

Grupy ryzyka zakażeniem HIV w latach 1981–1986

Maciej Rogala

Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Adres do korespondencji: Maciej Rogala, Instytut Zdrowia Publicznego, ul. Grzegorzewska 20, 31-531 Kraków, maciej.rogala@uj.edu.pl

Abstract

Groups at risk of HIV infection in the years 1981–1986

The article describes how the notion of groups at risk of HIV infection changed under the influence of the development of studies on HIV in the years 1981–1986. The first diagnosed patients with the HIV symptoms were homosexual persons and drug addicts.

In the initial phase of virus occurrence in the world these two groups were commonly regarded as the virus carriers and only they were associated with AIDS. With time the progress in research has revealed that infections with HIV cannot be linked solely to lifestyle, habits of homosexuals and drug addicts since the group of subjects potentially vulnerable to the infection is much broader and it started to be related to some risky behaviour. The article shows the process of alteration of the knowledge about the virus causing AIDS in the years 1981–1986. The progress in this knowledge has led to the changes in qualifying subjects to the risk groups related to the way of HIV transmission.

The paper also presents the phenomenon of stigmatization linked to the inclusion of some populations to the groups at risk of HIV infection in the 80s. of the 20th century which was caused by the lack of knowledge on the pathogenesis and mechanism of virus transmission.

Key words: AIDS, epidemiological report, health promotion, HIV, HTLV-III/LAV, non-government organization, risk factors, risk groups, stigmatization, virus transmission

Słowa kluczowe: AIDS, czynniki ryzyka, dyskryminacja, grupy ryzyka, HIV, HTLV-III/LAV, organizacja pozarządowa, promocja zdrowia, raport epidemiologiczny, stygmatyzacja, transmisja wirusa, zmiana postaw

Artykuł opisuje, jak wraz z rozwojem badań nad HIV – w ciągu pierwszych pięciu lat od czasu wykrycia go w roku 1981 — zmieniało się pojęcie grup ryzyka zakażeniem tym wirusem. Pierwszymi historycznie zidentyfikowanymi pacjentami z objawami HIV były osoby o orientacji homoseksualnej oraz uzależnione od środków odurzających. W początkowej fazie występowania wirusa na świecie te dwie grupy były powszechnie uważane za jego nosicieli i jedynie z nimi kojarzono AIDS. Z czasem postępy w badaniach wykazały, iż zakażenia HIV nie można kojarzyć jedynie ze stylem życia, zwyczajami homoseksualistów i narkomanów, gdyż grupa potencjalnie narażonych na zakażenie jest dużo szersza i zaczęto je wiązać z pojęciem ryzykownych zachowań. Artykuł pokazuje proces obrazujący, jak w latach 1981–1986 zmieniała się wiedza o wirusie wywołującym AIDS, której rozwój wywołał zmiany w kwalifikowaniu grup ryzyka w odniesieniu do transmisji wirusa HIV. Publikacja przedstawia zjawisko stygmatyzacji związane z włączeniem w pierwszej połowie lat 80. XX wieku niektórych populacji do grup ryzyka zakażeniem HIV, którego powodem był brak wiedzy na temat patogenezы i mechanizmu przenosze-

nia wirusa. W tekście przytoczono również przykłady pomocy i interwencji ze strony organizacji społecznych w związku z przejawami stygmatyzacji i dyskryminacji wobec tych grup ryzyka. Celem powstałych w tamtym okresie organizacji pozarządowych była działalność w zakresie profilaktyki i budowania świadomości na temat zagrożeń niesionych przez HIV/AIDS oraz wywierania wpływu na ewolucję postaw wobec zakażeń HIV i osób żyjących z tym wirusem.

Najstarsze udokumentowane doniesienie na temat występowania zespołu nabytego upośledzenia odporności pochodzi z 5 czerwca 1981 roku z biuletynu „Morbidity and Mortality Weekly Report” wydawanego w USA przez Centers of Diseases Control (CDC). Artykuł opisywał 5 potwierdzonych klinicznie przypadków zapalenia płuc wywołanych przez *Pneumocystis carinii*, jak również infekcje z powodu wirusa cytomegalii i kandydozy śluzówkowej u 5 wcześniej zdrowych mężczyzn w wieku 29–36 lat. Chorych leczono w 3 różnych szpitalach w Los Angeles na terenie Kalifornii, dwóch z nich zmarło. W związku z tym iż każdy z pacjentów był orientacji homoseksualnej, autorzy doniesienia sugerowali zależność

między homoseksualnym stylem życia lub chorobą przenoszoną drogą płciową a *Pneumocystis carinii* [1].

Bardziej szczegółowe doniesienia na temat nowej choroby i grupy zakażonych wirusem HIV opublikował w grudniu 1981 roku tygodnik „The New England Journal of Medicine”. Trzy artykuły opisywały mężczyzn o orientacji homoseksualnej oraz nadużywających leków dożylnie, w których wystąpiły nieznane wcześniej objawy kliniczne zakażenia HIV i AIDS. Teksty napisało łącznie 32 autorów związanych z ośrodkami badawczymi z Nowego Jorku i Los Angeles; pozwoliły one na zapoznanie się z objawami klinicznymi i uwarunkowaniami epidemiologicznymi AIDS, a także przyczyniły się do rozwoju badań i większego zainteresowania tą chorobą klinicystów na świecie [2–4].

W związku z tym że pierwsze przypadki nowo zdefiniowanego zespołu klinicznego dotyczyły mężczyzn o orientacji homoseksualnej, w latach 1981 i 1982 przyjęto hipotezę, iż opisywane objawy mogą być związane ze stylem życia i zwyczajami wspólnymi dla tej grupy [5–7].

W omawianym okresie ukazywały się publikacje wyraźnie sugerujące związek orientacji seksualnej z podłożem choroby. W tekstach stosowano nazewnictwo łączące bezpośrednio lub pośrednio AIDS z gejami, jak np. *gay-related immunodeficiency* (GRID) [8, 9], *gay compromise syndrome* [10, 11], *gay cancer*, *gay plague*, *homosexual syndrome*, *community acquired immunodeficiency* (CAID), *acquired community immunodeficiency syndrome* (ACIDS) [12].

Obok dominującej populacji zakażonych – homoseksualistów, za drugą grupę o podwyższonym poziomie ryzyka zakażeniem HIV z końcem 1981 roku zaczęto również uznawać narkomanów, a więc osoby uzależnione od leków podawanych dożylnie [13]. Wśród środków odurzających stosowanych przez osoby z HIV wyróżniano heroinę, metadon, kokainę, amfetaminę i barbituran [14].

„Rozwój mięsaka Kaposiego u osób heteroseksualnych uzależnionych od leków sugeruje, że pochodzenia choroby nie limitują czynniki związane z homoseksualistami, a populacja dotknięta ryzykiem choroby może być większa, niż początkowo przypuszczano” – tak opisywano jedną z hipotez zmieniającą wcześniejszy pogląd na temat źródeł choroby leżących jedynie w orientacji homoseksualnej i związanych z nią zachowaniach [15].

Szybko bowiem okazało się, że grup o potencjalnie wyższej zapadalności na tę chorobę jest znacznie więcej [16–20]. Fakt zaobserwowania wirusa u większej liczby populacji niż tylko u homoseksualistów stał się w roku 1982 powodem postępującej stygmatyzacji grupowej i jednym z używanych określeń dla nowej, wówczas nieznanego choroby było pojęcie „*the 4H disease*”, jako zespołu chorobowego odnoszącego się do Haitańczyków (*Haitians*), homoseksualistów (*homosexuals*), hemofilików (*hemophiliacs*) i zażywających heroinę (*heroin users*) [21]. O ile merytorycznie uzasadnione było łączenie choroby z homoseksualistami, osobami używającymi heroiny i hemofilikami, z uwagi na występowanie w tych populacjach zachowań ryzykownych czy procedur medycznych obarczonych takim ryzykiem, to Haitańczycy

zostali tutaj wyróżnieni jako grupa narodowościowa, której przypisano wysokie ryzyko zakażenia HIV [22]. Stygmatyzacja grupy etnicznej miała swoje reperkusje społeczno-ekonomiczne i doprowadziła do załamania turystyki na Haiti, co obrazują liczby, a mianowicie w roku 1981 Haiti odwiedziło 75 tys. turystów, a już w roku 1982 tylko 10 tys. [23]. Dopiero raport opublikowany w roku 1983 przez The Haitian Group for the Study of Kaposi's Sarcoma and Opportunistic Infections (GHESKIO) sporządzony na podstawie zdiagnozowanych i przeanalizowanych 61 przypadków zachorowań na mięsaka Kaposiego u 15 pacjentów i infekcji oportunistycznych u 45 pacjentów oraz współwystępujących obu chorób u jednego pacjenta, zanotowanych pomiędzy czerwcem 1979 a październikiem 1982 roku, wykazał podobieństwa w typie i klinicznym przebiegu infekcji oportunistycznych u pacjentów z Haiti, jak i z USA. W wyniku przeprowadzonych badań dowiedziono, iż o zapadalności na AIDS decydują te same potencjalne czynniki ryzyka zarówno u Haitańczyków, jak i Amerykanów, i należą do nich biseksualność oraz przetaczanie krwi [24].

W roku 1982 pojawiła się pierwsza na świecie definicja AIDS, którą oparto głównie na manifestacjach klinicznych choroby uzyskanych z analizy 593 potwierdzonych badaniami histologicznymi lub mikrobiologicznymi przypadków zespołu nabytego niedoboru odporności, czyli w skrócie AIDS (ang. *acquired immunodeficiency syndrome* lub *acquired immune deficiency syndrome*), zidentyfikowanych na terenie USA między 1 czerwca 1981 a 15 września 1982 roku. Nie znano wtedy jeszcze etiologii choroby, choć przyjęto wówczas hipotezę na temat zaangażowania w proces chorobotwórczy środka przenoszonego poprzez kontakt seksualny (*a transmissible infectious agent*) [25–27].

We wspomnianym wyżej pierwszym na świecie tak obszernym raporcie wśród 593 osób ze zidentyfikowanym AIDS wyróżniono następujące grupy [28]:

- mężczyzn o orientacji homoseksualnej lub biseksualnej, którzy stanowili 75% przypadków zachorowań;
- narkomanów uzależnionych od preparatów stosowanych dożylnie bez aktywności homoseksualnej – 13%;
- Haitańczyków zamieszkujących Stany Zjednoczone niewykazujących zachowań homoseksualnych i niestosujących dożylnych narkotyków – 6%;
- chorych na hemofilię typu A – 0,3%;
- osoby nieprzynależne do żadnej z wymienionych grup – 5%.

W roku 1982 zidentyfikowano pierwszą czwórkę dzieci poniżej 2. roku życia, u których wystąpiły niewyjaśnione niedobory odporności i infekcje oportunistyczne z podejrzeniem występowania u nich AIDS. Trzy z czterech matek były Haitankami bądź nadużywały leków podawanych dożylnie, co zdaniem badaczy lokowało je w grupie o podwyższonym ryzyku zapadalności na AIDS. W tekście pojawiła się hipoteza o przeniesieniu czynnika infekcyjnego (*transmission of an „AIDS agent”*) z matki na dziecko, które nastąpiło w macicy bądź krótko po porodzie [29].

Z końcem 1982 roku uznawano, iż AIDS może być spowodowany następującymi czynnikami [30–33]:

- czynnikiem transmitowanym poprzez kontakty seksualne między mężczyznami oraz mężczyznami i kobietami;
- czynnikiem przenoszonym poprzez krew wśród osób używających leków dożylnie, osób przyjmujących krew bądź produkty krwi.

W dalszym ciągu silny był jednak pogląd łączący pewne aspekty stylu życia wspólne dla populacji homoseksualnych mężczyzn z rosnącym ryzykiem zapaadalności na AIDS. Przyczyn komórkowego niedoboru odporności upatrywano we wspomnianym stylu życia homoseksualistów związanym z kontaktami seksualnymi z dużą liczbą partnerów oraz występowaniu mięsaka Kaposiego i *Pneumocystis carinii*. Takie stanowisko przyjęto w związku z odnotowywanym najwyższym odsetkiem zachorowań wśród gejów [34–36]. Przykładowo, ze zdiagnozowanych pomiędzy 1981 a 1983 rokiem 1641 pacjentów z terenów USA i Puerto Rico, wśród grup najwyższego ryzyka nabyciem AIDS wyróżniano [37]:

- homoseksualistów (71%);
- osoby uzależnione od środków podawanych dożylnie (17%);
- osoby urodzone na Haiti i żyjące na terenie USA (5%);
- pacjentów z hemofilią (1%);
- osoby, których nie można umieścić w żadnej z grup z powodu braku lub niekompletnej informacji o czynnikach ryzyka (6%).

W raporcie tym wykazano również 21 zdiagnozowanych dzieci z oportunistycznymi infekcjami i niewyjaśnionymi spadkami odporności komórkowej.

Na przełomie lat 1983 i 1984 prowadzone badania nad HIV/AIDS przez dwa niezależne zespoły z Institut Pasteur w Paryżu i National Cancer Institute w Bethesda doprowadziły do wyizolowania od chorych na AIDS wirusów nazwanych przez zespół badaczy francuskich wirusem LAV (ang. *lymphadenopathy associated virus*), a przez naukowców amerykańskich wirusem HTLV-III (ang. *human T lymphotropic virus type III*), które zaklasyfikowano jako retrowirusy [38, 39]. Odkryte wirusy przez zespoły dr. Luca Montagniera i dr. Roberto Gallo okazały się identyczne – co potwierdzono późniejszymi wynikami badań – stąd też używano powszechnie dwóch nazw HTLV-III/LAV i to w nich zaczęto upatrywać źródeł choroby [40–42].

W roku 1984 badania prowadzone w Rwandzie wykazały zależność między występowaniem AIDS w Afryce a zamieszkiwaniem na terenach wiejskich, osiąganiem względnie wysokich dochodów oraz aktywnością heteroseksualną i określono je jako czynniki wysokiego ryzyka zapaadalności na AIDS. W grupie 22 badanych pacjentów większość mężczyzn wykazywała aktywność heteroseksualną, a 43% kobietprostituowało się. Żadna z badanych osób w ciągu 5 ostatnich lat nie miała kontaktów homoseksualnych, nie stosowała narkotyków dożylnych ani transfuzji [43]. Opublikowane w tym samym roku wyniki badań u 38 pacjentów ze stwierdzonym AIDS w Zairze również wykazały u tych pacjentów, iż

czynnikami ryzyka w transmisji choroby nie były ani homoseksualizm, ani narkotyki, ani transfuzja krwi, lecz aktywność heteroseksualna [44].

W roku 1985 ukazały się dwa znaczące raporty epidemiologiczne, w których coraz wyraźniej widoczny był proces odchodzenia od stygmatyzacji grupowej na rzecz analizowania poszczególnych czynników ryzyka HIV.

Autorzy pierwszego raportu podali, iż tylko 64% (8374 przypadki) ze wszystkich dotychczas zanotowanych 13 061 chorych z AIDS na terenie USA jest związanych z kontaktami mężczyzn o charakterze homoseksualnym i biseksualnym (8241 przypadków) oraz heteroseksualnym kobiet i mężczyzn (133 przypadki). W grupie osób heteroseksualnych większość miała kontakty z osobami uzależnionymi od narkotyków podawanych dożylnie. Badacze sugerowali, iż w grupie mężczyzn heteroseksualnych główną przyczyną zakażenia wirusem są kontakty z prostytutkami. Przyjęto również tezę, iż transmisja wirusa HTLV-III/LAV od kobiety do mężczyzny może być mniej efektywna niż od mężczyzny do kobiety. Podczas badań wirusa HTLV-III/LAV wyizolowano w spermie, krwi menstruacyjnej, a próby wyizolowania wirusa w wydzielinie z szyjki macicy i pochwy były w toku. W raporcie stwierdzono również, iż ryzyko infekcji wirusem wzrasta znacząco wraz z liczbą partnerów seksualnych lub podczas kontaktów ze znanymi grupami ryzyka AIDS. Stąd też przyjęto, iż stosowanie prezerwatyw powinno pomagać w prewencji zakażenia wirusem, choć nie sprawdzono dotąd ich efektywności w redukcji transmisji HTLV-III/LAV. W raporcie wielokrotnie pojawiło się pojęcie czynników ryzyka (*risk factors*) w odniesieniu do osób, których aktywność seksualna zwiększa prawdopodobieństwo infekcji omawianym wirusem. Z kolei pojęcie znanych grup ryzyka (*known AIDS risk groups*) kojarzono z różnymi formami kontaktów seksualnych i nie przypisywano danej grupie *a priori* statusu grupy o podwyższonym ryzyku zachorowania [45].

W drugim raporcie epidemiologicznym widać było wyraźne oznaki odchodzenia od stygmatyzowania konkretnych grup wysokiego ryzyka na rzecz zachowań ryzykownych jako czynnika ryzyka zakażeniem HIV. Publikacja powstała na podstawie ponad 12 932 przypadków zgłoszonych do Centers for Disease Control od 1981 roku w USA zdiagnozowanych przypadków AIDS, 940 przypadków zgłoszonych z Europy do The World Health Organization Collaborating Center on AIDS, 340 przypadków z Haiti, 190 z Kanady oraz 182 z Brazylii, 95 z Australii i przypadków z blisko 20 krajów Afryki. Choć w tekście pojawiało się nadal pojęcie grup wysokiego ryzyka (*high-risk groups*), to jednak rozwój wiedzy medycznej powodował, iż w sposób bardziej precyzyjny określano czynniki ryzyka transmisji wirusa HTLV-III/LAV i jako główne drogi jego przenoszenia podawano kontakty seksualne, aplikację narkotyków zanieczyszczonymi strzykawkami oraz zainfekowane matki przenoszące wirus noworodkom. Wyizolowany wcześniej wirus był obecny we krwi obwodowej, łzach, ślinie i nasieniu. W tekście pojawiło się stwierdzenie precyzyjne, iż prawdopodobieństwo nabycia AIDS lub wirusa HTLV-

-III/LAV związane jest z czynnikami ryzyka odnoszącymi się do specyficznych zachowań (*specific behavioral risk factors for AIDS and HTLV-III/LAV*), którymi w przypadku homoseksualistów jest wzrastająca liczba partnerów seksualnych, a u heteroseksualistów kontakty z prostytutkami oraz dużą liczbą partnerów seksualnych [46].

Rozwój badań nad AIDS doprowadził w maju 1985 roku do usunięcia przez CDC Haitańczyków z listy grup ryzyka zakażeniem HIV. W wyniku analizy dostępnej wówczas informacji epidemiologicznej stwierdzono, iż w przenoszeniu wirusa odgrywają rolę zarówno kontakty heteroseksualne, jak i ekspozycja na zanieczyszczone igły [47].

W grudniu 1985 roku wiedza na temat transmisji wirusa poszerzyła się o drogę, którą matka przekazuje dziecku wirus w trakcie karmienia piersią. Był to przypadek matki zakażonej HIV w trakcie transfuzji krwi przeprowadzonej po cesarskim cięciu. U osoby, która udzieliła donacji matce, wykryto wirus 13 tygodni później [48].

W marcu 1986 roku opublikowano rekomendacje na temat redukcji zakażeń wirusem w wyniku kontaktów seksualnych i stosowania narkotyków. Wśród wyróżnionych grup o zwiększonym ryzyku transmisji HIV znaleźli się mężczyźni homoseksualni i biseksualni stanowiący 73% ogółu pacjentów z AIDS na terenie USA, z których 11% miało kontakt z narkotykami podawanymi dożylnie, oraz mężczyźni i kobiety o orientacji heteroseksualnej stosujący narkotyki i należący do 17% grupy pacjentów. Za jedną z grup o podwyższonym ryzyku uznano również osoby urodzone w krajach, gdzie transmisja heteroseksualna odgrywała główną rolę. Choć w samym tekście nie podano informacji, o które kraje chodzi, informacja ta pojawiła się w przypisie do artykułu, gdzie precyzowano, że dotyczy ona Haiti i krajów Afryki Środkowej. Mimo odnotowania tego faktu należy jednak podkreślić, iż z uwagi na treść artykułu, która miała charakter *stricte* epidemiologiczny, wiązanie podanej informacji z próbą powrotu do stygmatyzacji stanowiłoby nadinterpretację – Centers of Diseases Control usunęło bowiem Haitańczyków z listy grup wysokiego ryzyka już rok wcześniej. Głównym celem publikacji było przekazanie zaleceń dla wyróżnionych grup zwiększonego ryzyka, wśród których znalazły się m.in.:

- redukcja partnerów seksualnych i towarzysząca jej rekomendacja mówiąca, iż stały, monogamiczny związek z niezainfekowanym partnerem stanowi element eliminacji ryzyka nowych zakażeń HTLV-III/LAV;
- stosowanie zabezpieczenia w trakcie kontaktów seksualnych (prezerwatywy);
- informowanie przyszłych partnerów seksualnych o swoich infekcjach związanych z HTLV-III/LAV;
- nieużywanie przez więcej niż jedną osobę tej samej igły, szczołki do zębów, golarki i innych rzeczy, których stosowanie może doprowadzić do kontaktu z krwią;
- informowanie poprzednich partnerów seksualnych i innych osób, z którymi dzielono igły, o ich potencjalnej ekspozycji na wirus i zachęcanie do

testów na obecność przeciwciał wirusa (anty-HIV);

- unikanie zachodzenia w ciążę do czasu występowania ryzyka zakażeniem HTLV-III/LAV [49].

W maju 1986 roku ukazała się pierwsza obszerna publikacja pokazująca w sposób usystematyzowany kliniczne objawy AIDS. Charakterystyczną cechą tej klasyfikacji był brak odnoszenia się do którejkolwiek z wcześniej opisywanych w tekście grup ryzyka oraz kojarzenia wirusa z jakąkolwiek przynależnością grupową o wyróżniku seksualnym, społecznym czy geograficznym. Pacjentów podzielono na cztery grupy na podstawie manifestacji klinicznych. W I grupie znaleźli się ci z ostrą infekcją HTLV-III/LAV, w II grupie pacjenci asymptomatyczni klasyfikowani na podstawie ewaluacji laboratoryjnej, w III grupie sklasyfikowano chorych z przewlekłą uogólnioną limfadenopatią (ang. *persistent generalized lymphadenopathy* – PGL), a w grupie IV – podzielonej dodatkowo na pięć podgrup – znaleźli się pacjenci z innymi chorobami towarzyszącymi HTLV-III/LAV, jak np. nowotwory, choroby neurologiczne i infekcyjne, gorączka utrzymująca się powyżej miesiąca i spadek masy ciała o więcej niż 10% [50].

W 1986 roku Międzynarodowy Komitet Taksonomii nadał wirusowi powodującemu niedobór odporności u ludzi nazwę HIV (ang. *human immunodeficiency virus* – ludzki wirus upośledzenia/niedoboru odporności) i tym samym zastąpił dotychczas stosowane nazewnictwo HTLV-III/LAV. Nowej zaproponowanej nazwie HIV (retrowirusa) towarzyszyła definicja oparta na klasyfikacji biologicznej, bez cech odnoszenia się do jakichkolwiek grup społecznych [51–53]. Pojawienie się zmienionej i stosowanej do dzisiaj nomenklatury dla wirusa stanowiło w symbolicznym sensie zamknięcie pierwszego okresu budowania podstawowej wiedzy o wirusie, jaki miał miejsce w latach 1981–1986 i rozpoczęcie ery HIV. Ukoronowaniem kilku lat badań nad HIV było pojawienie się informacji o prowadzonych w roku 1986 badaniach klinicznych pierwszego na świecie leku o działaniu antyretrowirusowym, jakim była azidotymidyna – AZT. Badania przeprowadzone na grupie 282 pacjentów z rozpoznaniem AIDS wykazały, że stosowanie azidotymidyny może zmniejszyć śmiertelność i częstość występowania tej choroby. Mimo iż proces badawczy przerwano z uwagi na jego nieetyczny kontekst – część z pacjentów otrzymywała placebo i 19 z nich zmarło, a rok później, tuż po wprowadzeniu leku AZT okazało się, że jego działanie było obarczone wieloma skutkami ubocznymi, to z pewnością można powiedzieć, iż w latach 1984–1986 zaczęto tworzyć fundamenty do budowania wiedzy opartej na faktach naukowych, a nie na mitach, stereotypach czy uprzedzeniach, co miało miejsce w latach 1981–1983 [54, 55].

Analizując wpływ rozwoju wiedzy medycznej na ograniczenie, a następnie likwidację zjawiska stygmatyzacji, nie można nie odnieść się do roli, jaką w tym procesie odegrały również organizacje społeczne, których aktywność była skierowana na walkę z HIV i AIDS. W latach 1981–1986, kiedy budowano pierwsze fundamenty wiedzy naukowej o nowej chorobie i wywo-

lującym ją wirusie, powstawały pierwsze na świecie organizacje pozarządowe typu *non-profit* prowadzące działalność profilaktyczną, edukacyjną, charytatywną i lobbującą.

Działalność tych organizacji wpisywała się w globalne procesy zmian strategii polityki zdrowotnej na świecie zainicjowane w roku 1974 w Kanadzie przez Marca LaLonda i w 1978 w trakcie Światowego Zgromadzenia Zdrowia w Alma Acie, a następnie kontynuowane przez Światową Organizację Zdrowia w roku 1981 w ramach strategii „Zdrowie dla wszystkich do roku 2000”, jak i w ramach ustaleń Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia w Ottawie w roku 1986, zapisanych w tzw. Karcie Ottawskiej. Doprowadziły one do konstruktywnej krytyki prowadzonej wcześniej polityki w zakresie ochrony zdrowia, której wytykano brak działań prozdrowotnych oraz zmiany kierunku strategicznego, zapoczątkowując nowy trend związany z promocją zdrowia w społeczeństwach. W promocji zdrowia i oświacie zdrowotnej zaczęto upatrywać podstawowych kierunków działalności i rozwoju zdrowia publicznego. Z czasem oświata zdrowotna stała się jednym z podstawowych narzędzi promocji zdrowia, a podejmowane w jej ramach działania interwencyjne zogniskowano na szeroko pojętej działalności profilaktycznej [56–59].

Praktycznym odzwierciedleniem tych procesów była działalność organizacji społecznych powstałych w odpowiedzi na problem HIV/AIDS. Pierwszą na świecie nieformalną organizacją *non-profit* działającą na rzecz walki z HIV i opieki nad osobami zakażonymi tym wirusem była Gay Men's Health Crisis (GMHC) założona przez wolontariuszy w roku 1981 w Nowym Jorku. Kolejne organizacje tego typu założono w USA w roku 1982 – San Francisco AIDS Foundation (SFAF) oraz AIDS Project Los Angeles (APLA). Ich głównym celem była redukcja nowych zakażeń, który realizowano poprzez edukację, prewencję i opiekę, jak również obronę i wsparcie dla osób zakażonych. W tym samym czasie powstała organizacja charytatywna na terenie Wielkiej Brytanii o nazwie Terry Higgins Trust (THT), której celem było gromadzenie funduszy pieniężnych na rzecz budowania świadomości i badań nad HIV/AIDS. W roku 1983 odbyła się po raz pierwszy w San Francisco specjalna uroczystość o nazwie The International AIDS Candlelight Memorial – organizowana rokrocznie do dzisiaj w różnych rejonach świata – będąca częścią kampanii mobilizacyjnej, której celem było budowanie świadomości wobec problemu AIDS i demonstrowania ważnej roli, jaką odgrywa społeczeństwo obywatelskie w zakresie leczenia HIV, działań prewencyjnych, opieki i wsparcia. W roku 1983 założono we Francji organizację pozarządową o nazwie AIDeS, której celem były działania – oparte na hasłach mobilizacji społecznościowej i solidarności – na rzecz poprawy warunków życiowych osób zakażonych wirusem oraz zmiany ich sytuacji w wielu sferach aktywności ludzkiej. AIDeS zaangażowała się w działania profilaktyczne, w tym rozdawanie czystych igieł do iniekcji oraz mające na celu respektowanie kulturowej tożsamości, seksualności, stylu życia, poglądów ideologicznych oraz decyzji o leczeniu. W roku 1985 powstały dwie organiza-

cje o podobnym charakterze: jedna w Szwajcarii – Aids-Hilfe Schweiz (AHS), druga w Niemczech – Deutsche AIDS-Hilfe (DAH), założone na rzecz profilaktyki zakażeń HIV, jak również opieki i wsparcia dla osób żyjących z tym wirusem. W tym samym roku powstała w USA organizacja *non-profit* o nazwie American Foundation for AIDS Research (amfAR) w celu wspierania badań naukowych i prewencji HIV/AIDS i edukacji na temat leczenia. AmfAR prowadziła również działania – w tym publiczne kampanie informacyjne – na rzecz wprowadzenia aktów legislacyjnych chroniących lub wspierających osoby z HIV i AIDS. W roku 1986 powstały dwie kolejne organizacje – jedna w Anglii, organizacja charytatywna AVERT, pierwotnie nazywana „AIDS Education & Research Trust”, oraz druga o nazwie People with HIV/AIDS, przekształcona później w międzynarodową sieć zarejestrowaną w Amsterdamie pod nazwą Global Network of People Living with HIV/AIDS – GNP+. Jedną z podstawowych sfer działalności GNP+ stały się prawa człowieka osób żyjących z AIDS, a jej praktycznym przejawem współtworzenie i publikowanie przez GNP+ indeksów osób żyjących ze stygmatem HIV. Indeksy te są tworzone w celu przekazywania opinii publicznej informacji o przejawach stygmatyzacji i dyskryminacji w różnych rejonach świata oraz jako wsparcie przy tworzeniu programów interwencyjnych przez rządy, organizacje pozarządowe i aktywistów społecznych [60–65].

Nawiązując do polskich doświadczeń w walce z HIV i AIDS w latach 80. XX wieku, należy wspomnieć, iż pierwszą organizacją pozarządową zajmującą się tym problemem było Stowarzyszenie Solidarni „PLUS”, założone w roku 1989 w celu udzielenia wsparcia medycznego, socjalnego, terapeutycznego i prawnego osobom żyjącym z HIV i chorym na AIDS. W ramach tego stowarzyszenia Marek Kotański – twórca Monaru i Markotu, propagator i organizator wielu akcji pomocy osobom zakażonym – organizował w Polsce osady dla osób zakażonych wirusem HIV i chorych na AIDS, jak również akcje rozdawania strzykawek narkomanom jako środka zapobiegawczego rozprzestrzenianiu się wirusa. Działalność Marka Kotańskiego wobec osób chorych na AIDS i nosicieli wirusa spotykała się z silnymi protestami społecznymi, w tym mieszkańców okolic, w których miały powstawać ośrodki dla narkomanów zakażonych HIV. Drugim z pionierów w walce z nowym wirusem i negatywną społeczną odpowiedzią wobec grup ryzyka zakażeniem HIV był ks. Arkadiusz Nowak – kamilianin z Polskiej Prowincji Posługujących Chorym, pełnomocnik ministra zdrowia ds. AIDS i narkomanii, współtwórca pierwszego Krajowego Programu ds. przeciwdziałania AIDS – który po raz pierwszy wystąpił w obronie ich praw w 1989 roku w TVP, a rok później stworzył w Konstancinie pierwszy ośrodek dla ludzi zakażonych wirusem HIV [66–68].

Porównując polskie i zagraniczne doświadczenia w początkowych latach występowania pierwszych przypadków HIV i AIDS, należy wskazać na wspólny punkt, jakim była stygmatyzacja i dyskryminacja zakażonych i chorych. W rezultacie występowania tych zjawisk powstawały w tamtym czasie organizacje pozarządowe oraz

prowadzone były działania na rzecz walki z HIV i AIDS przez aktywistów społecznych. Szybko okazało się, że dużo łatwiej i szybciej wyeliminować przejawy stygmatyzacji z pozycji naukowych niż zmienić świadomość i postawy ludzkie wobec problemu wirusa, którego od ponad 30 lat nie rozwiązała całkowicie ani medycyna, ani żadna z organizacji społecznych na świecie.

Podsumowanie

Pierwsza połowa lat 80. XX wieku stała pod znakiem poznawania nieznanego nikomu wcześniej wirusa, nazywanego w początkowej fazie badań czynnikiem infekcyjnym. W tym okresie – metodą prób i błędów – budowano wiedzę na temat jego pochodzenia i źródeł przenoszenia. W roku 1981 przyjęto hipotezę na temat zależności między występowaniem nowego zespołu klinicznego a homoseksualnym trybem życia, a następnie uznano go za konsekwencję zwyczajów narkomanów. Wkrótce okazało się jednak, że zakażenie nowym wirusem dotyczy również innych grup społecznych. Nadawanie niektórym populacjom *a priori* statusu grupy o podwyższonym ryzyku zakażenia HIV, bez rzetelnego udokumentowania tych tez, stało się powodem stygmatyzacji społecznej. Szczególnym przykładem naznaczenia była grupa wyróżniona na podstawie pochodzenia etnicznego, jaką stanowili Haitańczycy. Rozwój wiedzy medycznej doprowadził do ograniczenia, a z czasem do wyeliminowania z publikacji naukowych stygmatyzowania konkretnych grup ryzyka. Badacze problemu zaczęli łączyć możliwość zakażenia HIV i zapadania na AIDS z zachowaniami ryzykownymi – czynnikami ryzyka – takimi jak kontakty seksualne z dużą liczbą partnerów bez zabezpieczenia, aplikacja narkotyków zanieczyszczonymi strzykawkami czy przenoszenie wirusa przez zainfekowaną matkę na noworodka. Lata 1981–1986 były okresem początkowej fazy badań nad wirusem, której rezultatem finalnym było zdobycie wiedzy umożliwiającej rozpoczęcie prób klinicznych nad skutecznością pierwszego na świecie leku antyretrowirusowego. Mimo iż z perspektywy współczesnej wiedzy na temat sposobów diagnozowania i leczenia HIV/AIDS za prawdziwy przełom uznano dopiero wprowadzenie do praktyki klinicznej terapii HAART (*highly active antiretroviral treatment*) w roku 1996 [69], niewątpliwą zmianą jakościową wynikającą z postępów w badaniach nad wirusem było zaniechanie w indeksowanych publikacjach naukowych używania określeń stanowiących przejawy stygmatyzacji grupowej. Stanowiło to pierwszy krok na drodze do krytycznego poszukiwania prawdy o chorobie, uznawanej do dzisiaj za jeden z głównych problemów zdrowia publicznego na świecie, wobec którego nie znaleziono dotąd skutecznego rozwiązania zapobiegawczego w postaci szczepionki.

Szczególną rolę w kształtowaniu postaw wobec problemu HIV i AIDS – w tym w ograniczaniu zjawiska stygmatyzacji wobec zakażonych – odegrały w pierwszej połowie lat 80. XX wieku organizacje pozarządowe o charakterze *non-profit*. Ich działalność koncentrowała się bowiem na kształtowaniu i przekazywaniu wiedzy o zagrożeniach niesionych przez ten wirus oraz na zmia-

nie postaw wobec osób dotkniętych tym problemem. Z kolei aktywność tych organizacji zogniskowana była na szeroko pojętej pomocy zakażonym HIV lub chorym na AIDS, czego praktycznym przejawem były m.in. akcje i kampanie nawołujące do przestrzegania wobec nich praw człowieka. Każda z wymienionych w artykule organizacji działa zresztą do dzisiaj, a ich funkcjonowanie dowodzi, iż rola, jaką pełniły w pierwszych latach epidemii HIV, jest nadal aktualna. Zapotrzebowanie bowiem na działalność profilaktyczną, edukacyjną i charytatywną utrzymuje się z uwagi nie tylko na ciągle pojawiające się nowe przypadki zakażeń i zachorowań, lecz również rejestrowane w różnych częściach świata przykłady nadal obecnej stygmatyzacji mimo wdrożenia dotąd wielu programów interwencyjnych przeciwdziałających temu zjawisku.

Piśmiennictwo:

1. Gottlieb M.S., Schanker H.M., Fan P.T., Saxon A., Weisman J.D., Pozalski I., *Pneumocystis Pneumonia – Los Angeles*. „Morbidity and Mortality Weekly Report” 1981; 30(21): 250–252.
2. Gottlieb M.S., Schroff R., Schanker H.M., Weisman J., Fan T.P., Wolf R.A., et al., *Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men*. „The New England Journal of Medicine” 1981; 305(24): 1425–1431.
3. Masur H., Michelis M.A., Greene J.B., Onorato I., Vandestouwe R.A., Holzman R.S. et al., *An outbreak of community-acquired pneumocystis carinii pneumonia*. „The New England Journal of Medicine” 1981; 305(24): 1431–1438.
4. Siegal F.P., Lopez C., Hammer G.S., Brown A., Kornfeld S.J., Gold J. et al., *Severely acquired immunodeficiency in male homosexuals, manifested by chronic perianal ulcerative herpes simplex lesions*. „The New England Journal of Medicine” 1981; 305(24): 1439–1444.
5. CDC, *A Cluster of Kaposi's Sarcoma and Pneumocystis carinii Pneumonia among Homosexual Male Residents of Los Angeles and Orange Counties, California*. „Morbidity and Mortality Weekly Report” 1982; 31(23): 305–307.
6. Marmor M., Laubenstein L., William D.C., Friedman-Kien A.E., Byrum R.D., D'Onofrio S. et al., *Risk factors for kaposi's sarcoma in homosexual men*. „The Lancet” 1982; 319(8281): 1083–1087.
7. Essex M.: *Origin of AIDS*. W: Devitta V.T., Hellman S., Rosenberg S.A., *AIDS – Etiology, Diagnosis, Treatment and Prevention*. J.B. Lippincott Company, Pennsylvania 1988; 3–11.
8. Altman L.K., *New homosexual disorder worries health officials*. „The New York Times (Science)” 1982.
9. Osmond D.H., *Epidemiology of HIV/AIDS in the United States. HIV InSite Knowledge Base Chapter*. San Francisco, March, 2003. <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=kb-01-03> (dostęp 3.02.2012).
10. Brennan R.O., Durack D.T., *Gay compromise syndrome*. „The Lancet” 1981; 318: 1338–1339.
11. Oswald G.A., Theodossi A., Gazzard B.G., Byrom N.A., Fisher-Hoch S.P., *Attempted immune stimulation in the*

- „gay compromise syndrome”. „British Medical Journal (Clin. Res. Ed.)” 1982; 285(6348): 1082.
12. Smith R.A. (red.), *Encyclopedia of AIDS: A Social, Political, Cultural, and Scientific Record of the HIV Epidemic*. Fitzroy Dearborn Publishers, Chicago 1998: 347.
 13. Masur H., Michelis M.A., Greene J.B., Onorato I., Vandestouwe R.A., Holzman R.S. et al., *An outbreak of community-acquired pneumocystis carinii pneumonia*. „The New England Journal of Medicine” 1981; 305(24): 1431–1438.
 14. Haverkos H.W., Curran J.W., *The Current Outbreak of Kaposi's Sarcoma and Opportunistic Infections*. „CA Cancer Journal for Clinicians” 1982; 32(6): 330–339.
 15. Gold K.D., Thomas L., Garrett T.J., *Aggressive Kaposi's sarcoma in a heterosexual drug addict*. „The New England Journal of Medicine” 1982; 307(8): 498.
 16. Hauser W.E., Lift B.J., Conley F.K., Remington J.S., *Central-Nervous-System toxoplasmosis in homosexual and heterosexual adults*. „The New England Journal of Medicine” 1982; 307: 498–499.
 17. Hanrahan J.P., Wormser G.P., Maguire G.P., DeLorenzo L.J., Gavis G., *Opportunistic infections in prisoners*. „The New England Journal of Medicine” 1982; 307(8): 498.
 18. CDC, *Current Trends Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS): Precautions for Clinical and Laboratory Staffs*. „Morbidity and Mortality Weekly Report” 1982; 31(43): 577–580.
 19. CDC, *Opportunistic infections and Kaposi's sarcoma among Haitians in the United States*. „Morbidity and Mortality Weekly Report” 1982; (26): 353–354, 360–361.
 20. Marx J.L., *New disease baffles medical community*. „Science” 1982; 217(4560): 618–621.
 21. Gallo R.C., *A reflection on HIV/AIDS research after 25 years*. „Retrovirology” 2006; 3: 72.
 22. Cohen J., *Haiti – Making Headway Under Hellacious Circumstances*. „Science” 2006, 313(5786): 470–473.
 23. Farmer P., *AIDS and Accusation*. University of California Press, Berkeley 1992: 141–150.
 24. Pape J.W., Liautaud B., Thomas F., Mathurin J.R., St Amand M.M., Boncy et al., *Characteristics of the Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in Haiti*. „The New England Journal of Medicine” 1983; 309(16): 945–950.
 25. CDC, *Current Trends Update on Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) – United States*. „Morbidity and Mortality Weekly Report” 1982; 31(37): 507–508, 513–514.
 26. CDC, *Current Trends Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS): precautions for Clinical and Laboratory Staffs*. „Morbidity and Mortality Weekly Report” 1982; 31(43): 577–580.
 27. Francis D.P., Curran J.W., Essex M., *Epidemic acquired immune deficiency syndrome: Epidemiologic evidence for a transmissible agent*. „Journal of the National Cancer Institute” 1983; 71(1): 1–4.
 28. CDC, *Current Trends Update on Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) – United States*. „Morbidity and Mortality Weekly Report” 1982; 31(37): 507–508, 513–514.
 29. CDC, *Unexplained immunodeficiency and opportunistic infections in infants – New York, New Jersey, and California*. „Morbidity and Mortality Weekly Report” 1982; 31(49): 665–667.
 30. CDC, *Pneumocystis carinii pneumonia among persons with hemophilia A*. „Morbidity and Mortality Weekly Report” 1982; 31(27): 365–367.
 31. CDC, *Possible transfusion-associated acquired immune deficiency syndrome (AIDS) – California*. „Morbidity and Mortality Weekly Report” 1982; 31(48): 652–654.
 32. CDC, *Acquired immune deficiency syndrome (AIDS): precautions for clinical and laboratory staffs*. „Morbidity and Mortality Weekly Report” 1982; 31: 577–580.
 33. CDC, *Pneumocystis Pneumonia – Los Angeles*. „Morbidity and Mortality Weekly Report” 1996; 45(34): 729–733.
 34. Jaffe H.W., Choi K., Thomas P.A., Haverkos H.W., Auerbach D.M., Guinan M.E. et al., *National case-control study of Kaposi's sarcoma and Pneumocystis carinii pneumonia in homosexual men: Part I. Epidemiologic results*. „Annals of Internal Medicine” 1982; 99(2): 145–151.
 35. CDC, *A Cluster of Kaposi's Sarcoma and Pneumocystis carinii Pneumonia among Homosexual Male Residents of Los Angeles and range Counties, California*. „Morbidity and Mortality Weekly Report” 1982; 31(23): 305–307.
 36. Sonnabend J., Witkin S.S., Purtilo D.T., *Acquired immunodeficiency syndrome, opportunistic infections, and malignancies in male homosexuals. A hypothesis of etiologic factors in pathogenesis*. „Journal of the American Medical Association” 1983; 249(17): 2370–2374.
 37. CDC, *Current Trends Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) Update – United States June*. „Morbidity and Mortality Weekly Report” 1983; 32(24): 309–311.
 38. Axler-Blin C., Barré-Sinoussi F., Chamaret S., Chermann J. C., Gruest J., Dauguet C., Montagnier L. et al., *Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS)*. „Science” 1983; 220(4599): 868–871.
 39. Gallo R.C., Haynes B.F., Kaplan M., Oleske J., Palker T.J., Popovic M. et al., *Frequent detection and isolation of cytopathic retroviruses (HTLV-III) from patients with AIDS and at risk for AIDS*. „Science” 1984; 224(4648): 500–503.
 40. Marx J.L., *A virus by any other name*. „Science” 1985; 227(4693): 1449–1451.
 41. Coffin J., Haase A., Levy J.A., Montagnier L., Oroszlan S., Teich N. et al., *What to call the AIDS virus?* „Nature” 1986; 321(6065): 10.
 42. Juszczak J., Gładysz A., *AIDS – epidemiologia, patogenez, klinika, leczenie, zapobieganie, poradnictwo*. Wydawnictwo Volumed, Wrocław 1993: 9–20.
 43. Van de Perre P., Rouvroy D., Lepage P., Bogaerts J., Kestelyn P., Kayihigi J. et al., *Acquired immunodeficiency syndrome in Rwanda*. „Lancet” 1984; 2(8394): 62–65.
 44. Piot P., Quinn T.C., Taelman H., Feinsod F.M., Minlangu K.B., Wobin O. et al., *Acquired immunodeficiency syndrome in a heterosexual population in Zaire*. „Lancet” 1984; 2(8394): 65–69.
 45. CDC, *Epidemiologic Notes and Reports Heterosexual Transmission of Human T-Lymphotropic Virus Type III/Lymphadenopathy-Associated Virus*. „Morbidity and Mortality Weekly Report” 1985; 34(37): 561–563.
 46. Curran J.W., Morgan W.M., Hardy A.M., Jaffe H.W., Darrow W.W., Dowdle W.R., *The epidemiology of AIDS:*

- current status and future prospects.* „Science” 1985; 229(4720): 1352–1357.
47. CDC, *Current Trends Update: Acquired Immunodeficiency Syndrome – United States.* „Morbidity and Mortality Weekly Report” 1985; 34(18): 245–248.
 48. Ziegler J.B., Cooper D.A., Johnson R.O., Gold J., *Postnatal transmission of AIDS-associated retrovirus from mother to infant.* „Lancet” 1985; 1(8434): 896–898.
 49. CDC, *Current Trends Additional Recommendations to Reduce Sexual and Drug Abuse-Related Transmission of Human T-Lymphotropic Virus Type III/Lymphadenopathy-Associated Virus.* „Morbidity and Mortality Weekly Report” 1986; 35(10): 152–155.
 50. CDC, *Current Trends Classification System for Human T-Lymphotropic Virus Type III/Lymphadenopathy-Associated Virus Infections.* „Morbidity and Mortality Weekly Report” 1986; 35(20): 334–339.
 51. Coffin J., Haase A., Levy J.A., Montagnier L., Oroszlan S., Teich N. et al., *What to call the AIDS virus?* „Nature” 1986; 321(6065): 10.
 52. Coffin J., Haase A., Levy J.A., Montagnier L., Oroszlan S., Teich N. et al., *Human immunodeficiency viruses.* „Science” 1986; 232(4751): 697.
 53. Morgan W.M., Curran J.W., *Acquired immunodeficiency syndrome: current and future trends.* „Public Health Report” 1986; 101(5): 459–465.
 54. Fischl M.A., Richman D.D., Grieco M.H., Gottlieb M.S., Volberding P.A., Laskin O.L. et al., *The Efficacy of azidothymidine (AZT) in the treatment of patients with AIDS and AIDS-related complex, a double-blind, placebo-controlled trial.* „The New England Journal of Medicine” 1987; 317(4): 185–191.
 55. Fischl M., Grieco M.H., Richman D.D. et al., *The toxicity of azidothymidine (AZT) in the treatment of patients with AIDS and AIDS-related complex. A double blind, placebo-controlled trial.* „The New England Journal of Medicine” 1987; 317: 192–197.
 56. Karski J.B., *Promocja zdrowia z perspektywy ostatniej dekady XX wieku,* w: Karski J.B. (red.), *Promocja zdrowia.* Wydawnictwo IGNIS, Warszawa 1999: 19–39.
 57. Karski J.B., *Postępy promocji zdrowia – przegląd międzynarodowy.* Wydawnictwa fachowe CeDeWu.pl, Warszawa 2008: 32–37.
 58. Karski J.B., *Praktyka i teoria promocji zdrowia.* Wydawnictwa fachowe CeDeWu.pl, Warszawa 2006: 9–17.
 59. Jabłońska-Chmielewska A., Jabłoński L., *Podstawy nowoczesnej profilaktyki chorób niezakaźnych i zakaźnych,* w: Jabłoński L. Karwat (red.), *Podstawy epidemiologii ogólnej, epidemiologia chorób zakaźnych,* Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002: 119–149.
 60. Kalendarium HIV/AIDS na świecie, cz. I. http://www.aids.gov.pl/files/wiedza/HIVAIDS_swiat_kalendarium_I_2009.pdf (dostęp 27.08.2012).
 61. History of AIDS Up to 1986. <http://www.avert.org/aids-history-86.htm> (dostęp 27.08.2012).
 62. International AIDS Candlelight Memorial. <http://www.candlelightmemorial.org/> (dostęp 30.08.2012).
 63. *AIDES: Première association française de lutte contre le VIH / sida et les hépatites.* <http://www.aides.org/en/about-us> (dostęp 29.08.2012).
 64. *Introduction and History.* http://www.amfar.org/About_amfar/Introduction_and_History/ (dostęp 29.08.2012).
 65. *Human Rights.* Available: <http://www.gnpplus.net/en/programmes/human-rights> (data dostępu 29.08.2012).
 66. *FRS – Federacja Na Rzecz Reintegracji Społecznej.* <http://www.frs.pl/ssp.html> (dostęp 30.08.2012).
 67. *Życie bogate i twórcze: Otwarty Portal MONARu.* http://www.monar.net.pl/PagEd-index-topic_id-4-page_id-17.html (dostęp 30.08.2012).
 68. „O. Arkadiusz Nowak”, 2010, *Polska Prowincja Zakonu OO. Kamilianów.* <http://www.kamilianie.eu/index.php?k=2&p=101> (dostęp 30.08.2012).
 69. Cohen J., *AIDS research: results on new AIDS drugs bring cautious optimism.* „Science” 1996; 271: 755–756.