AIDS Világkonferencia a "One World. One Hope" jegyében. (Vancouver, 1996. július 7-12.)

Cikk: Dr. Bolváry Katalin - (Nemzeti Egészségvédelmi Intézet)

A XI. Nemzetközi AIDS Konferencia 125 ország 15 000 résztvevőjével az AIDS elleni világmérettű küzdelem szellemi kitörőpontjává vált. Szellemiségét mi sem demonstrálhatná jobban, mint, hogy a résztvevők 45,5 százaléka HIV pozitívnak vallotta magát, így mind a plenáris, mind a workshopok előadói között jelentős számban fertőzött emberek is szerepeltek, és számos esetben előadásuk fertőzöttségük, illetve betegségük ténye köré épült fel. Úgy gondolom nem volt olyan szakember, aki - akár a kutatás, akár a prevenció területén tevékenykedik - nem kapott volna tőlük még több ösztönzést munkájához.

A továbbiakban a következő célcsoportok felé irányuló kutatások, tapasztalatok, intervenciók szerepével szándunk be az elhangzott előadások alapján:

I. Nők és az AIDS:
A járvány kezdete óta az AIDS betegségben meghaltak mintegy 45%-a nő volt. Az ok, hogy emelkedik a nők fertőzöttsége, részben a férfi és nő közötti egyenlőtlen hatalmi viszonyban lelhető fel, amely lehetetlenné teszi azt, hogy a nők megvédhessék magukat a különféle szexuális úton terjedő betegségekkel szemben. Vagyis a HIV rizikó kapcsolódik, kapcsolódhat a nők szexuális jogaihoz is.

Az egész világon a kulturális és a vallási tradíciók akadályozzák a feladatok szélesebb körben történő megismerését a nemek és a szexualitás viszonyában. A korai és kötelező házasságkötés a gyereklányoknál, a szexuális kizsákmányolás, bántalmazás és az erőszakos közösülés a lányoknál és az asszonyoknál és egy sor egyéb ok van arra, hogy sok nő nem tudja visszautasítani a védekezés nélküli szexet, amely magas rizikót jelent a HIV infekció átvitelére.

Latin-Amerikában, ahol a katolicizmus a domináns vallás és ahol az abortusz illegális, megfelelhetünk ironikus, hogy a HIV pozitív nőknek a társadalmi nyomást is el kell szenvedniük. Sok országban mint a fentiek is, a HIV-vel fertőzött nők nem vehetik igénybe a családtervező szolgáltatokat, és mémelyikre kötelező sáliesztni magukat a sterilizációnak, vagy egyéb más beavatkozásnak, amelyben ők nem választhatnak szabadon. A kötelező HIV-tesztelés mindennapi gyakorlat a világon a terhes nők körében, sőt szokhan az országokban is, ahol a kötelező szűrés felfüggesztetten "illegális". A tesztek célja gyakran a rizikó kiszűrése az egészségügyi dolgozók veszélyeztetettsége miatt, és nem az anyák vagy a szülőszerű gyermekek gondozása. Azokat a terhes nőket, akik HIV pozitívak, kényszerbeli sáleszik az AZT kezelésnek, amellyel megelőzhetővé vallat a vírus átvitel az újszülöttekre.

Számos fejlődő országban a gyógyszerekkel kapcsolatos intézkedések adekvát kontroll nélkül történnek, s így megszegik a már kialakított kezelési protokollt. A HIV-vel fertőzött nőket a marginalizáció és a stigmatizáció fenyegeti, mivel a szerológiai státusnak alapján gyanakvésnal tekintenek a szexuális magatartásukra. Ez kell viselniük a korlátozást és az erőszakot, és azt, hogy megtagadják a szexuális-reproduktív-gazdasági jogaikat. Általánosan elvárják a HIV-fertőzött nőktől, hogy megszakítsák a szexuális életüket és megelőzzék a terhesbe esést. Afrikában és Ázsiában, ahol a férjeszét nők férjük halála után elvesztik tulajdonukat és a családi támogatásit, a legtöbb özvegy prostituálttá válik saját maga és gyermekeik fenntartása céljából.

Ahhoz nem fér kétség, hogy a nevelés és a nők képessé tétele jogaik gyakorlásához kulcs lehet a HIV transzmisszió lassításához.

II. Intravénás drogosok és az AIDS, értalomcsökkentés
Világszerte évek óta erőfeszítések történnek az irányba, hogy az intravénás drogfasználati (IDU) biztonságosabb drogfasználati szokásait erőeltetik, ill. értalomcsökkentési (harm reduction) kezelés alá vonják őket, Ennek célja az intravénás drogozóról való leszokítatás, melyet orális úton történő kábítószerek adásával kompenzálnak.

A fenti módszerek elfogadhatóságának példája, hogy az USA-ban a HIV prevalencia az intravénás drogfasználók (IDU) közötti csökkenést mutat. A legnagyobb csökkenést az észak-keleti területen tapasztalták egy drogkezelési program eredményeként. 1995-ben az IDU-s AIDS-esek több mint háromnegyede volt fekete, illetve spanyol, míg az egynegyedük nő volt az USA-ban. Számos vizsgálat szerint az IDU-sok 48%-88%-a él a tű- és fecskendőcsere lehetőségével, míg mintegy 22%-63%-uk tisztítja injekciósüt eszközeit. Kanadában például a eterti injekciósüzi eszközökhöz való hozzáférhetőség egyrészt a gyógyszertárakban, másrészt a "tűcsere programok" által válik lehetségessé. Ezzel szemben az USA 50 városa közül 45-ben tűzo eladni, illetve "birtokában" lenni eterti injekciósüzi eszközöknek orvosi recept nélkül, a megfelelő módon csak kis számú legális tűcsere program létezik.

Nyugat-Európában a fiatal felnőttek körében a HIV transzmisszió Franciaországban, Olaszországban és Svájcban csökkent az IDU-sok körében a 90-es évek elején, míg Spanyolországban és Portugáliában emelkedett. Mint ismeretes, a 80-as évek végén Lengyelországban és Jugoszláviában emelkedett meg hirtelen a HIV-fertőzöttek száma az IDU-sok között. Az alacsonyan fertőzött országok közül Ukrajna szolgált drámai mértékű áttörésével, az új HIV fertőzöttek a Fekete-tenger menti városokból kerülnek ki. Például a HIV-fertőzött IDU-sok arányszáma Nikolajevben 1,7%-ról 56,5%-ra emelkedett 1995 januárjától az év végéig!

Ezen epidemiológiai trendekből is látszik, hogy a HIV járvány igen gyorsan tud átstrukturálódni mind az új fertőzési területek, mind a már hatékonyan alkalmazott HIV primer prevenciós aktivitások eredményeként. Mivel harácsában is elindítták már az első "tűcsere programot" többek között ezért is érdemes a következő nemzetközi vizsgálatról beszámolni.

Az USA kutatói felmérést végeztek 15 különböző földrajzi fekvésű városban, ahol a HIV incidencia közvetlenül mérhető volt, vagy ahol meg tudták becsülni a HIV szeroprevalenciát. Ez a vizsgálat Európában, Észak-Amerikában, Ausztráliában és Ázsiában történt. A 16 vizsgálatból 14 alacsony HIV átvitelt mutatott azok között, akik a "tűcsere programban" részt vettek. Két vizsgálat magas HIV incidenciát mutatott, amelynek különböző okai lehettek: többszörös rizikó faktorok az IDU-sok között (magas injekciózási frekvencia, kockázatos szexuális magatartás, szociálisan többszörösen hátrányos helyzet), valamint a "tűcsere politika", amely limitálta a tűk és fecskendők kiosztását. A konklúzió a következő: a "tűcsere programokban" való részvétel általában összefüggi az alacsony HIV incidenciával.

A kutatások összegzik, hogy a "tűcsere programok-ban" résztvevők körülményeit tisztázni szükséges, és nem elegendő "csak" a HIV infekció megelőlése. Mind-ezeket a tapasztalatokat a fejlődő országokba is szükséges eljuttatni.

III. Prostitúció és az AIDS
A prostituáltak, mint a HIV hordozók és átadók, ill. mint a szexuális úton terjedő betegségek (STD) "tradicionális" fertőzési forrásai, a HIV/AIDS epidémiában az elmúlt években világszerte, de különösen az igen fertőzött afrikai és ázsiai országokban igen nagy százalékban fertőzöttek. A prostituáltak HIV fertőzöttsége Thaiföldön az 1989-ben dokumentált 3,5%-ról 1994 végén 33 %-ra növekedett. (Ezen adatok az ázsiai térség prostituáltjainak a fertőzöttségét reprezentálják.)

Egy kutatás (Malájföld), amely a szexuális magatartást vizsgálta 1992-ben, azt találta, hogy a szexuálisan aktív férfiak 1/3-ának, ezen belül a nők férfiak 1/10-ének volt alkalmi kapcsolata prostituáltt nőkkel, a "sex workerek" összerhasználata viszont igen elterjedt. Mindezek komoly szerepet játszanak a heterószexuális HIV transzmisszióban.

Egy kínai kutatás prostituáltt nők szexuális szokásait térképezte fel. A "nem hivatásos" prostituáltak száma jelentősen növekszik. A védőszerek nélküli szexuális aktus és az analis szex gyakorlata a prostituáltt nők körében feltételezhető - ez volt a kínálatlási hipotézis. A másik hipotézis az volt, hogy ha a prostituáltaknak különböző körülmányek között van szexuális kapcsolatuk különböző klienseikkel, akkor a magatartásuk is különböző lesllett hogy legyen. A felmérés 1995-ben történt 3 nagy- és 4 kisvárosban.

Azok a "nem hivatásos" prostituáltak, akik vidékről jöttek a városba és előkészítettek a munkájukat, inkább használtak óvszert mint azok, akik hirtelen belecsúszottak. Akik stírci vagy valamilyen egyéb fűlegyelete alatt dolgoztak, azok inkább elfogadták az analis szexet is óvszerrel vagy anélkül. Azok a prostituáltak, akik sok társaktól kérülvéve dolgoztak, szintén elfogadóbbak voltak a HIV átvitel szempontjából kockázatosabb magatartásra, vagyis az analis szexre. A prostituáltt nők használmazása a klienseik részéről legtöbb esetben szintén az analis szexre való rábírás érdekében történt (óvszerrel vagy anélkül), s nem a kiszámított pénz ki nem fizetése miatt.

E három fenti célcsoporttal való foglalkozás, a HIV/AIDS pandémia elmúlt évtizedében évről-évre több ráfigyelést, s a prevenciós munka hangsúlyhelyződését is reprezentálja.

Véleményem szerint a hatékony HIV/AIDS egészségvédő programok célja a értelme az, hogy a célcsoport specifikus megelőzési mobilitásában tudja "elcsípni" az egyes csoportokat, amelyek a társadalom leszűkb mobilitású tömegében helyezkednek el.

A világban a HIV primer prevenció és annak bázsné-fogható aktivitásai, programjai azszerint alakultak, hogy egy ország vagy régió az epidemiológiai trendek ismeretében mit tart prioritásnak (s ez vajon prioritás volt-e?), a tévedésekből hajlandó-e váltani, mennyire tud és képes önállóan gondolkodni és cselekedni (pl. WHO irányelvek mellett) képes-e kooperálni, és természetesen milyen nagyságrendű pénzeket tud erre összpontosítani, s külső forrásból mozgósítani.

A vancouveri AIDS Világkonferencia mindenszerű bőven adott ismeretetést, s sokszínűsége ellenére is ilyen mértékű egységre való törekvést eddig még nem tapasztalhattak a résztvevők. Egy bátre a világ a HIV/AIDS problematikája körű "standardizálódott", együtt gondolkodott a különbözőségeken is, s egységében hagyta el a konferencia helyszínét a konferencia igen találó szlogenje. "One world, one hope" szellemében.