

Stygmatyzacja związana z HIV a zdrowie zakażonych osób i postawy wobec wykonywania testów

HIV-related stigma, health of people living with HIV
and attitudes towards testing

Magdalena Mijas¹, Karolina Koziara², Marta Dora³

¹Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Zdrowia Publicznego,
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie

²Wydział Filozoficzny, Instytut Psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego

³Oddział Kliniczny Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Streszczenie

W artykule poruszono problematykę stygmatyzacji związanej z zakażeniem ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV) oraz jej praktycznych konsekwencji w dwóch obszarach kluczowych dla zdrowia publicznego i profilaktyki nowych zakażeń. Autorki rozpoczynają przegląd literatury od przywołania współczesnych, socjologicznych teorii piętna oraz omówienia procesów stygmatyzacji w perspektywie psychologicznej ujawniających się zarówno w doświadczeniu osób żyjących z HIV, jak również populacji generalnej. W dalszej kolejności prezentują doniesienia z badań obrazujących istotne zależności między procesami stygmatyzacji społecznej i postawami wobec testowania na HIV, a także doświadczeniami wykluczenia, a szeroko rozumianym zdrowiem osób zakażonych HIV. Relacjonowane wyniki badań uwidaczniają także, jak ogromne znaczenie dla profilaktyki HIV mają działania zmierzające do redukcji procesów stygmatyzacji nie tylko związanych z samym zakażeniem, ale również z przynależnością do grup wykluczanych społecznie ze względu na inne przesłanki.

Słowa kluczowe: zdrowie publiczne, stygmatyzacja społeczna, HIV

Seksuologia Polska 2017; 15 (2): 73–80

Abstract

The paper addresses the issue of HIV stigmatization and its practical implications in two areas crucial for public health and new infections prophylaxis. Literature review begins with contemporary sociological stigma theory and discussion of the psychological perspective of stigmatization processes, present both in the experience of people living with HIV and in general population. Paper continues with research reports showing the important relationships between social stigmatization processes and attitudes towards HIV testing, as well as the experience of exclusion and the widely understood health of people living with HIV. The review highlights the importance of stigma reduction in HIV prevention, which can be beneficial not only in handling epidemic but also in other settings of social exclusion.

Key words: public health, social stigma, HIV

Seksuologia Polska 2017; 15 (2): 73–80

Wstęp

Według Światowej Organizacji Zdrowia pod koniec 2015 roku na świecie żyło około 37 milionów ludzi za-

każonych ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV, *human immunodeficiency virus*), przy czym największa liczba zakażeń dotyczyła mieszkańców państw Afryki [1]. W Polsce od 1985 roku, czyli od rozpoczęcia diagnostyki w kierunku HIV, do końca maja 2017 roku zarejestrowano łącznie ponad 21 800 zakażeń, a AIDS rozpoznano u 3491 osób. W 2016 roku wykryto HIV u ponad

Adres do korespondencji: mgr Magdalena Mijas
Instytut Zdrowia Publicznego, WNoZ UJCM
e-mail: magda.mijas@gmail.com
Nadesłano: 5.09.2017

Przyjęto do druku: 21.11.2017

1300 osób, a u 113 pacjentów zdiagnozowano AIDS [2]. Z bieżących danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego — Państwowego Zakładu Higieny wynika, że między 1 a 31 maja 2017 roku odnotowano 194 nowe zakażenia HIV i zdiagnozowano AIDS u 16 osób [2]. Sytuacja epidemiologiczna w kraju jest określana jako stabilna, co oznacza, że odnotowuje się stały, ale powolny wzrost zakażeń. W dalszym ciągu jednak zbyt duża liczba wykrywanych infekcji ma miejsce już w sytuacji znacznego osłabienia układu immunologicznego, które wiąże się z ryzykiem rozwoju chorób wskaźnikowych dla AIDS [3, 4]. Do jednego z polskich ośrodków leczenia HIV i AIDS jedynie co trzeci pacjent zgłaszał się w celu rozpoczęcia terapii przed wystąpieniem pierwszych objawów obniżenia odporności, a prawie połowa dopiero w sytuacji spadku liczby limfocytów T CD4+ poniżej wartości 200 kom./ μ l diagnostycznej dla zaawansowanej choroby retrowirusowej [3, 4]. Tak duży odsetek późnych diagnoz wskazuje, że zainteresowanie testowaniem w kierunku HIV w Polsce jest w dalszym ciągu niewystarczające [5]. W badaniach przeprowadzonych w reprezentatywnej próbie Polaków w 2005 roku jedynie 6% respondentów ujawniło, że wykonało kiedykolwiek test na HIV [6]. Warto podkreślić, że w większości przypadków wykonanie testu nie wynikało z chęci sprawdzenia swojego statusu serologicznego, ale było podyktowane zewnętrznymi wymogami lub stanowiło element standardowo realizowanej procedury, na przykład były to testy wykonywane u wszystkich krwiodawców (w prawie 30% przypadków), w ramach rutynowych badań lekarskich (w prawie 27% przypadków) lub na żądanie pracodawcy czy ubezpieczyciela (w prawie 24% przypadków) [6]. Według danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego — Państwowego Zakładu Higieny w 2015 roku zlecono łącznie przynajmniej 1 500 000 testów w kierunku HIV, spośród których aż 84% stanowiły testy rutynowo wykonywane wśród krwiodawców [7]. Oznacza to, że z przypadającej pierwotnie na 1000 mieszkańców liczby 39 testów, po wykluczeniu rutynowego testowania w stacjach krwiodawstwa pozostaje jedynie 6. Nie zaskakują w związku z powyższym szacunki epidemiologów, zgodnie z którymi osób żyjących z HIV może być w Polsce nawet czterokrotnie więcej niż wskazuje na to liczba dotychczas wykrytych zakażeń [8]. Jedną z kluczowych przyczyn zbyt małego zainteresowania testowaniem, skutkującego między innymi późnymi diagnozami oraz dalszym rozprzestrzenianiem się wirusa, są procesy stygmatyzacji wiążącej się z HIV. Stanowią one kluczową barierę dla skuteczności oddziaływań profilaktycznych, powodzenia leczenia antyretrowirusowego oraz podnoszenia jakości życia osób zakażonych HIV [9]. Mając na względzie znaczenie wiedzy na temat procesów stygmatyzacji dotyczącej HIV w praktyce

seksuologicznej i psychologicznej, w niniejszym tekście autorki pragną przybliżyć to wieloaspektowe zjawisko, koncentrując się na dwóch zagadnieniach: postawach wobec testowania na HIV oraz wyznacznikach zdrowia osób żyjących z HIV.

Koncepcje piętna

Większość badaczy podejmujących tematykę stygmatyzacji związanej z HIV posługuje się socjologicznymi teoriami piętna, począwszy od klasycznej już propozycji Ervinga Goffmana [10] akcentującej jego interakcyjną, społecznie konstruowaną naturę, po współczesne propozycje ujmowania go przez pryzmat relacji władzy i (re)produkcji społecznych nierówności [11]. Zdaniem Bruce'a Linka i Jo Phelan [12] mnogość definicji i propozycji ujmowania stygmatyzacji wynika ze złożoności tego zjawiska, zależnego od wielu wzajemnie powiązanych procesów, a wśród nich:

- dostrzeżenia i etykietowania różnic międzyludzkich;
- dominacji kulturowych przekonań, w których wyodrębnione różnice są wartościowane negatywnie;
- procesów kategoryzacji społecznej, w rezultacie których wytwarzany jest dystans między grupą obcą i własną;
- utraty statusu społecznego w związku z przynależnością do wyodrębnionej grupy społecznej oraz
- nierówności w zakresie dostępu do społecznego, ekonomicznego i politycznego wymiaru władzy, które umożliwiają praktykowanie dezaprobaty, odrzucenia, wykluczenia i dyskryminacji.

Zgodnie z tym ujęciem stygmatyzacja pojawia się wszędzie tam, gdzie w sytuacji nierówności władzy współwystępują procesy etykietowania, stereotypizacji, separacji, utraty statusu i dyskryminacji [12]. Tak rozumiana stygmatyzacja funkcjonuje na trzech poziomach: strukturalnym, indywidualnym oraz intraindywidualnym — w tym ostatnim przypadku za pośrednictwem negatywnych uwewnętrznionych przekonań na temat samego siebie, jako osoby należącej do grupy wykluczanej społecznie [12]. Psychologiczne rozumienia stygmatyzacji uzupełniają jej ujęcia socjologiczne o analizę procesów zachodzących w dwóch ostatnich płaszczyznach. Infekcja HIV jest tutaj traktowana jako kondycja zdrowotna, której społeczny odbiór przejawia się w doświadczeniu nie tylko osób zakażonych, ale także pozostałych członków społeczeństwa [9]. W przypadku tej ostatniej grupy procesy stygmatyzacji najczęściej są analizowane przy wykorzystaniu takich narzędzi, jak pojęcia „stereotypu”, „uprzedzenia” oraz „dyskryminacji” opisujących odpowiednio poznawcze, emocjonalne i behawioralne komponenty postaw

w stosunku do osób żyjących z HIV [9, 13, 14]. Ich funkcją jest zwiększenie indywidualnego poczucia bezpieczeństwa oraz zdystansowanie się do wzbudającego lęk zagrożenia, jakim jest zakażenie [15, 16]. Umożliwia to na przykład poznawcza konstrukcja HIV jako zakażenia selektywnego, czyli takiego, które dotyczy przede wszystkim lub wyłącznie wybranych, marginalizowanych społecznie grup. Stygmatyzacja związana z HIV podtrzymuje i powiela w ten sposób istniejące społeczne nierówności, w szczególności te, które wiążą się z kategoriami płci i seksualności, przynależności etnicznej czy statusu socjoekonomicznego [11]. W przypadku HIV, od samego początku epidemii infekcję wiązano z takimi populacjami, jak homoseksualni mężczyźni, osoby świadczące płatne usługi seksualne, imigranci (w USA przede wszystkim z Afryki i Haiti) oraz przyjmujący narkotyki w formie iniekcji [17]. Choć błędne i szkodliwe, przekonania te są w dalszym ciągu powszechne, a nawet wzmacniane przez medialne reprezentacje osób żyjących z HIV [18]. Skutkują one między innymi niedoszacowywaniem ryzyka zakażenia wśród osób, które nie identyfikują się z żadną z stereotypowo wiązanych z HIV grup społecznych i w rezultacie odracaniem lub unikaniem testowania w kierunku HIV mimo podejmowania ryzykownych, a więc mogących skutkować zakażeniem, zachowań [16].

Inne poznawcze komponenty stygmatyzacji związanej z HIV uwzględniane w badaniach obejmują osądy moralne oraz potępienie osób zakażonych, obarczanie ich odpowiedzialnością za zakażenie oraz przypisywanie im szczególnych charakterystyk, takich jak nieodpowiedzialność lub permissywność seksualna [19, 20]. Zwykle towarzyszą im uprzedzenia przyjmujące postać lęku przed kontaktem z osobami żyjącymi z HIV wynikającego z obaw o możliwość zakażenia i wzmacnianego przez znikomą lub błędną wiedzę na temat samej infekcji oraz dróg transmisji wirusa [21, 22]. Poznawcze i afektywne procesy stygmatyzacji mogą, lecz nie muszą, prowadzić do dyskryminacji osób zakażonych, czyli ich niesprawiedliwego, gorszego traktowania na przykład w placówkach opieki zdrowotnej lub miejscu pracy [23–25]. Wśród stygmatyzujących praktyk wymienia się także stosowanie środków przymusu wobec osób zakażonych obejmujących niezgodne z wolą ujawnianie statusu serologicznego czy kryminalizację „narażenia na zakażenie” [19, 20]. W grupie zakażonych HIV procesy społecznej stygmatyzacji wynikają z doświadczeń odrzucenia i niesprawiedliwego traktowania w związku ze swoją seropozytywnością, a także świadomości społecznej dewaluacji tych osób [26]. W pierwszym z wymienionych przypadków mowa o „ucieleśnionym piętnie”

(*enacted stigma*), które w literaturze jest odróżniane od „piętna zinternalizowanego” (*internalized stigma*), czyli uwewnętrznionych społecznych negatywnych przekonań na temat samego siebie, oraz „piętna antycypowanego” (*anticipated stigma*), czyli oczekiwań odrzucenia i dyskryminacji w sytuacji ujawnienia swojego statusu serologicznego [9]. Wszystkie te mechanizmy przyczyniają się do pogorszenia psychicznego dobrostanu osób żyjących z HIV, utrudniają uzyskanie społecznego wsparcia oraz stanowią istotną barierę dla rozpoczęcia, a także skuteczności leczenia antyretrowirusowego [27–29]. Więcej uwagi zostanie im poświęcone w dalszej części tekstu.

Stygmatyzacja związana z HIV a testowanie w kierunku HIV

Unikanie testowania w kierunku HIV, a więc i późne diagnozy, wiążą się nie tylko z przesuniętym w czasie rozpoczęciem leczenia i jego ograniczoną efektywnością oraz wyższymi kosztami opieki zdrowotnej, ale także sprzyjają dalszej transmisji HIV, do której najczęściej dochodzi na skutek braku wiedzy o własnym zakażeniu [30]. Kluczowe z tego względu jest określenie najważniejszych barier stojących na drodze do wykonania testu zarówno tych, które są związane z organizacją samego testowania (dostępność placówek, procedura testowania), jak i w obrębie czynników o charakterze psychospołecznym. Z dotychczas zrealizowanych badań wynika, że wśród kluczowych psychospołecznych uwarunkowań testowania w kierunku HIV znajduje się wiedza na temat HIV (niewystarczająca i błędna), dostrzeganie korzyści wynikających z testowania (pozostające w pozytywnych związkach z wykonywaniem testów), percepcja indywidualnego ryzyka zakażenia (dostrzeganie możliwości zakażenia się wiąże się z chęcią wykonania testu) oraz procesy stygmatyzacji związanej z HIV [31]. Ten ostatni czynnik jest w badaniach najczęściej ujmowany w postaci stereotypowych przekonań na temat osób żyjących z HIV, oczekiwań stygmatyzacji w sytuacji otrzymania dodatniego wyniku, świadomości społecznej stygmatyzacji zakażenia HIV lub połączenia tych czynników i współwystępuje z unikaniem testowania lub nieregularnym testowaniem [32, 33]. Strach przed otrzymaniem wyniku dodatniego oraz idącymi za tym zmianami, takimi jak konieczność stawienia czoła społecznej stygmatyzacji, decydowania o ujawnianiu lub nieujawnianiu swojego statusu serologicznego przed znajomymi i rodziną, a także obowiązek informowania o zakażeniu partnerów seksualnych (regulowany w Polsce na mocy artykułu 161. § 1. k.k. (Dz. U. z 1997 Nr 88, poz. 553 z późn. zm.)

sprawia, że część osób rezygnuje z wykonania testu, nawet jeśli ryzyko zakażenia było w ich przypadku znaczące [34–36]. Częściej są to także osoby, które w badaniach ujawniają negatywne postawy wobec osób zakażonych, obarczają je winą za zakażenie i popierają praktyki izolowania osób żyjących z HIV od społeczeństwa [35, 37]. Wyniki badań ujawniają także, że rola procesów stygmatyzacji okazuje się raczej stabilna na przestrzeni czasu w porównaniu z innymi uwarunkowaniami o charakterze psychospołecznym. Porównanie barier dla testowania na HIV zidentyfikowanych w 2000 i 2010 roku w grupie mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami (MSM) żyjących w Szkocji uwidacznia, że o ile w omawianym czasie doszło w badanej populacji do pewnej normalizacji testowania na HIV i wzrosła świadomość związanych z nim korzyści, lęk przed uzyskaniem dodatniego wyniku stanowi w dalszym ciągu kluczową barierę dla wykonania testu, a samo zakażenie podlega stygmatyzacji i wiąże się z odrzucaniem mężczyzn jako partnerów seksualnych [38]. Lęk przed doświadczeniem stygmatyzacji stanowiący barierę utrudniającą wykonanie testu w kierunku HIV może wzbudzać nie tylko perspektywa uzyskania dodatniego wyniku, ale także sama procedura testowania. Przyjmuje on postać obaw o doświadczenie dyskryminacji i nieodpowiedniego traktowania ze strony personelu medycznego w trakcie badania, przy czym obawy te mogą dotyczyć także konieczności ujawnienia mniejszościowych aspektów swojej tożsamości lub preferencji seksualnych. Transpłciowe kobiety oraz mężczyźni z populacji MSM w jednym z badań wskazywali na przykład na trudności z ujawnianiem swojej tożsamości przed personelem medycznym w placówkach testowania na HIV [36]. W trakcie wywiadów samą konieczność udania się do wyznaczonej placówki w celu wykonania testu na HIV opisywali jako źródło wstydu, a zachowanie personelu medycznego niejednokrotnie odbierali jako sugerujące ocenę moralną i potępienie. Co istotne, negatywne doświadczenia, na jakie narażeni byli badani już na pierwszym etapie diagnostyki, wiązały się z późniejszym unikaniem kontaktu z placówkami ochrony zdrowia i obniżoną gotowością do podjęcia leczenia w sytuacji diagnozy zakażenia [36]. Podobne doświadczenia relacjonują w swoim badaniu Knight i wsp. [39]. Uczestniczące w badaniu osoby, które podjęły decyzję o wykonaniu testu, wskazywały na wiążące się z nią poczucie lęku i wstydu oraz konieczność stawienia czoła społecznym stereotypom dotyczącym HIV i osób zakażonych już w samej sytuacji wykonywania badania na obecność wirusa. Konieczność przeprowadzenia rozmowy o ryzykow-

nych w kontekście HIV zachowaniach oraz okolicznościach w jakich mogło dojść do zakażenia, była postrzegana jako dodatkowo uciążliwa i zniechęcająca [39]. Ci sami badacze porównali także odczucia towarzyszące rutynowemu testowaniu w kierunku HIV oferowanemu przy okazji wykonywania innych badań (np. profilaktycznych lub okresowych) z sytuacją wykonywania testu wyłącznie w kierunku zakażenia HIV i zgłaszania się jedynie w tym celu do placówki medycznej [39]. Uczestnicy testujący się w drugiej z opisanych sytuacji częściej wskazywali na poczucie wstydu oraz zwracali uwagę na specyficzne traktowanie przez personel medyczny. W przypadku pierwszej grupy nie rejestrowano analogicznych odczuć. Dodatkową zaletą rutynowego testowania w kierunku HIV wykonywanego przy okazji innych badań profilaktycznych lub diagnostycznych były zatem redukcja stygmatyzacji i ograniczenie barier stojących na drodze do wykonania testu, takich jak na przykład obawa o ocenę moralną. Badani wskazywali również, że włączenie testowania w kierunku HIV do pakietu rutynowych testów pozwoliłoby na zmianę postrzegania testów i samego zakażenia jako czegoś wyjątkowego i wstydliwego [39]. Przywołane zalecenia dotyczące rutynowego testowania na HIV korespondują z wynikami badań Younga i Zhu [40], którzy poddali analizie praktyki podejmowane przez osoby testujące się w kierunku HIV w celu zamaskowania właściwego celu wizyty i w konsekwencji zminimalizowania ryzyka doświadczenia stygmatyzacji związanej z HIV. Wskazywały one na przykład test na HIV jako drugorzędną przyczynę swojej wizyty, podając inne powody lub niezwiązane z HIV dolegliwości, jako cel podstawowy. Inną praktyką pozwalającą unikać stygmatyzacji związanej z zakażeniem może być także honorowe krwiodawstwo, przy okazji którego standardowo wykonuje się testy na HIV. Wśród amerykańskich krwiodawców 6% wskazało, że co najmniej jeden raz w życiu oddało krew, kierując się chęcią sprawdzenia swojego statusu serologicznego [41]. Odsetek ten obniżał się wraz ze wzrostem dostępności alternatywnych miejsc oferujących testy w komfortowych i sprzyjających warunkach. Stygmatyzacja związana z HIV nie tylko zatem stanowi ważną barierę na drodze do wykonania testu, ale okazuje się także popychać osoby chcące wykonać test w kierunku różnorodnych, niekoniecznie optymalnych z perspektywy zdrowia publicznego, praktyk mających na celu jej zminimalizowanie. Przywołane badania uwidaczniają także, jak ogromne znaczenie dla profilaktyki HIV mają działania zmierzające do redukcji procesów stygmatyzacji nie tylko związanych z samym zakażeniem, ale także przynależnością do grup wykluczanych społecznie ze względu na inne przesłanki.

Stygmatyzacja związana z HIV a dobrostan osób zakażonych

Procesy stygmatyzacji dotyczące osoby zakażone HIV oddziałują w sposób wieloaspektowy, zarówno obniżając wskaźniki zdrowia psychicznego i społecznego, jak i odciskając się piętnem na zdrowiu fizycznym [42]. Zdrowie psychiczne w badaniach dotyczących stygmatyzacji związanej z HIV jest najczęściej ujmowane w jego aspekcie afektywnym, jako zdolność do radzenia sobie z trudnościami i stresem, umiejętność osiągania satysfakcji w życiu, samoakceptacja lub adekwatna samoocena [43]. Z tak rozumianym zdrowiem psychicznym istotnie związany okazuje się zwłaszcza poziom zinternalizowanej stygmy współwystępujący z podwyższonymi wskaźnikami depresji [44–46], lęku i ogólnego stresu [47], a także z obniżoną samooceną [46] oraz wstydem i obwinianiem się z powodu swojego zakażenia [34, 44, 46]. Opisane doświadczenia sprzyjają występowaniu ideacji i prób samobójczych, na które osoby zakażone HIV są narażone w alarmująco wysokim stopniu [48, 49]. Z polskich badań wynika, że prawie 20% żyjących z HIV respondentów w ciągu roku poprzedzającego badanie doświadczyło myśli samobójczych [34]. Nieco wyższe wskaźniki uzyskali Catalan i wsp. [50] na podstawie systematycznego przeglądu 66 doniesień z badań uwzględniających zmienne opisujące rozpowszechnienie ideacji i prób samobójczych oraz zachowań autoagresywnych wśród osób zakażonych HIV. Uśredniony odsetek rozpowszechnienia ideacji samobójczych w analizowanych raportach przekroczył 28%, a celowych samouszkodzeń ciała — 20%. Przeprowadzone analizy ujawniły także, że co dziesiąty zgon wśród osób seropozytywnych był rezultatem próby samobójczej [50]. Z badań przeprowadzonych we Francji wynika, że ryzyko próby samobójczej jest największe wśród kobiet oraz mężczyzn z populacji MSM, a jego główne predyktory to: nasilenie dyskryminacji ze względu na różne przesłanki, bezdomność oraz poczucie osamotnienia [51]. Podwyższone wskaźniki opisujące ryzyko samobójstwa wśród kobiet okazują się tym bardziej alarmujące, że dotychczas problem ten był ignorowany przez badaczy, a kobiety niedoreprezentowane w badanych próbach [50]. Zdaniem Orza i wsp. [52] zagadnienia zdrowia psychicznego kobiet żyjących z HIV oraz jego związków ze zdrowiem seksualnym i prokreacyjnym nie są w wystarczającym stopniu uwzględniane także w globalnych programach polityki zdrowotnej dla polityki zdrowotnej. Chcąc rozwiązać ten problem badaczki przeprowadziły na zlecenie Światowej Organizacji Zdrowia konsultacje, do udziału w których zaprosiły kobiety żyjące z HIV z 94 krajów [52]. Zde-

cydowana większość uczestniczek badania określiła diagnozę zakażenia jako krytyczny moment dla własnego zdrowia psychicznego. U większości kobiet zaowocowała ona objawami depresji (74%), wstydem (71%), obwinianiem się (70%) oraz pojawieniem się problemów ze snem (68%) [52]. Stygmatyzacja związana z HIV była wskazywana przez uczestniczki jako źródło obaw przed ujawnieniem swojego zakażenia, a przez to czynnik wzmagający doświadczenia izolacji i nasilający depresję. Wiązała się także z obniżoną samooceną stanowiącą barierę dla tworzenia związków intymnych. Owocowała również ograniczeniami praw reprodukcyjnych kobiet. Uczestniczki badania ujawniały między innymi, że były zniechęcane przez lekarzy do posiadania biologicznego potomstwa, a nawet przymuszane do sterylizacji i wyboru bezdzietności [52]. Badane kobiety podkreślały konieczność ułatwienia dostępu do różnorodnych form wsparcia dla osób zakażonych, uwzględniając pomoc profesjonalistów w zakresie zdrowia psychicznego, jak również możliwość nawiązywania kontaktów z innymi kobietami żyjącymi z HIV. Zławszcza ten ostatni element był uznawany przez nie za kluczowy dla zdrowia psychicznego i możliwości uporania się z diagnozą [52]. Konieczność zapewnienia wsparcia psychologicznego osobom żyjącym z HIV okazuje się tym bardziej istotna, że dobrostan psychiczny i społeczny stanowią istotne wyznaczniki powodzenia terapii antyretrowirusowej [53]. Na podstawie wywiadów przeprowadzonych w grupie 93 osób Earnshaw z wsp. [54] stwierdzili na przykład, że uwewnętrznione negatywne przekonania na temat własnego zakażenia wiążą się nie tylko z afektywnymi wyznacznikami zdrowia, takimi jak zwiększone poczucie bezradności czy brak akceptacji diagnozy, ale także jego behawioralnymi uwarunkowaniami, takimi jak nieregularne przyjmowanie leków antyretrowirusowych oraz obniżona regularność wizyt lekarskich. Trudno przecenić rolę tych czynników, mając na względzie znaczenie adherencji, czyli stosowania się do zaleceń lekarskich obejmującego między innymi odpowiednie dawkowanie i regularne przyjmowanie leków, dla powodzenia terapii antyretrowirusowej. Stały schemat przyjmowania leków jest jednym z głównych wyznaczników skuteczności leczenia antyretrowirusowego, szczególnie w pierwszych kilku miesiącach po rozpoczęciu lub zmianie leczenia [55]. W dotychczasowych badaniach predyktorem gorszej adherencji okazała się nie tylko zinternalizowana stygmatyzacja, ale także wynikające z niej oczekiwania odrzucenia [46, 53]. Mogą one skutkować unikaniem wizyt w poradniach leczenia nabytych niedoborów odporności z obawy przed doświadczeniem gorszego traktowania lub

przed byciem rozpoznany przez znajomą osobę. Niektórzy pacjenci całkowicie rezygnują z farmakoterapii lub — w obawie, że nazwa leków ujawni ich diagnozę — okresowo rezygnują z ich przyjmowania, na przykład na czas wakacji, delegacji czy wyjazdów do bliskich [56]. Kluczowym czynnikiem okazuje się tutaj ujawnienie statusu serologicznego, które w związku z faktem, że stanowi pierwszy krok do uzyskania społecznego wsparcia i znosi konieczność ukrywania zakażenia, jest istotnym predyktorem satysfakcjonującej adherencji [57]. Niszczący wpływ oczekiwań stygmatyzacji obrazują także przywołane już wcześniej badania Earnshaw i wsp. [54], w których wiązała się ona z większym ryzykiem wystąpienia takich chorób, jak astma, cukrzyca, choroby serca czy nadciśnienie. Wyjaśniając uzyskane prawidłowości, autorzy wskazali na fakt, że oczekiwania stygmatyzacji mogą się wiązać z dodatkowym stresem, który chronicznie nadwyręża zasoby radzenia sobie i prowadzi do rozwoju dalszych problemów ze zdrowiem [54, 58]. Możliwe również, że oczekiwania stygmatyzacji dotyczą także pracowników ochrony zdrowia, a zaobserwowane prawidłowości wynikają z rzadszego korzystania z opieki zdrowotnej z obawy przed dyskryminacją. Bez względu na konkretny mechanizm tej zależności dotychczas przeprowadzone badania wielokrotnie już zilustrowały związek między stygmatyzacją osób zakażonych a ich gorszym zdrowiem fizycznym [59]. Prawidłowość ta znajduje wyraz w wartościach wskaźników stosowanych do monitorowania przebiegu infekcji, na przykład ilościowym oznaczeniu limfocytów T CD4+, które odzwierciedla stopień uszkodzenia układu immunologicznego [4]. Drugim takim wynikiem jest ilościowe oznaczenie RNA wirusowego (tzw. wiremia) wykorzystywane do oceny skuteczności terapii antyretrowirusowej, której cel jest określany jako obniżenie poziomu wirusa poniżej progu jego wykrywalności [4]. Dotychczas zrealizowane badania wskazują na występowanie zależności między doświadczeniami stygmatyzacji związanej z HIV a wartościami przywołanych wskaźników. Na przykład w badaniu Earnshaw i wsp. [54] w grupie osób, które doświadczyły dyskryminacji ze względu na swoją seropozytywność, odnotowano większe prawdopodobieństwo wystąpienia ciężkiej immunosupresji ujmowanej jako stężenie limfocytów T CD4+ poniżej 200 kom./mm³ krwi. Na podstawie analiz przeprowadzonych w grupie 201 pacjentów, wśród których znaleźli się zarówno rdzenni mieszkańcy Holandii, jak również imigranci (56%) Sumari-de Boer i wsp. [60] stwierdzili występowanie zależności między depresją a wykrywalnym poziomem wirerii

niezależnie od poziomu adherencji. Jest to rezultat, który pozostaje zgodny z wynikami wcześniejszych badań ujawniających występowanie zależności między depresją a progresją zakażenia niezależnie od regularności w przyjmowaniu leków antyretrowirusowych [61]. W innym projekcie Anyaegbunam [62] zestawiał wartość oznaczenia ilościowego limfocytów T CD4+ z pomiarem antycypowanej stygmy w grupie ponad 400 kobiet i mężczyzn, uzyskując istotny efekt główny między kondycją układu immunologicznego a oczekiwaniem społecznego wykluczenia. W badaniu Pała i wsp. [63] zademonstrowano związki między doświadczeniami stygmatyzacji także ze względu na inne przesłanki (tożsamość seksualna) a wartościami wskaźników opisujących progresję zakażenia. Do badania zaproszono 120 homoseksualnych i biseksualnych mężczyzn zakażonych HIV, u których stężenie limfocytów T CD4+ okazało się niższe w sytuacji zmagania się z zinternalizowaną homofobią, a wiremia wyższa u osób, które doświadczyły dyskryminacji ze względu na swoją tożsamość seksualną. Mechanizmem leżącym u podłoża pogorszonych wskaźników zdrowia fizycznego wśród osób żyjących z HIV może być zatem stres wynikający z procesów stygmatyzacji bez względu na ich przesłankę. Interwencje mające na celu poprawę dobrostanu osób zakażonych HIV powinny zatem obejmować także radzenie sobie ze stygmatyzacją wynikającą z innych niż sam status serologiczny przesłanek społecznego wykluczenia.

Podsumowanie

Wspólny Program Narodów Zjednoczonych Zwalczenia HIV/AIDS (UNAIDS, *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*) prognozuje, że aby zakończyć światową epidemię zakażenia 90% osób żyjących z HIV powinno wiedzieć o swoim zakażeniu, 90% z nich powinno podjąć leczenie antyretrowirusowe, a 90% osób pozostających w leczeniu powinno mieć poziom wirusa poniżej progu wykrywalności [64]. Procesy stygmatyzacji związanej z HIV oraz innymi przesłankami społecznego wykluczenia stanowią barierę na drodze do osiągnięcia każdego z powyższych celów i jako takie powinny stanowić przedmiot kompleksowych oddziaływań profilaktycznych, równie istotny jak zapewnienie dostępu do bezpłatnego testowania oraz leczenia antyretrowirusowego. Istotną rolę w tym procesie powinni pełnić także specjaliści w zakresie zdrowia psychicznego podejmujący w swojej pracy tematykę seksuologiczną. Autorki mają nadzieję, że niniejszy artykuł okaże się przydatnym ku temu narzędziem.

Piśmiennictwo:

- World Health Organization (WHO). SpringerReference. , doi: [10.1007/springerreference_70205](https://doi.org/10.1007/springerreference_70205).
- Rosińska M, Niedźwiedzka-Stadnik M, Szmulik K. Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce w 2017 roku. http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/index.htm.
- Bander D, Leszczyszyn-Pynka M, Boroń-Kaczmarska A. Late AIDS diagnosis in patients hospitalized in Clinic of Infectious Diseases and Hepatology PAM in years 2003-2007. *Przegl Epidemiol.* 2009; 63(1): 61–66, indexed in Pubmed: [19522228](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19522228/).
- Grzecczuk A. Historia naturalna zakażenia HIV. In: Grzecczuk A. ed. HIV/AIDS . PZWL, Warszawa 2014: 30–43.
- Izdebski Z. Seksualność Polaków na początku XXI wieku: studium badawcze. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012.
- Izdebski Z. Wiedza Polaków na temat HIV/AIDS oraz zachowania seksualne – 2005 rok, badanie wykonane na zlecenie Krajowego Centrum ds. AIDS . TNS OBOP. 2005.
- Czarkowski M, Cielębak E, Staszewska-Jakubik E. Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w roku 2014. Warszawa: Główny Inspektorat Sanitarny – Departament Zapobiegania oraz Zwalczania Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi, Warszawa 2015.
- Rogowka-Szadkowska D. Podstawowe informacje o HIV/AIDS na świecie i w Polsce. In: Zakażenia HIV poradnictwo okołotetowe Kompendium dla lekarzy i osób pracujących w punktach konsultacyjno-diagnostycznych. MedPharm Polka, Wrocław 2010: 19–39.
- Earnshaw VA, Chaudoir SR. From conceptualizing to measuring HIV stigma: a review of HIV stigma mechanism measures. *AIDS Behav.* 2009; 13(6): 1160–1177, doi: [10.1007/s10461-009-9593-3](https://doi.org/10.1007/s10461-009-9593-3), indexed in Pubmed: [19636699](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19636699/).
- Goffman E. Stigma notes on the management of spoiled identity. Prentice Hall, New York 1963.
- Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Soc Sci Med.* 2003; 57(1): 13–24, indexed in Pubmed: [12753813](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12753813/).
- Link B, Phelan J. Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology.* 2001; 27(1): 363–385, doi: [10.1146/annurev.soc.27.1.363](https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363).
- Chollier M, Tomkinson C, Philibert P. STIs/HIV Stigma and health: A short review. *Sexologies.* 2016; 25(4): e71–e75, doi: [10.1016/j.sexol.2016.03.005](https://doi.org/10.1016/j.sexol.2016.03.005).
- Herek GM. AIDS and Stigma. *Am Behav Sci.* 1999; 42(7): 1106–1116, doi: [10.1177/0002764299042007004](https://doi.org/10.1177/0002764299042007004).
- Deacon H, Stepheny D, Prosalendis S. Understanding HIV/AIDS stigma: A theoretical and methodological analysis. HSRC Press, Cape Town 2005.
- Earnshaw VA, Smith LR, Chaudoir SR, et al. Stereotypes about people living with HIV: implications for perceptions of HIV risk and testing frequency among at-risk populations. *AIDS Educ Prev.* 2012; 24(6): 574–581, doi: [10.1521/aeap.2012.24.6.574](https://doi.org/10.1521/aeap.2012.24.6.574), indexed in Pubmed: [23206205](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23206205/).
- Mann J. The impact of homophobia and other social biases on AIDS. United States of America: Public Media Center 1996.
- Mijas M, Dora M, Brodzikowska M, Żołądek S. Język, media, HIV: obraz zakażenia i osób seropozytywnych w artykułach prasowych. Kraków: Stowarzyszenie Profilaktyki i Wsparcia w zakresie HIV/AIDS „Jeden Świat, Kraków 2016.
- Beaulieu M, Adrien A, Potvin L, et al. Comité consultatif sur les attitudes envers les PVVIH. Stigmatizing attitudes towards people living with HIV/AIDS: validation of a measurement scale. *BMC Public Health.* 2014; 14(1): 518–529, doi: [10.1186/1471-2458-14-1246](https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1246).
- Collani GV, Grumm M, Streicher K. An investigation of the determinants of stigmatization and prejudice toward people living with HIV/AIDS. *J Appl Soc Psychol.* 2010; 40(7): 1747–1766, doi: [10.1111/j.1559-1816.2010.00638.x](https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2010.00638.x).
- Adrien A, Beaulieu M, Leane V, et al. Trends in attitudes toward people living with HIV, homophobia, and HIV transmission knowledge in Quebec, Canada (1996, 2002, and 2010). *AIDS Care.* 2013; 25(1): 55–65, doi: [10.1080/09540121.2012.674195](https://doi.org/10.1080/09540121.2012.674195), indexed in Pubmed: [22533309](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22533309/).
- Houtsonen J, Kylmä J, Korhonen T, et al. University Students' perception of people living with HIV/AIDS: discomfort, fear, knowledge and a willingness to care. *Coll Stud J.* 2014; 48(3): 534–46.
- Kazatchkine C. Surveys in Quebec reveal workplace discrimination against people living with HIV/AIDS. *HIV AIDS Policy Law Rev.* 2010; 14(3): 21–22, indexed in Pubmed: [21188941](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21188941/).
- Schuster MA, Collins R, Cunningham WE, et al. Perceived discrimination in clinical care in a nationally representative sample of HIV-infected adults receiving health care. *J Gen Intern Med.* 2005; 20(9): 807–813, doi: [10.1111/j.1525-1497.2005.05049.x](https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.05049.x), indexed in Pubmed: [16117747](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16117747/).
- Zukoski AP, Thorburn S. Experiences of stigma and discrimination among adults living with HIV in a low HIV-prevalence context: a qualitative analysis. *AIDS Patient Care STDS.* 2009; 23(4): 267–276, doi: [10.1089/apc.2008.0168](https://doi.org/10.1089/apc.2008.0168), indexed in Pubmed: [19260770](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19260770/).
- Visser MJ, Kershaw T, Makin JD, et al. Development of parallel scales to measure HIV-related stigma. *AIDS Behav.* 2008; 12(5): 759–771, doi: [10.1007/s10461-008-9363-7](https://doi.org/10.1007/s10461-008-9363-7), indexed in Pubmed: [18266101](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18266101/).
- Audet CM, McGowan CC, Wallston KA, et al. Relationship between HIV stigma and self-isolation among people living with HIV in Tennessee. *PLoS One.* 2013; 8(8): e69564, doi: [10.1371/journal.pone.0069564](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0069564), indexed in Pubmed: [23950897](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23950897/).
- Chambers LA, Rueda S, Baker DN, et al. Stigma Review Team. Stigma, HIV and health: a qualitative synthesis. *BMC Public Health.* 2015; 15: 848, doi: [10.1186/s12889-015-2197-0](https://doi.org/10.1186/s12889-015-2197-0), indexed in Pubmed: [26334626](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26334626/).
- Neuman M, Obermeyer CM. MATCH Study Group. Experiences of stigma, discrimination, care and support among people living with HIV: a four country study. *AIDS Behav.* 2013; 17(5): 1796–1808, doi: [10.1007/s10461-013-0432-1](https://doi.org/10.1007/s10461-013-0432-1), indexed in Pubmed: [23479002](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23479002/).
- Fuster-Ruiz de Apodaca MJ, Laguna A, Molero F, et al. Psychosocial determinants of HIV testing across stages of change in Spanish population: a cross-sectional national survey. *BMC Public Health.* 2017; 17(1): 234, doi: [10.1186/s12889-017-4148-4](https://doi.org/10.1186/s12889-017-4148-4), indexed in Pubmed: [28270139](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28270139/).
- Evangeli M, Pady K, Wroe AL. Which Psychological Factors are Related to HIV Testing? A Quantitative Systematic Review of Global Studies. *AIDS Behav.* 2016; 20(4): 880–918, doi: [10.1007/s10461-015-1246-0](https://doi.org/10.1007/s10461-015-1246-0), indexed in Pubmed: [26566783](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26566783/).
- Ma W, Detels R, Feng Y, et al. Acceptance of and barriers to voluntary HIV counselling and testing among adults in Guizhou province, China. *AIDS.* 2007; 21 Suppl 8: S129–S135, doi: [10.1097/01.aids.0000304708.64294.3f](https://doi.org/10.1097/01.aids.0000304708.64294.3f), indexed in Pubmed: [18172381](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18172381/).
- Adam PCG, de Wit JBF, Bourne CP, et al. Promoting regular testing: an examination of HIV and STI testing routines and associated socio-demographic, behavioral and social-cognitive factors among men who have sex with men in New South Wales, Australia. *AIDS Behav.* 2014; 18(5): 921–932, doi: [10.1007/s10461-014-0733-z](https://doi.org/10.1007/s10461-014-0733-z), indexed in Pubmed: [24569887](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24569887/).
- Ankiersztein-Bartczak M. Ludzie żyjący z HIV. Stigma Index. Warszawa: Sieć PLUS .
- Kalichman SC, Simbayi LC. HIV testing attitudes, AIDS stigma, and voluntary HIV counselling and testing in a black township in Cape Town, South Africa. *Sex Transm Infect.* 2003; 79(6): 442–447, indexed in Pubmed: [14663117](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14663117/).
- Logie CH, Lacombe-Duncan A, Brien N, et al. Barriers and facilitators to HIV testing among young men who have sex with men and transgender women in Kingston, Jamaica: a qualitative study. *J Int AIDS Soc.* 2017; 20(1): 21385, doi: [10.7448/IAS.20.1.21385](https://doi.org/10.7448/IAS.20.1.21385), indexed in Pubmed: [28406274](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28406274/).
- Genberg BL, Hlavka Z, Konda KA, et al. A comparison of HIV/AIDS-related stigma in four countries: negative attitudes and

- perceived acts of discrimination towards people living with HIV/AIDS. *Soc Sci Med*. 2009; 68(12): 2279–2287, doi: [10.1016/j.socscimed.2009.04.005](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.04.005), indexed in Pubmed: [19427086](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19427086/).
38. Flowers P, Knussen C, Li J, et al. Has testing been normalized? An analysis of changes in barriers to HIV testing among men who have sex with men between 2000 and 2010 in Scotland, UK. *HIV Med*. 2013; 14(2): 92–98, doi: [10.1111/j.1468-1293.2012.01041.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-1293.2012.01041.x), indexed in Pubmed: [22934820](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22934820/).
 39. Knight R, Small W, Shoveller JA. HIV stigma and the experiences of young men with voluntary and routine HIV testing. *Sociol Health Illn*. 2016; 38(1): 153–167, doi: [10.1111/1467-9566.12345](https://doi.org/10.1111/1467-9566.12345), indexed in Pubmed: [26382632](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26382632/).
 40. Young SD, Zhu Y. Behavioral evidence of HIV testing stigma. *AIDS Behav*. 2012; 16(3): 736–740, doi: [10.1007/s10461-011-0018-8](https://doi.org/10.1007/s10461-011-0018-8), indexed in Pubmed: [21800181](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21800181/).
 41. Chiavetta J, Ennis M, Gula CA, et al. Test-seeking as motivation in volunteer blood donors. *Transfus Med Rev*. 2000; 14(3): 205–215, doi: [10.1053/tm.2000.7353](https://doi.org/10.1053/tm.2000.7353), indexed in Pubmed: [10914415](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10914415/).
 42. Logie C, Gadalla TM. Meta-analysis of health and demographic correlates of stigma towards people living with HIV. *AIDS Care*. 2009; 21(6): 742–753, doi: [10.1080/09540120802511877](https://doi.org/10.1080/09540120802511877), indexed in Pubmed: [19806490](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19806490/).
 43. Woynarowska B. Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
 44. Simbayi LC, Kalichman S, Strebel A, et al. Internalized stigma, discrimination, and depression among men and women living with HIV/AIDS in Cape Town, South Africa. *Soc Sci Med*. 2007; 64(9): 1823–1831, doi: [10.1016/j.socscimed.2007.01.006](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.01.006), indexed in Pubmed: [17337318](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17337318/).
 45. Tao J, Wang L, Kipp AM, et al. Relationship of Stigma and Depression Among Newly HIV-Diagnosed Chinese Men Who Have Sex with Men. *AIDS Behav*. 2017; 21(1): 292–299, doi: [10.1007/s10461-016-1477-8](https://doi.org/10.1007/s10461-016-1477-8), indexed in Pubmed: [27376900](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27376900/).
 46. Turan B, Budhwani H, Fazeli PL, et al. How does stigma affect people living with HIV? The mediating roles of internalized and Anticipated HIV Stigma in the effects of perceived community stigma on health and psychosocial outcomes. *AIDS Behav*. 2017; 21(1): 283–291, doi: [10.1007/s10461-016-1451-5](https://doi.org/10.1007/s10461-016-1451-5), indexed in Pubmed: [27272742](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27272742/).
 47. Heywood W, Lyons A. HIV and Elevated Mental Health Problems: Diagnostic, Treatment, and Risk Patterns for Symptoms of Depression, Anxiety, and Stress in a National Community-Based Cohort of Gay Men Living with HIV. *AIDS Behav*. 2016; 20(8): 1632–1645, doi: [10.1007/s10461-016-1324-y](https://doi.org/10.1007/s10461-016-1324-y), indexed in Pubmed: [26874848](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26874848/).
 48. Ferlatte O, Salway T, Oliffe JL, et al. Stigma and suicide among gay and bisexual men living with HIV. *AIDS Care*. 2017; 29(11): 1346–1350, doi: [10.1080/09540121.2017.1290762](https://doi.org/10.1080/09540121.2017.1290762), indexed in Pubmed: [28278571](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28278571/).
 49. Rodriguez VJ, Cook RR, Peltzer K, et al. Prevalence and psychosocial correlates of suicidal ideation among pregnant women living with HIV in Mpumalanga Province, South Africa. *AIDS Care*. 2017; 29(5): 593–597, doi: [10.1080/09540121.2016.1238442](https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1238442), indexed in Pubmed: [27690544](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27690544/).
 50. Catalan J, Harding R, Sibley E, et al. HIV infection and mental health: suicidal behaviour—systematic review. *Psychol Health Med*. 2011; 16(5): 588–611, doi: [10.1080/13548506.2011.582125](https://doi.org/10.1080/13548506.2011.582125), indexed in Pubmed: [21745024](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21745024/).
 51. Carrieri MP, Marcellin F, Fressard L, et al. ANRS-VESPA2 Study Group. Suicide risk in a representative sample of people receiving HIV care: Time to target most-at-risk populations (ANRS VESPA2 French national survey). *PLoS One*. 2017; 12(2): e0171645, doi: [10.1371/journal.pone.0171645](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171645), indexed in Pubmed: [28192455](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28192455/).
 52. Orza L, Bewley S, Logie CH, et al. How does living with HIV impact on women's mental health? Voices from a global survey. *J Int AIDS Soc*. 2015; 18(Suppl 5): 20289, indexed in Pubmed: [26643460](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26643460/).
 53. Turan B, Smith W, Cohen MH, et al. Mechanisms for the Negative Effects of Internalized HIV-Related Stigma on Antiretroviral Therapy Adherence in Women: The Mediating Roles of Social Isolation and Depression. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2016; 72(2): 198–205, doi: [10.1097/QAI.0000000000000948](https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000948), indexed in Pubmed: [26885803](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26885803/).
 54. Earnshaw VA, Smith LR, Chaudoir SR, et al. HIV stigma mechanisms and well-being among PLWH: a test of the HIV stigma framework. *AIDS Behav*. 2013; 17(5): 1785–1795, doi: [10.1007/s10461-013-0437-9](https://doi.org/10.1007/s10461-013-0437-9), indexed in Pubmed: [23456594](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23456594/).
 55. Bąkowska E, Rogowska-Szadkowska D. Dokładność przyjmowania leków antyretrowirusowych — dlaczego jest to ważne? Materiały informacyjne dla zarażonych HIV. Warszawa: Krajowe Centrum ds. AIDS.; 2007.
 56. Mprah A. Knowledge, opinions, and experiences of stigma as a barrier to antiretroviral therapy adherence among HIV community volunteers and health care givers in an urban slum, in Uganda. *Annals of Tropical Medicine and Public Health*. 2016; 9(5): 331, doi: [10.4103/1755-6783.190180](https://doi.org/10.4103/1755-6783.190180).
 57. Chaudoir SR, Fisher JD, Simoni JM. Understanding HIV disclosure: a review and application of the Disclosure Processes Model. *Soc Sci Med*. 2011; 72(10): 1618–1629, doi: [10.1016/j.socscimed.2011.03.028](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.03.028), indexed in Pubmed: [21514708](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21514708/).
 58. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull*. 2003; 129(5): 674–697, doi: [10.1037/0033-2909.129.5.674](https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674), indexed in Pubmed: [12956539](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12956539/).
 59. Logie C, Gadalla TM. Meta-analysis of health and demographic correlates of stigma towards people living with HIV. *AIDS Care*. 2009; 21(6): 742–753, doi: [10.1080/09540120802511877](https://doi.org/10.1080/09540120802511877), indexed in Pubmed: [19806490](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19806490/).
 60. Sumari-de Boer IM, Sprangers MAG, Prins JM, et al. HIV stigma and depressive symptoms are related to adherence and virological response to antiretroviral treatment among immigrant and indigenous HIV infected patients. *AIDS Behav*. 2012; 16(6): 1681–1689, doi: [10.1007/s10461-011-0112-y](https://doi.org/10.1007/s10461-011-0112-y), indexed in Pubmed: [22198315](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22198315/).
 61. Villes V, Spire B, Lewden C, et al. ANRS CO-8 APROCO-COPILOTE Study Group. The effect of depressive symptoms at ART initiation on HIV clinical progression and mortality: implications in clinical practice. *Antivir Ther*. 2007; 12(7): 1067–1074, indexed in Pubmed: [18018765](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18018765/).
 62. Anyaegbunam E. Influence of Stigma Consciousness and Coping Strategies on CD4 Counts of Persons with HIV/AIDS. *IOSR Journal of Humanities and Social Science*. 2014; 19(2): 19–28, doi: [10.9790/0837-19231928](https://doi.org/10.9790/0837-19231928).
 63. Pala AN, Hart R, Steca P. Minority stress, depression and HIV-progression biomarkers: an exploratory study on a sample of Italian HIV-positive gay and bisexual men *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*. 2015; 19(3): 244–260, doi: [10.1080/19359705.2014.999181](https://doi.org/10.1080/19359705.2014.999181).
 64. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 90-90-90. An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Geneva: UNAIDS; 2014; http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en_0.pdf