukację rówieśniczą jako skuteczną metodę przekazywania wiedzy na temat HIV, podkreślając, że forma zajęć prowadzonych przez studentów ułatwia nawiązywanie kontaktu i sprzyja otwartej rozmowie.

Dodatkowo w analizie jakościowej zauważono wyraźny wpływ obecności nauczyciela na przebieg zajęć. W klasach, w których był obecny, uczniowie byli bardziej zaangażowani i uważni, natomiast jego



Fot. 2. To działa – poziom wiedzy po zajęciach istotnie się zwiększył.

brak wiązał się z trudnościami w utrzymaniu koncentracji już od początku warsztatów. Wskazuje to, że skuteczność takich zajęć zależy nie tylko od ich formy, ale również od warunków ich realizacji. Jednocześnie brak obecności nauczyciela sprzyjał większej otwartości uczniów i swobodzie w zadawaniu pytań, co mogło ułatwiać poruszanie tematów wrażliwych.

Perspektywa kadry pedagogicznej

Opinie kadry pedagogicznej potwierdzają pozytywny odbiór warsztatów. Nauczyciele i dyrekcja podkreślali dużą wartość ich interaktywnego charakteru oraz wysokie zaangażowanie uczniów podczas zajęć.

Zwracano uwagę, że forma warsztatowa sprzyjała aktywnemu uczestnictwu i ułatwiała podejmowanie rozmowy na tematy uznawane za wrażliwe. W młodszych klasach początkowo obserwowano pewną trudność w inicjowaniu dyskusji, jednak w trakcie zajęć uczniowie stopniowo się otwierali i chętniej zabierali głos.

Podkreślano również potrzebę kontynuowania tego typu działań oraz ich rozszerzenia o inne obszary edukacji zdrowotnej. Gotowość szkół do dalszej współpracy wskazuje na wysoką akceptację i realne zapotrzebowanie na tego typu inicjatywy.



Fot. 3. Bezpośrednia rozmowa ze studentami ułatwia przełamywanie tabu.

Od tabu do świadomości – co zyskujemy, wspierając edukację rówieśniczą?

Wyniki projektu wskazują, że edukacja rówieśnicza może być skutecznym narzędziem w profilaktyce HIV. Nawet krótkie, 45-minutowe warsztaty sprzyjają zwiększeniu poziomu wiedzy młodzieży oraz mogą przyczyniać się do ograniczania stygmatyzacji osób żyjących z HIV. Bezpośredni kontakt ze studentami ułatwia przełamywanie tabu, weryfikację mitów oraz przyswajanie aktualnych informacji, w tym dotyczących PrEP czy N=N. Tematyka chorób przenoszonych drogą płciową

wiąże się jednocześnie z pewnym dyskomfortem komunikacyjnym, jednak uzyskane doświadczenia wskazują, że jej podejmowanie w bezpiecznej, rówieśniczej formule sprzyja większej otwartości uczniów.

Pomimo widocznych niedoborów wiedzy z zakresu profilaktyki HIV wśród uczniów, także na poziomie szkół ponadpodstawowych, realizacja zajęć na ten temat nie jest jeszcze powszechna. Podobne ograniczenia dotyczą wiedzy o innych chorobach przenoszonych drogą płciową. Okres adolescencji stanowi ważny etap kształtowania zachowań prozdrowotnych. Uzyskane wyniki oraz pozytywny odbiór zajęć sugerują, że edukacja rówieśnicza

może stanowić wartościowe uzupełnienie innych działań profilaktycznych realizowanych w szkołach.

Podziękowania

Szczególne podziękowania kieruję do Anny Angielskiej, Nadzei Ramanchuk, Igi Leszczyńskiej oraz Michaliny Szarmach za wyjątkowe zaangażowanie w realizację projektu, a także elastyczność i umiejętność prowadzenia otwartego dialogu z uczniami.

Dziękuję również wszystkim wolontariuszkom Oddziału Gdańskiego Stowarzyszenia IFMSA-Poland, które wzięły udział w warsztatach i przyczyniły się do ich realizacji. Ich zaangażowanie pokazuje, jak dużą rolę może odgrywać edukacja rówieśnicza w budowaniu świadomości zdrowotnej młodzieży.

Projekt realizowano pod patronatem honorowym Rektora Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, prof. dr hab. Michała Markuszewskiego, oraz Krajowego Centrum ds. AIDS.

Patrycja Nowaczyk
*Absolwentka Gdańskiego Uniwersytetu
Medycznego*
IFMSA-Poland Oddział Gdańsk, SCORA
Peer HIV/AIDS Educator

Piśmiennictwo:

1. Trickey A, Sabin CA, Burkholder G, i wsp. Life expectancy after 2015 of adults with HIV on long-term antiretroviral therapy in Europe and North America: a collaborative analysis of cohort studies. *Lancet HIV*. 2023;10(5):e307. doi:10.1016/S23
2. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy. Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce w 2024 roku. Dostęp: 26.06.2026. https://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/2024.htm
3. Krajowe Centrum ds. AIDS, N = N – Niewykrywalny = Niezakazający. Dostęp 26.06.2026 [https://www.gov.pl/web/aids/nn--niewykrywalny--niezakazajacy52-3018\(23\)00028-0](https://www.gov.pl/web/aids/nn--niewykrywalny--niezakazajacy52-3018(23)00028-0)
4. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global AIDS Update 2021: Confronting Inequalities – Lessons for Pandemic Responses from 40 Years of AIDS. Geneva: UNAIDS; 2021.
5. Kuśmierczyk W, Krankowska D, i wsp. Knowledge about HIV among Polish high school students: Effects of a single lesson intervention. *Przegl Epidemiol*. 2025;79(3):393–403. doi:10.32394/pe/211093.
6. He J, Wang Y, Du Z, i wsp. Peer education for HIV prevention among high-risk groups: A systematic review and meta-analysis. *BMC Infect Dis*. 2020;20:338. doi:10.1186/s12879-020-05003-9
7. Ezelote CJ, i wsp. Effect of peer health education intervention on HIV/AIDS knowledge, attitude and preventive practices amongst in-school adolescents in secondary schools in Imo State, Nigeria. *BMC Public Health*. 2024;24(1):1029. doi:10.1186/s12889-024-18536-4.
8. Newman PA, Akkakanjanasupar P, Tepjan S, Boborakhimov S, de Lind van Wijngaarden JW, Chonwanarat N. Peer education interventions for HIV prevention and sexual health with young people in Mekong Region countries: a scoping review and conceptual framework. *Sex Reprod Health Matters*. 2022;30(1):2129374. doi:10.1080/26410397.2022.2129374.

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
<https://www.gov.pl/web/aids>

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.